



HAL
open science

Du corps médical au corps du sujet : étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine

Alexandre Klein

► To cite this version:

Alexandre Klein. Du corps médical au corps du sujet : étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine. Philosophie. Université de Lorraine, 2012. Français. NNT : 2012LORR0288 . tel-01749286

HAL Id: tel-01749286

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01749286>

Submitted on 29 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

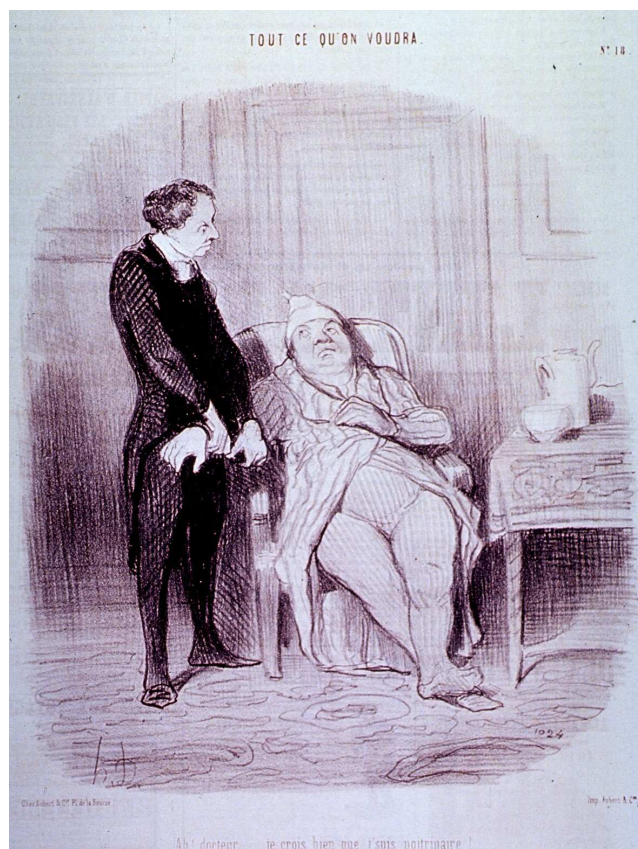
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
École doctorale « Langages, temps, sociétés »
LHSP Archives H. Poincaré UMR 7117 CNRS

Du corps médical au corps du sujet

Étude historique et philosophique du problème de la
subjectivité dans la médecine française moderne et
contemporaine



Thèse pour le doctorat en philosophie et histoire des sciences
Sous la direction de M. le Professeur Bernard ANDRIEU

Présentée et soutenue publiquement par
Alexandre KLEIN

Le lundi 10 décembre 2012

Année universitaire 2011-2012

École doctorale « Langages, temps, sociétés »

Du corps médical au corps du sujet

*Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité
dans la médecine française moderne et contemporaine*

Thèse de doctorat d'histoire et de philosophie des sciences de l'Université
Nancy 2

Soutenue par Alexandre KLEIN

Sous la direction de Bernard ANDRIEU

Professeur d'épistémologie et de philosophie du corps et des pratiques corporelles

Membres du jury :

Pr. Bernard ANDRIEU (Université de Lorraine)

Pr. Vincent BARRAS (IUHMSP, CHUV/ Université de Lausanne)

Pr. Jean GAYON (IHPST – Université Paris 1)

Pr. Jean-Christophe WEBER (CHU de Strasbourg, IRIST)

Année universitaire 2011-2012

Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine

Résumé : La médecine connaît actuellement en France une crise de ses repères et de ses valeurs conséquentes aux bouleversements scientifiques, techniques et sociologiques qu'elle a connue au cours du XX^e siècle. Cette thèse vise à explorer les tenants et les aboutissants de cette situation, à partir d'une étude historique et philosophique de l'émergence et du développement de la médecine française moderne puis contemporaine, entendue à la fois comme profession, discours scientifique et pratique sociale. De la formation du corps médical à l'apparition d'un discours autonome des usagers de santé, nous défendons l'idée selon laquelle la genèse et l'évolution du discours médical, depuis le XVIII^e siècle jusqu'à nos jours, repose sur sa capacité à répondre à la question fondatrice des possibilités d'objectivation scientifique et technique de la subjectivité humaine. Ce problème, originellement épistémologique, se révèle au cours de notre généalogie de nature tant philosophique qu'éthique et sociopolitique, nous conduisant finalement à rechercher les outils de problématisation de la crise contemporaine au fondement de la relation médicale moderne. L'étude de la correspondance du médecin des Lumières Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) nous offre finalement un contre-point essentiel pour préciser les conditions de possibilités d'une médecine, que nous souhaitons pour le XXI^e siècle, et au sein de laquelle est assuré le respect de l'autonomie et de l'identité propres à l'ensemble des sujets, qu'ils soient soignés ou soignants.

Mots-clefs : histoire de la médecine, subjectivité, philosophie, épistémologie, relation médecin-malade, autonomie, identité, corps, crise de la médecine.

From the medical body to the subject's body. An historical and philosophical study of the problem of subjectivity in modern and contemporary french medicine

Abstract: Medicine in France is currently undergoing a crisis, with respect to its established references and values, as a result of the major technical, sociological and scientific changes undergone in the twentieth century. This thesis aims to explore the ins and outs of this crisis through an historical and philosophical study of the emergence and development of modern and contemporary French medicine as a profession, scientific discourse and social practice. From the forming of the medical body to the emergence of an autonomous non-professional discourse, we defend the idea following which the genesis and evolution of medical discourse, from the eighteenth century to the present day, rests on its ability to answer the foundational problem of the possibility a scientific and technical objectivation of the human subjectivity. Originally of an epistemological nature, this problem reveals itself, through our genealogy, to be rather of a philosophical, ethical and sociopolitical nature, which leads us to conceive a frame of reference by means of which to better understand the contemporary crisis underlying the modern doctor-patient relation. Finally, a case study of the correspondence of Enlightenment's medical doctor Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) offers an essential viewpoint from which to reflect on the possibility and conditions of a medical epistemology that ensures the respect of the autonomy and identity of all subjects, patients and practitioners alike.

Key words: history of medicine, subjectivity, philosophy, epistemology, doctor-patient relation, autonomy, identity, body, medicine crisis.

*A la mémoire de Denis Klein (1953-2008),
Pharmacien*

Remerciements

Je tiens tout d'abord à adresser mes plus sincères remerciements au Pr. Bernard Andrieu, pour sa disponibilité, ses avis éclairés, sa patience et sa compréhension à mon égard, mais plus largement pour m'avoir guidé et accompagné dans un parcours de recherche qui allait devenir une vocation ; qu'il trouve dans ce travail le témoignage de ma sincère gratitude.

Je souhaite également exprimer ma profonde gratitude à Jacqueline Descarpentries pour son suivi bienveillant et ses encouragements chaleureux, et pour m'avoir permis d'enrichir une réflexion théorique aux risques du terrain ; à Thomas Bénatouïl pour son exemple de rigueur et d'excellence, au Pr. Simone Mazauric pour sa passion de l'histoire et de la philosophie des sciences et sa justesse.

J'aimerais remercier le Pr. Vincent Barras pour l'intérêt qu'il a témoigné à mon travail et pour m'avoir permis de découvrir et de travailler sur la correspondance de Tissot ; mais également Séverine Pilloud dont les conseils et les écrits m'ont guidé dans ce corpus exigeant, ainsi que toute l'équipe de l'IUHMSp pour leur accueil chaleureux.

Je tiens à remercier également le Pr. Jean-Christophe Weber pour ses éclaircissements essentiels et nos échanges toujours enrichissants.

J'adresse toute ma gratitude au Pr. Jean Gayon pour m'avoir fait l'honneur d'être membre de mon jury.

J'adresse également mes remerciements au Pr. Othmar Keel qui autour d'un café m'a, un jour de mai, convaincu de la justesse d'une ambition et au Pr. Peter Keating pour m'avoir ouvert des perspectives qui m'étaient jusqu'alors inconnues.

Un très grand merci à Jérémie Rollot, pour son amitié sans faille, sa pertinence scientifique à toute épreuve, son soutien et ses encouragements ; à Florence Quinche pour nos vives discussions ; à Séverine Parayre pour la transmission de son expérience et son inconditionnel soutien amical.

Je souhaite adresser ma reconnaissance à Mme D'Houtaud pour m'avoir guidé sur la voie de la philosophie et encouragé à suivre mon propre chemin.

Merci enfin,

à Julie, Émilie, Monique et Olivier qui m'ont aidé chacun à leur manière à parcourir ce chemin souvent difficile ;

à Guillaume et Marie-Hélène, pour avoir cru autant que douté, mais l'avoir toujours accepté ;

à Chantal qui m'a toujours permis de ne pas oublier d'où je venais et ainsi comprendre où j'allais ;

et surtout

à Inès, avant et après tout, pour n'avoir pas désespéré, pour m'avoir toujours et en toutes circonstances soutenu, en espérant qu'elle soit aujourd'hui fière ;

et à Marianne sans qui rien n'aurait été possible, mais avec qui tout semble l'être.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	7
TABLE DES MATIÈRES	9
INTRODUCTION	15
Des crises ou des formes de la crise	19
Une crise identitaire	22
Aux limites des ambitions disciplinaires	23
Une enquête philosophique transdisciplinaire	28
<i>La</i> médecine comme discours	30
Préalables méthodologiques	33
Organisation de notre étude	36
I. LES CONDITIONS D'ÉMERGENCE DU DISCOURS MÉDICAL MODERNE D'UNE RÉVOLUTION À L'AUTRE	41
LA RÉVOLUTION DE L'ESPACE AU XVII^E SIÈCLE : LA NAISSANCE DU PARADIGME SPATIALISANT	44
La révolution ontologique et épistémologique des sciences modernes	44
L'ANCIEN RÉGIME : HIÉRARCHIE, ORDRE ET TRADITION	49
Les obstacles institutionnels : la hiérarchie du monde médical	50
Les obstacles épistémologiques : diversité et opposition des savoirs	55
La crise en cours	62
LE PROBLÈME DU SUJET ET LE TERRITOIRE DE L'HOMME	64
Le problème du sujet ou l'énigme de l'homme moderne	64
Pensée <i>spatialisante</i> et histoire épistémologique de la médecine	66
Le territoire de la profession médicale	68
L'ANATOMO-LOCALISME : UN SAVOIR UNIFIÉ DU CORPS ÉTENDU	72
Les premiers pas de l'anatomo-localisme	73
L'émergence d'une physiopathologie moderne	75
Clinique des espèces et hôpital du corps social	76
UNE PREMIÈRE TERRITORIALISATION DU CORPS SOCIAL : LA SANTÉ COMME BIEN PUBLIC	79
Le renouveau des hôpitaux	79
Hygiène, société et territoire	81
Le renouveau de l'image du médecin : vers la profession consultante	84
Le modèle militaire ou l'appropriation de la machine de guerre	85
Vers la Révolution	87

LA RÉVOLUTION	89
LA MACHINE DE GUERRE MÉDICALE CONTRE L'ÉTAT	89
Des médecins engagés à l'aube de la Révolution : les cahiers de doléances	90
La Révolution : de la table rase à l'officialisation des pratiques	91
La médecine hospitalière : mythe et réalité institutionnelle de la naissance de la clinique	97
L'officialisation de l'enseignement clinique	99
L'ÉVÈNEMENT DE LA RÉVOLUTION	102
La constitution du sujet social spatialisé	103
Le citoyen autonome	105
La discipline de l'autonomie : le citoyen-soldat	108
Le régime disciplinaire	110
Vers une nouvelle anthropologie	111
II. LE DÉVELOPPEMENT DU DISCOURS MÉDICAL MODERNE (1792-1945)	115
LA POSITIVITÉ DU SAVOIR MÉDICAL	118
L'induction analytique	118
La notion de tissu	122
Le couple vie/mort comme clé de voûte de la positivité du savoir médical	124
L'INDIVIDU COMME FONCTION-SUJET	127
L'anthropologie physiologique de Bichat	127
La complexification de la pensée spatialisante	129
L'individu comme cas	130
Conception anatomoclinique de la maladie : la fin du symptôme	131
L'individu au corps transparent	134
L'individu disciplinaire et la fonction-sujet	135
LA PHILOSOPHIE TRANSCENDANTALE AU SECOURS DE LA PENSÉE MÉDICALE	137
Le sujet transcendantal comme figure de la fonction-sujet	137
La synthèse du sujet sensible	138
La formation transcendantale de l'individu comme norme anthropologique	141
De l'extérieur-intérieur au normal et pathologique	145
La complexification de la pensée spatialisante	147
DE LA MÉDECINE POSITIVE À LA MÉDECINE SCIENTIFIQUE : LA SYNTHÈSE POSITIVISTE DE L'HOMME NORMAL	152
Médecine, biologie, sociologie : le système positiviste	153
La critique comtienne de la psychologie	156
De la médecine positive de l'individu à la biologie positiviste de l'Humanité	159
Le positivisme et la pensée médicale	163

L'ANNONCE DE LA TROISIÈME TERRITORIALISATION	165
La crise médicale de 1840 : unification politique de la profession	165
La cellule : de l'organisme individuel à l'organisme social	167
De la topographie médicale au regard territorial : de l'étendue à l'emplacement	168
LA MÉDECINE SCIENTIFIQUE : LA RÉVOLUTION DU LABORATOIRE	171
La Société de biologie	171
La révolution expérimentale	172
La critique bernardienne du vitalisme et ses limites	175
LA TERRITORIALISATION DE LA VIE PAR LA POPULATION	179
Du médical au social : la discipline anthropologique	179
La théorie de l'évolution ou la territorialisation définitive de la vie humaine	181
De la discipline de l'individu à la biopolitique de la population	182
L'étiologie pasteurienne : de la vie humaine à la vie des maladies	187
LA RECONNAISSANCE DE LA MÉDECINE COMME PROFESSION CONSULTANTE ET L'AVÈNEMENT DU MÉDECIN INGÉNIEUR	192
L'unification législative du corps médical	192
De l'hygiène à la santé publique	194
Le modèle de l'ingénieur	195
AUTONOMIE PROFESSIONNELLE ET POUVOIR MÉDICAL. FORCES ET FAIBLESSES DU RATIONALISME MÉDICAL	197
Le pouvoir sur les maladies et la vie	198
Le rationalisme médical	199
Les outils du pouvoir médical : métaphore militaire et technique	201
Le pouvoir spirituel	203
Rationalisme et professionnalisation	205
La médecine mythique	207
Du sommeil dogmatique au sommeil anthropologique	210
 III. VERS UNE NOUVELLE MÉDECINE : L'OBSTINATION CONTEMPORAINE DU DISCOURS MÉDICAL (1947-2011)	 215
LE DERNIER MOT DE LA MÉDECINE	219
L'imagerie médicale et les technologies du visible	219
La biologie moléculaire	220
L'EBM comme seuil de formalisation du savoir médical	226
BIOTECHNOLOGIES ET ANTHROPOTECHNIQUES : LA DERNIÈRE RÉVOLUTION BIOMÉDICALE ?	228
L'âge de la techno-science	230

DE LA FORMALISATION DU DISCOURS À LA FORMALISATION DE L'ÉTHIQUE	232
De l'honneur individuel aux protocoles internationaux	232
Objet et définition de la bioéthique	234
La personne autonome comme sujet de droit	238
LA BIOMÉDECINE FACE À LA CLINIQUE : RUPTURE OU MUTATION ?	241
Anthropotechnie : rupture ou continuité ?	241
La biomédecine comme projet technico-conceptuel	245
Relire l'anthropotechnie à l'aune de la biomédecine	246
L'ALIBI DE L'ÉTHIQUE	249
Éthique et droits de l'homme : retour sur une naissance controversée	250
Le modèle anthropologique bioéthique : un sujet juridique comme personne abstraite	252
De la nécessité de l'aporie	254
DU RENFORCEMENT DU MYTHE MÉDICAL À L'ÉCLATEMENT DU DISCOURS	257
Des limites du savoir médical contemporain...	258
... aux tensions pratiques	262
AU CŒUR DU MYTHE : L'INTERFACE TECHNIQUE	266
Le système immunitaire : un réseau au cœur du mythe biomédical	266
La translucidité de l'imagerie médicale comme idéologie technoscientifique	269
IV. L'AVÈNEMENT DE L'AGENT LAÏQUE CONTEMPORAIN (1945-2011)	277
LE MALADE COMME OBJET MÉDICAL	282
Le corps vil du patient	282
Le rôle de patient-profane	283
Les dérives de la réification	286
L'apparition de la figure du malade moderne	287
Les plaintes des martyrs	290
De l'impossible réunion à la permission médicale	294
LA MALADIE, TERRITOIRE DE L'INDIVIDUALITÉ VIVANTE	297
Georges Canguilhem, critique du positivisme médical	297
La revalorisation de l'individualité dans la philosophie biologique canguilhémienne	300
LE DISCOURS CRITIQUE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES	308
L'APPEL À L'AUTONOMIE. <i>SELF-HELP</i> ET <i>SELF-CARE</i>	314
L'exemple de la législation de l'avortement	315
<i>Self-care</i> et <i>self-help</i>	318
L'exemple des groupes d'auto-santé au Québec	319
La naissance de l'utilisateur de santé	322

LES ESPACES ALTERNATIFS	324
Le territoire des médecines non-officielles	325
Extra ou para-territorialité ?	330
Médecines traditionnelles ou médecines populaires	331
L'autonomie comme pratique discursive	333
L'autonomie comme principe épistémologique	334
Les conditions de la complémentarité	339
LA POLITISATION DE L'AUTONOMIE : L'ÉVÉNEMENT DU SIDA	345
La première vague associative : la médiation	346
L'activisme thérapeutique de la deuxième génération	348
L'évènementialité politique de l'épidémie de sida	354
La concrétisation positive des postures du sujet de santé	357
La reconnaissance institutionnelle et légale des usagers	361
Un nouvel outil d'affirmation des pratiques autonomes	364
La paradoxale autonomie de l'usager contemporain	369
Aux limites de l'autonomie : la transformation du <i>self-care</i> en <i>self-tracking</i>	374
L'ambigu patient-expert	377
L'USAGER CONTEMPORAIN OU LA FIN DE L'HOMME NORMAL	379
L'usager comme point de rupture	380
De la société disciplinaire à la société de contrôle	381
Le sujet interfacé comme homme du contrôle	383
Pluralisme médical et agentivité	385
De la mort de l'homme moderne	387
Vers le renouvellement de la question anthropologique	388
BILANS ET PERSPECTIVES : L'IMPENSÉ DE LA SUBJECTIVITÉ	391
V. AUX RACINES DE NOTRE MODE D'ÊTRE DE SUJET MÉDICAL : L'EXPÉRIENCE MÉDICALE DES LUMIÈRES	395
LE RETOUR DE L'IMPENSÉ ANTHROPOLOGIQUE	397
Le point de vue de l' <i>Anthropologie</i>	398
Le problème de la « vraie critique »	400
Des rapports de la critique à la « vraie critique »	403
Réactualiser la question de l' <i>Aufklärung</i>	406
Le nécessaire déplacement méthodologique de la critique	408
VERS UNE HISTOIRE CRITIQUE DE LA PENSÉE MÉDICALE	413
L'ACTUALITÉ DES LUMIÈRES	417
Le rêve des Lumières	418
Le dilemme des Lumières	419

S. A. D. TISSOT, LE MÉDECIN DES LUMIÈRES	422
Un médecin de son temps	422
Un médecin éclairé	425
Le citoyen de la République des lettres	428
La correspondance du Dr Tissot	430
LA CONSULTATION ÉPISTOLAIRE COMME PRATIQUE DE SOI	433
L'ambigu statut de lettre	433
La correspondance des Lumières comme pratique de soi	435
L'enjeu anthropologique du fonds de Tissot	437
Précautions et perspectives méthodologiques	438
LE MONDE MÉDICAL PLURIEL DES MALADES DE TISSOT	442
Un corps soignant pluriel et peu établi	442
Un malade autonome	448
LA NÉGOCIATION AVEC LE SAVOIR MÉDICAL : DEVENIR UN SUJET MALADE	452
Les différentes représentations du corps au siècle des Lumières	453
Subversion et superposition des modèles	460
Éclectisme et subjectivation	464
Devenir sujet de son expérience corporelle	468
LA DEMANDE COMME NÉGOCIATION ET CO-CONSTRUCTION DU SENS DE LA MALADIE	471
Les égards du médecin	472
La négociation du malade	475
Le rapport de place dans les consultations médicales	485
UNE NÉGOCIATION SOCIALE ET POLITIQUE	491
Le rôle des tiers dans l'expérience médicale	491
Une négociation collective	494
La santé du corps social	498
UNE EXPÉRIENCE SOCIALE ET POLITIQUE DE LA MALADIE ET DE LA MÉDECINE	503
Une expérience sociale et culturelle	503
Les enjeux politiques de la négociation des places	505
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	511
Bilan et rétrospective	513
Les amateurs de la science biomédicale : vers une autonomie techno-scientifique	517
Aux frontières des disciplines : apports et limites de ce travail	522
BIBLIOGRAPHIE	529

INTRODUCTION

[N]ous vivons actuellement une situation dans laquelle la médecine s'est trouvée à plusieurs reprises [...] où, après des périodes d'accumulation de dates et de faits, l'esprit médical était obligé de mettre en ordre et d'assimiler la masse des connaissances, des idées et des mentalités¹.

¹ Seidler, E., 1978, « Le rôle de la méthode historique dans la médecine actuelle », Poirier, J., Poirier, J.-L., (dir.), 1978, *Médecine et philosophie à la fin du XIX^e siècle*, Cahiers de l'Institut de recherche universitaire d'histoire de la connaissance, des idées et des mentalités, n° 2, p. 149-155, ici, p. 154.

La colère gronde. Dans les couloirs silencieux des hôpitaux, au milieu du brouhaha des urgences, sous la lumière froide des chambres de clinique, dans l'intimité des cabinets de consultation ou la chaleur des maisons individuelles, sur la toile de nos échanges virtuels, dans l'anonymat des manifestations, ou sur les gros titres des éditions, un malaise, sournois et vivace, grandit. Et un mot vient sur toutes les lèvres et sous toutes les plumes : crise. La médecine est en crise ! Certes, le problème n'est pas neuf², et depuis plusieurs décennies déjà, on sentait poindre l'exaspération, et on voyait fleurir les dénonciations de cet état de fait. Si en 1975 l'interrogative était encore de mise³, la multiplication des appels à la mobilisation témoigne aujourd'hui de la présence, bien ancrée, de cette crise. On savait, depuis plusieurs années, la médecine malade⁴, mais il semble qu'elle soit désormais entrée dans la phase critique de son affection. La médecine française se meurt⁵, et les médecins sont les premières victimes de la maladie médicale⁶.

De moins de 15 % en 1973, les médecins insatisfaits par leur pratique et leur profession étaient, en 2001, près de 60 %⁷. En 2006, un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)⁸ attirait l'attention sur le manque de renouvellement du paysage médical français qui touchait tant la médecine générale que les spécialités. À cette désaffection des nouvelles générations s'ajoute un désarroi profond des médecins déjà en place. En 2007, un rapport de l'Union régionale des médecins libéraux d'Ile de France révélait l'existence chez les médecins de famille pratiquant en cabinet un « épuisement émotionnel » important : près de 53 % des répondants se sentaient menacés par le *burn-out* et disaient ressentir des difficultés à établir cette relation distanciée et sereine d'aide au patient qui fonde la pratique médicale⁹. Cet alarmant constat local était, en 2011, confirmé à l'échelle du pays par le CNOM. Dans son *Atlas de la démographie médicale* de 2011¹⁰, le Conseil faisait état d'une multiplication des médecins ayant dévissé leur plaque : ils étaient 903 au cours de l'année 2010 dont une majorité de médecins généralistes. Si la charge de travail et les contraintes financières et administratives trop importantes étaient fréquemment évoquées comme raison de cet abandon, près de 30 % des « dévisseurs » faisaient alors allusion au *burn-out* et à la dévalorisation de la profession pour expliquer leur geste. Négation de soi dans la prise en charge des autres, dévalorisation de la profession, *burn-out* accentué par l'absence de soutien institutionnel et notamment ordinal, patients trop exigeants¹¹ étaient autant de motifs avancés par ces médecins décrocheurs. Le stress¹²,

² Kopaczewski, W., 1939, « La crise en médecine et les pouvoirs publics », *L'Art Médical*, 31 Janvier 1939.

³ Algan, L., 1975, *La médecine est-elle en crise ?*, Mémoire DES, UFR 02, Université Paris I.

⁴ Joubert, L., 1962, *La médecine est malade*, Paris, Éditions de l'homme.

⁵ Rouillon, F., 2011, « La médecine se meurt », *Le Monde*, 23 septembre 2011 [en ligne, consulté le 12 septembre 2012] http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/09/23/la-medecine-se-meurt_1576687_3232.html.

⁶ Lebrun, J.-P., 1993, *De la maladie médicale*, Bruxelles, de Boeck.

⁷ Gallois, P., Vallée, J.-P., Le Noc, Y., 2006, « Médecine générale en crise : faits et questions », *Médecine*, 2 (5), p. 223-228, citant Zuger, A., 2004, « Dissatisfaction with medical practice », *The New England Journal of Medicine*, 350, p. 69-75.

⁸ Conseil National de l'Ordre des médecins, 2006, *Démographie médicale. Les spécialités en crise*. Étude n° 38-2.

⁹ Galam, E., (dir.), 2007, *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*, UMRL, Ile de France, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2012], http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf.

¹⁰ Conseil National de l'Ordre des médecins, 2011, *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2011*, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2012], <http://www.demographie-medicale.ordre.medecin.fr/atlas/2011.php>.

¹¹ *Ibid.*, p. 79.

l'épuisement émotionnel¹³ ou professionnel¹⁴, qui conduisent parfois certains jusqu'au suicide¹⁵, sont aujourd'hui le lot commun de nombreux soignants¹⁶ et les inquiétants symptômes d'une crise médicale grave qui ne se limitent plus aux seuls médecins. « Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants est d'abord une pathologie de la relation »¹⁷, ainsi que nous le rappelle Pierre Canoui, insistant sur le fait que l'épuisement des soignants participe de la déshumanisation de la relation de soins.

Les difficultés des médecins rejaillissent naturellement sur les patients, et c'est toute la relation de soin qui subit aujourd'hui les effets de la crise. En 2009, le médiateur de la République, Jean-Paul Delevoye, s'inquiétait du nombre de réclamations révélant la banalisation de la violence en milieu hospitalier. De nombreux Français avaient dénoncé auprès de ses services des situations de maltraitance ordinaire dans les établissements de santé. La fatigue des soignants, la multiplication de leurs tâches, la rigidité de l'organisation hospitalière favoriseraient une violence banale, quotidienne et insidieuse qui irait du reproche aux brimades, en passant par des attentes interminables, des douleurs non soulagées, des toilettes imposées, des gifles, l'usage de matériel inadapté, ou l'absence de consentement du patient. La dénonciation de la déshumanisation des patients par les médecins¹⁸, ou la pétition lancée à l'été 2012 pour exiger l'abandon des blouses ouvertes à l'hôpital¹⁹ semble de ce point de vue anecdotique face à une situation qui s'est largement dégradée à tous les niveaux de la médecine hospitalière comme de cabinet²⁰. En effet, si l'hôpital apparaît souvent comme le lieu de cristallisation des problèmes²¹, la réalité médicale française nous invite à ne pas surévaluer cet espace. D'une part, la majorité (46 %) des médecins exerce aujourd'hui en libéral exclusif soit 91 224 médecins, tandis que 76038 exercent de manière salariée, mixte ou libérale à l'hôpital²². D'autre part, la désaffection touche aujourd'hui majoritairement les libéraux et notamment les généralistes,

¹² Van Ingen, F., 2002, « Les médecins malades du stress », *Impact-Médecine*, n° 20 ; Gleizes, M., 2002, *Évaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes, en Haute Garonne et à Paris*, Thèse de Médecine, Toulouse.

¹³ Keller, B., 2002, « Près d'un médecin sur deux est victime d'épuisement émotionnel », *Quotidien du médecin*, 23 Janvier 2002 ; Bergogne, A., 2002, « Médecins au bord de l'épuisement », *Le concours médical*, 124 (10), 16 mars 2002, p. 672-673.

¹⁴ Canoui, P., Mauranges, A., 1998, *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses*, Paris, Masson.

¹⁵ Leopold, Y., 2003, « Les médecins se suicideraient-ils plus que d'autres ? » *INFO ordinales*, janvier/février 2003. Le suicide représentait alors 14% des causes de décès des médecins libéraux en exercice.

¹⁶ 47% des médecins libéraux présentent les symptômes de l'épuisement professionnel (Galam, E., (dir.), 2007, *op. cit.*, p. 2).

¹⁷ Dr Pierre Canoui, cité par Isabelle Gautier (Gautier, I., 2003, « Burn out des médecins », *Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris*, 86, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2012] <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/sallelec/textselect/burnout.html>).

¹⁸ Queneau, P., Mascret, D., 2004, *Le malade n'est pas un numéro ! Sauver la médecine*, Paris, Odile Jacob.

¹⁹ Proust, D., 2012, « Pétition contre les blouses d'hôpital qui laissent voir les fesses », *L'express*, 8 août 2012 [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2012] http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/sante/petition-contre-les-blouses-d-hopital-qui-laissent-voir-les-fesses_1147449.html.

²⁰ Bouchet, E., 2007, « La médecine de famille en crise », *La dépêche*, 12 janvier 2012, [en ligne, consulté le 31 août 2012] <http://www.ladepeche.fr/article/2007/01/12/382317-sante-la-medecine-de-famille-en-crise.html>.

²¹ Évin, C., 2009, « L'hôpital en crise ? », *Les Tribunes de la santé*, 22, p. 75-80, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2012] www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2009-1-page-75.htm.

²² Conseil National de l'Ordre des médecins, 2011, *op. cit.*, p. 15.

qui ont même tendance à se retourner vers l'hôpital lorsqu'ils dévissent leur plaque²³. Un climat de soupçon s'est installé dans la société qui a atteint la relation médicale et qui cause, selon Jean-Paul Delevoye, la triste situation dans laquelle se trouve la médecine française, tant la « violence naît d'un manque de respect réciproque entre patients et soignants »²⁴. La médecine est, jusque dans la relation soignant-soigné qui fait son essence²⁵, en crise.

Des crises ou des formes de la crise

Si en 1976, le philosophe François Dagognet²⁶ décrivait une crise de la médecine sous l'angle gnoséologique, force est de constater que la situation a empiré et que les difficultés ne se limitent plus, aujourd'hui, à cette seule dimension. Au grand chambardement²⁷ a succédé un désordre médical²⁸ qui a dévisagé la pratique millénaire²⁹, emportant vers la tombe la figure titulaire d'Hippocrate³⁰. Toute la médecine est déséquilibrée, ne parvenant plus à répondre aux attentes que les médecins, les malades et la société placent en elle. Mais, au-delà de ce constat d'une crise généralisée, sur lequel les différents auteurs s'entendent, les causes de cet état de fait semblent multiples : certains accusent l'organisation des soins, d'autres l'invasion technologique de l'art de soigner, d'autres encore l'impatience des nouveaux patients. Au déferlement de difficultés et au dérèglement dans le fonctionnement des organisations, s'ajoutent des « divergences dans les choix fondamentaux »³¹ à opérer qui rendent apparemment impossible la sortie de crise. Pourtant, comme l'avaient compris les médecins antiques, inventeur de la notion, « La crise est la solution de la maladie »³². Elle est le temps où il convient de juger³³ de la maladie, de son issue possible et de l'opportunité d'y apporter un traitement. Elle en appelle au *kairos*³⁴, cette occasion³⁵ qui situe l'intervention soignante et qualifie l'acte médical lui-

²³ *Ibid.*, p. 75.

²⁴ Propos rapportés par Estelle Saget : Saget, E., 2010, « 500 plaintes pour maltraitance ordinaire à l'hôpital en 2009 », *L'express*, 12 janvier 2010 [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2012], http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/sante/500-plaintes-pour-maltraitance-a-l-hopital_841361.html

²⁵ Weber, J.-C., 1998, « Y a-t-il une essence de la médecine ? », *Revue de médecine interne*, 18, p. 924-927.

²⁶ Dagognet, F., 1976, « La crise de la pensée médicale », Entretien avec Jacques Dufresne, *Critère*, 14, juin 1976, [en ligne, consulté le 10 juillet 2012], http://agora.qc.ca/documents/medecine--la_crise_de_la_pensee_medicale_par_francois_dagognet.

²⁷ Funck-Brentano, J.-L., 1990, *Le grand chambardement de la médecine*, Paris, Odile Jacob.

²⁸ Funck-Brentano, J.-L., 1994, *Le désordre médical et les moyens d'y remédier*, Paris, Hermann.

²⁹ Skrabanek, P., 1994, *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob.

³⁰ Dinis Da Gama, A., 2001, « La crise de la médecine contemporaine ou la "seconde mort" d'Hippocrate », *Journal des maladies vasculaires*, 26(5), p. 287-289 [en ligne, consulté le 12 septembre 2012] <http://www.em-consulte.com/article/124610/article/la-crise-de-la-medecine-contemporaine-ou-la-second>.

³¹ Patrick Lagadec cité par Didier Tabuteau (Tabuteau, D., 2009, « Crises et réformes », *Les Tribunes de la santé*, 22, p. 19-40, ici, p. 19).

³² Hippocrate, 1839-1861, *Œuvres complètes*, Paris, J.-B. Baillière, trad. fr. É. Littré, vol. 9, *Préceptes*, §14, p. 273.

³³ Pigeaud, J., 2006, *La crise, éléments d'histoire de la médecine*, Nantes, Éditions Cécile Defaut.

³⁴ Sur cette notion de *kairos* dans l'Antiquité grecque et plus particulièrement chez les hippocratiques, voir, Trédé, M., 1992, *Kairos : l'à-propos et l'occasion. Le mot et la notion d'Homère à la fin du IV^e siècle avant J.-C.*, Paris, Klincksieck, notamment la deuxième partie, chapitre III : « Le *kairos* dans l'art médical », p. 149-188.

³⁵ « Dans le temps est l'occasion ; et dans l'occasion, un temps bref. La guérison se fait dans le temps, parfois aussi dans l'occasion », Hippocrate, 1839-1861, *op. cit.*, vol. 9, *Préceptes*, §1, p. 251.

même. Seulement, comme le résumait déjà le premier aphorisme hippocratique, l'occasion est fugitive et le jugement difficile³⁶. La crise est en effet le moment où le mal change de forme, où les maladies « augmentent, s'affaiblissent, se transforment en une autre maladie ou se terminent »³⁷. La crise est un moment décisif, dont il faut saisir l'opportunité, mais il est également un moment où la décision est difficile. La maladie de la médecine est un véritable défi³⁸ qui pose la question des directions à prendre et des outils à adopter³⁹ pour envisager, si ce n'est une guérison, au moins une sortie de crise⁴⁰. De quoi est donc malade la médecine française ?

En 2005, une équipe de l'université de Troyes réalisa une étude à partir d'une analyse des discours de médecins dont les conclusions mettaient en lumière la double nature de l'insatisfaction vécue par les professionnels : une crise identitaire d'une part et une crise de régulation de la profession de l'autre⁴¹. L'apparition d'une nouvelle médecine modifiant l'identité du médecin, permettant l'émergence de nouveaux malades, et engageant une nouvelle organisation du soin, aurait eu pour conséquence de déstabiliser le rapport des médecins à leur métier en créant un hiatus entre les valeurs défendues par les uns et les valeurs concrétisées dans l'exercice professionnel. L'évolution de la profession et de la régulation de son autonomie n'aurait en outre conduit qu'à aggraver le hiatus entre les médecins et la médecine. Un sentiment de perte de l'autonomie professionnelle des médecins s'est largement répandu, du fait d'une évolution sociologique concernant les patients et d'une évolution technique et économique impliquant un contrôle tant des responsables politiques et gouvernementaux que des financeurs. Les travaux du psychologue Michel Delbrouck sur le *burn-out* confirment cette analyse : il note en effet le rôle essentiel que joue le décalage entre la vision qu'ont les praticiens de leur profession et la réalité de la pratique⁴². La confrontation au réel est un choc violent pour nombre de professionnels qui découvrent que la médecine qu'ils avaient imaginée et idéalisée comme une profession humaniste et relationnelle s'est transformée.

En 2009, le médecin et écrivain Marc Zaffran (Martin Winckler) proposait une analyse de la crise de la médecine générale en France⁴³ qui allait à nouveau dans ce sens en repérant quatre grands espaces critiques tous dépendants d'un manque de reconnaissance identitaire de la part des différents acteurs médicaux. La crise serait tout d'abord, selon lui, une crise symbolique relevant d'un gouffre entre l'idéal médical et la pratique quotidienne. Les patients attendent du médecin une disponibilité, une écoute et une attention qu'ils ne trouvent pas nécessairement, tandis que les étudiants en médecine considèrent la médecine générale comme une voie de garage, sous-payée et difficile, à laquelle ils préfèrent donc les

³⁶ « La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile », Hippocrate, 1839-1861, *op. cit.*, vol. 4, *Aphorismes*, 1, p. 459.

³⁷ *Ibid.*, vol. 6, *Des affections*, 8, p. 217, trad. fr. reprise à Jouanna, J., 1992, *Hippocrate*, Paris, Fayard, p. 474. Sur la notion de crise dans la médecine hippocratique, nous nous permettons de renvoyer à notre travail de maîtrise : Klein, A., 2005, *Le sujet médical dans la* Collection hippocratique, Mémoire de maîtrise de philosophie, soutenu à l'Université Nancy 2, sous la direction de Thomas Bénatouïl.

³⁸ Morel, J., 2007, « La médecine générale malade, un défi ! », *Santé conjugulée*, 42, p. 13.

³⁹ Vercauteren, B., 2007, « La médecine générale est malade, que faire ? », *Santé conjugulée*, 42, p. 14-19.

⁴⁰ Tabuteau, D., 2011, « La crise de la médecine : comment en sortir ? », *Le Débat*, 167, p. 113-117.

⁴¹ Soulier, E., Grenier, C., Lewkowicz, M., 2005, « La crise du médecin généraliste : une approche cognitive de la profession », *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 36 (1), p. 53-61.

⁴² Delbrouck, M., 2007, « Burn-out et médecine », *Cahiers de psychologie clinique*, 28, p. 121-132.

⁴³ Winckler, M., 2009, « La crise de la médecine générale », *Les Tribunes de la santé*, 22, p. 67-74.

spécialités médicales⁴⁴. À ce problème d'image, de sens et de valeurs s'ajoute une crise d'ordre politique et social relative à un système de soins qui valorise la réduction des coûts à la prise en charge de la santé. Le médecin se trouve ainsi écartelé entre les attentes organisationnelles et celles des patients, entre la solidarité prônée par le système de soins et le libéralisme de son fonctionnement. Le problème de la formation, qui est le troisième niveau critique de l'analyse de Winckler, favorise ces deux premiers constats. Une éducation élitiste, autoritaire, tournée vers les spécialités, technicisée à l'extrême ne permet pas d'être à l'écoute des patients, ni même de se préparer à une pratique où les contraintes administratives et les problématiques financières influent directement sur les gestes soignants. Ces difficultés se retrouvent et se renforcent dans le quatrième volet de cette crise : l'investissement personnel. Les médecins n'ont plus envie de se consacrer de manière sacerdotale à leur métier, mais souhaitent le concilier avec leur vie familiale. La compétition, instaurée au cours de la formation des étudiants et renforcée par le *numerus clausus* du concours, rend difficile l'instauration d'une coopération entre les soignants qui permettrait de soutenir l'engagement individuel. Le constat de Winckler est sans appel : « Le système de santé français est archaïque, patriarcal, centralisé et élitiste », mais également raciste et sexiste⁴⁵. Profession méprisée par les étudiants et les élites médicales, ignorée par les politiques, enseignée de manière inappropriée, difficile d'exercice, et pourtant au cœur du système de soins français, la médecine générale synthétiserait, pour le médecin-écrivain⁴⁶, la crise médicale contemporaine.

Au-delà de la portée quelque peu militante de son article, le propos de Winckler a pour intérêt d'explicitier le phénomène critique autour de la question identitaire. Les différents niveaux de la crise trouvent en effet leur racine commune dans le décalage qui existe entre l'image que se font les médecins et les malades de la médecine et les valeurs qu'ils y rencontrent effectivement. Les réformes⁴⁷ de l'enseignement et du système de soins ne peuvent pas, de ce point de vue, suffire à sortir la médecine française de son état mortifère. C'est le sens même de la pratique soignante, du geste de soins et de l'aide d'un être humain à l'égard d'un autre qui se pose. Le sacerdoce ne permet plus aux médecins de faire face à la réalité de leur profession, tout comme la déontologie et l'éthique ne permettent en rien aux malades de se satisfaire de la médecine qu'ils rencontrent. Chacun se trouve nié dans son identité, déçu dans ses attentes, et bafoué dans son vécu par un monde médical dont les valeurs ne sont plus celles que ses acteurs partageaient. La subjectivité même des acteurs ne trouve plus de place dans la médecine expliquant ainsi la multiplication des recours à l'idée de déshumanisation⁴⁸.

⁴⁴ Affirmation que le rapport du CNOM précédemment cité tend à modérer

⁴⁵ *Ibid.*, p. 72-73.

⁴⁶ Il n'est pas le seul. On retrouve une analyse assez similaire chez plusieurs auteurs, comme par exemple Vercruyse, B., 2007, *op. cit.*

⁴⁷ Limousin, M., Katchadourian, M., 2009, « La crise de la médecine appelle de vraies réformes », *L'humanité*, 25 mars 2009, p. 18.

⁴⁸ Weber, J.-C., 2004, « Présences et absences du sujet dans le discours et la pratique de la médecine actuelle », Giot, J., Kinable, J., (dir.), 2004, *Transhumances V. Actes du colloque de Cerisy : Résistances au sujet, résistances du sujet*, Namur, Presses Universitaires de Namur, p. 281-294.

Une crise identitaire

La médecine française contemporaine se trouverait donc dans une crise identitaire relative à l'inclusion de la subjectivité de ses acteurs dans son exercice. L'évolution de la médecine ne permettrait plus au médecin de se reconnaître comme sujet médecin et aux malades de se reconnaître comme sujet dans leur posture de malade. Une « carence d'identité »⁴⁹ commune aux acteurs de la médecine contemporaine serait au cœur, cause ou effet, de la crise médicale. C'est ce que semble confirmer la philosophe Johanne Patenaude et la médecin Marianne Xhignesse, dans un article proposant une analyse de la crise des professions médicales comme défaillance de la reconnaissance de l'identité professionnelle⁵⁰.

Les deux auteurs établissent tout d'abord une grille de lecture de la formation de l'identité professionnelle qui leur permet ensuite de situer des lieux de formation de la crise. Elles repèrent ainsi trois étapes de constitution (entendue comme un processus dynamique et circulaire) de l'identité professionnelle. La première est l'inscription sociale de la profession : autour des balises que sont une philosophie de pratique, une fonction sociale sans équivoque et un corpus de valeurs partagées entre pairs, le rôle professionnel s'articule. Le second moment de cette construction identitaire passe par la reconnaissance extérieure, tant par les pairs que par la collectivité, de ce rôle professionnel ; reconnaissance externe qui, en opérant la légitimation du rôle et de la fonction sociale visée, permet au groupe de sortir de la clandestinité. La validation ainsi engagée se traduit, au sein d'une troisième étape, par « un sens partagé (*ethos*) de la pratique et des interventions professionnelles »⁵¹ qui se prolonge dans des structures organisationnelles, institutionnelles, normatives ou associatives. Ce sens partagé est, selon les auteures, en constante mouvance entre les deux pôles de reconnaissances que sont les pairs (pôle interne) et la collectivité (pôle externe) ; double pôle qui appelle un ajustement continu de l'inscription sociale initiale (première étape), d'où la circularité affirmée du processus.

À ces trois étapes identifiées correspondent, selon elles, trois types de signes de la crise d'identité professionnelle que les auteures décrivent : les valeurs partagées entre pairs (inscription sociale), les valeurs des pairs reconnues publiquement (reconnaissance sociale) et les valeurs des pairs publiquement reconnues et traduites dans la structure (structure organisationnelle de la profession). À chaque étape de la construction identitaire, la crise peut surgir, c'est pour cette raison que, d'une part, l'idée d'une crise de la médecine revient régulièrement et avec insistance dans son histoire, et d'autre part, que la médecine, ayant réussi à franchir les deux grandes étapes du processus identitaire que sont la reconnaissance interne et la reconnaissance externe, peut encore manifester les symptômes d'une crise. Ce troisième degré de crise se produit lorsqu'un groupe

[...] éprouve une inadéquation entre son identité reconnue traditionnellement et l'émergence d'une réalité sociale, incluant des

⁴⁹ Hamon, H., 1998, « Carnet de route », Abtroun, S., (dir.), 1998, *Le pouvoir médical. La mort*, Paris, Ellipses, p. 79-85, ici, p. 80.

⁵⁰ Patenaude, J., Xhignesse, M., 2003, « Processus identitaire et syndrome du conflit des rôles. Le cas de la profession médicale », Legault, G. A., (dir.), 2003, *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 55-83.

⁵¹ *Ibid.*, p. 56.

changements relatifs aux contextes de pratiques et les attentes de la collectivité elles-mêmes en évolution⁵².

Une telle description correspond aux symptômes que nous avons pu mettre en lumière précédemment, confirmant que la profession médicale en serait à ce troisième stade de crise. Un conflit de valeurs qui implique une profonde déstabilisation de l'identité tant des professionnels que du public s'adressant à eux.

La solution qui s'impose, selon les deux auteures, pour dépasser cette crise de la troisième étape du processus identitaire serait un ajustement en profondeur, « voire une reconstruction de la forme identitaire »⁵³ qui permettrait d'éviter l'apparition de conflits de rôles, d'ordre structurel, qui viendraient miner le travail du groupe en désarticulant ses valeurs. Il faut donc repenser la définition⁵⁴ même de l'activité médicale, opérer un réexamen de ses valeurs traditionnelles, en vue d'envisager leur abandon ou leur réaménagement « de sorte que la concordance entre le groupe, la société et la structure assurant le pont entre les deux soit rétablie »⁵⁵. C'est à un « bilan »⁵⁶ axiologique permettant au groupe professionnel de statuer sur ses propres valeurs et sur leur concordance avec les valeurs que la société attache à cette profession, que nous invite finalement une telle analyse, afin de dépasser la crise qui ronge la médecine. Il serait donc possible d'envisager la problématisation de la crise actuelle à partir d'un état des lieux d'une part, des valeurs inhérentes à la profession médicale, et d'autre part, des valeurs que les citoyens et la société lui attribuent. C'est à cette tâche ambitieuse que nous avons choisi de consacrer ce travail de doctorat.

Aux limites des ambitions disciplinaires

Si la réalisation d'un tel bilan a été, au Québec, effectuée par le Collège des médecins, ainsi que le rapportent Patenaude et Xhignesse, en France, rien de tel. Le CNOM, tout en constatant l'ampleur des dégâts de la crise, ne semble à aucun moment dans ses différents rapports s'inquiéter outre mesure de la situation, ni même envisager la réalisation d'un état des lieux de la médecine en France, laissant le soin aux syndicats de médecins ou aux associations de malades de tirer la sonnette d'alarme. Il faut préciser, à sa décharge, qu'un obstacle épistémologique de taille s'oppose à la réalisation d'un tel examen axiologique permettant la refonte de leur identité professionnelle par les médecins : ainsi que l'explicitent Patenaude et Xhignesse, la nature même des conflits de rôles qui qualifient cette crise a un effet pervers qui tend à aveugler les praticiens. D'ordre structurel et non situationnel, le conflit de rôles peut échapper au médecin en toute bonne foi⁵⁷, car son identité est déjà divisée, « schizoïde »⁵⁸. La médecine ne peut donc se sortir seule de la crise, ainsi que le constatait déjà Jacques Morel⁵⁹ ; une intervention extérieure s'impose.

⁵² *Ibid.*, p. 57-58.

⁵³ *Ibid.*, p. 58.

⁵⁴ Vercruysse, B., 2007, *op. cit.*, p. 17-18.

⁵⁵ Patenaude, J., Xhignesse, M., 2003, *op. cit.*, p. 82.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 71.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 77.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 82.

⁵⁹ Morel, J., 2008, « La médecine générale est malade... elle ne se sauvera pas toute seule ! », *Santé conjugulée*, 44, p. 7-10.

La forme de cette intervention est explicitée par la nature du travail à effectuer. Pour mettre en évidence les valeurs médicales en jeu et en crise dans la profession comme dans la société, afin d'envisager ensuite une refonte en profondeur de l'identité médicale, Patenaude et Xhignesse précisent qu'il convient tout d'abord de retracer les trois étapes historiques de la constitution de l'identité professionnelle de la médecine. En effet, le caractère circulaire du processus identitaire implique un incontournable retour aux valeurs fondatrices internes (étape 1) et externes (étape 2) du groupe dans le but de dépasser la crise du troisième ordre. Cette perspective sociohistorique doit se doubler d'une réflexion d'ordre axiologique, d'une approche qui puisse opérer un jugement, un tri dans les valeurs relatives à l'exercice médical, celles d'hier, celles d'aujourd'hui, celles de demain. Ambitieux programme qui est jusqu'à aujourd'hui resté lettre morte, car ils impliquent une enquête qui n'est, à proprement parler, l'objet d'aucune discipline.

L'histoire de la médecine en France

L'histoire de la médecine, qui pourrait être la plus à même d'opérer un tel état des lieux, s'est développée en France selon un paradigme historiographique qui interdisait d'emblée une telle analyse, tant son but premier était d'éviter les interprétations axiologiques. C'est à Charles Victor Daremberg (1817-1872)⁶⁰, titulaire de la première chaire d'histoire de la médecine créée à la Faculté de médecine de Paris en 1870⁶¹, que nous devons d'avoir formalisé le premier ce champ disciplinaire. S'inscrivant dans la tradition du positivisme d'Auguste Comte (1798-1857), par le biais de la méthode positive de son ami Émile Littré (1801-1881)⁶², Daremberg avait fait sienne l'idée comtienne selon laquelle l'histoire est une science qui doit, d'une part, pratiquer l'observation attentive des faits et, d'autre part, retracer la « loi de développement nécessaire de l'esprit humain » qui se dégage de cette observation attentive. L'histoire qu'il pratiqua et qu'il promut fut donc une histoire érudite⁶³, s'opposant à une histoire dite « philosophique », parce que trop générale. Il confia à l'histoire de la médecine la fonction d'étudier dans le détail les textes originaux des auteurs médicaux⁶⁴, afin de mettre en évidence, dans une perspective dite continuiste, le développement continu du perfectionnement de la science médicale. L'histoire de la médecine fut par conséquent définie comme le travail de médecins philologues, puisqu'il s'agissait d'allier à l'analyse précise des textes anciens, principalement antiques et médiévaux, la connaissance de la science moderne, autrement dit de la physiologie. Dans cette perspective historiographique, l'idée d'une mise en question des valeurs de la médecine moderne n'était pas envisagée. Et si les médecins

⁶⁰ Gourevitch, D., 2004a, *Charles Victor Daremberg (1817-1872) et une histoire positiviste de la médecine*, BIUM, [en ligne, consulté le 2 juillet 2012], <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/daremberg.htm>.

⁶¹ Date de publication de « Histoire des sciences médicales » qui resta longtemps une référence. Daremberg, C. V., 1870, *Histoire des sciences médicales, comprenant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie et les doctrines de pathologie générale*, Paris, J.-B. Baillière, 2 vol.

⁶² Jean-François Braunstein a démontré que Daremberg était plus proche de la méthode « positive » de son ami Émile Littré que de celle « positiviste » d'Auguste Comte (Braunstein, J.-F., 2005, « Daremberg et les débuts de l'histoire de la médecine en France », *Revue d'histoire des sciences*, 58/2, p. 367-387). Voir également à ce propos, Gourevitch, D., 2004b, « Daremberg, his friend Littré and positivist medical history », Huisman, F., Warner, J. H., (éds), 2004, *Locating Medical History: The Stories and Their Meanings*, Baltimore - London, the Johns Hopkins Press, p. 53-73.

⁶³ Braunstein, J.-F., 2005, *op. cit.*, p. 376-378.

⁶⁴ Sa devise sera « Pour l'histoire les textes. Pour la science les faits » (Daremberg, C. V., 1870, *op. cit.*, p. 1, note 3).

furent longtemps les principaux historiens de leur discipline, les historiens professionnels qui s'intéressèrent à ce domaine s'inscrivirent à leur tour dans cette vision⁶⁵. En s'incluant dans le paradigme scientifique dominant, l'histoire de la médecine ne pouvait se faire critique, c'est-à-dire juger des valeurs en jeu dans ce qui constituait son propre modèle. Il fallait donc que s'opère un tournant tant historiographique qu'épistémologique pour qu'une telle analyse puisse être, au moins, envisagée comme possible.

C'est près de cent ans après la parution de l'ouvrage de Daremberg que la France entrevit enfin la possibilité de s'inscrire dans un paradigme nouveau. Si la première moitié du XX^e siècle avait vu émerger, avec l'École des Annales⁶⁶ une première critique du positivisme historique⁶⁷, il fallut attendre les années 1970, notamment grâce à Jacques Léonard (1935-1988) pour qu'une histoire nouvelle, une histoire sociale de la médecine⁶⁸ voit effectivement le jour. Transformant progressivement l'histoire de la médecine en lui permettant d'aborder la réalité pratique de la profession, des pratiques quotidiennes et concrètes dans lesquelles s'incarnaient les théories érudites, l'histoire sociale et l'histoire des mentalités marquent un tournant dans l'histoire de l'histoire de la médecine en France, mais elles furent insuffisantes pour permettre d'envisager concrètement la réalisation d'un bilan axiologique de la profession. C'est par une autre voie qu'une telle perspective pu enfin être envisagée, une voie double qui ne vint pas, à proprement parler, de l'histoire, mais de la philosophie et de l'histoire des sciences d'une part, et de la sociologie de l'autre.

La revanche de la philosophie

Vingt-deux ans après la création de la chaire de Daremberg, instituant l'histoire de la médecine comme discipline institutionnalisée, Pierre Laffitte (1823-1903), lui aussi représentant du positivisme⁶⁹, se voyait confier la première chaire du Collège de France consacrée à l'« histoire générale des sciences ». Ce domaine de la connaissance historique

⁶⁵ Braunstein note avec malice que Danielle Gourevitch, éminente représentante de l'histoire de la médecine française, se revendique, encore aujourd'hui, de cette tradition darembergienne (Braunstein, J.-F., 2005, *op. cit.*, p. 387).

⁶⁶ Fondée par Lucien Febvre (1878-1956) et Marc Bloch (1886-1944), autour de la revue *Les Annales*, cette école de pensée a défendu une histoire plus ancrée dans le social, centrée sur les hommes vivants, « en chair et en os » pour reprendre le mot de Febvre (Febvre, L., 1962, *Pour une histoire à part entière*, Paris, SEVPEN, p. 659) et leurs mentalités. Voir à ce propos : Febvre, L., 1941, « Comment reconstituer la vie mentale d'autrefois ? », *Annales d'Histoire Sociale*, 3, p. 5-20 ; Duby, G., 1961, « Histoire des mentalités », *L'histoire et ses méthodes*, Paris, Gallimard, p. 937-966 ; Mandrou, R., 1968, « L'histoire des mentalités », article « Histoire », 5, *Encyclopaedia Universalis*, vol. VIII, p. 436-438 ; Chartier, R., 1983, « Histoire intellectuelle et histoire des mentalités. Trajectoires et questions », *Revue de synthèse*, 111-112, p. 271-307 ; Burguières, A., 1983, « La notion de "mentalité" chez Marc Bloch et Lucien Febvre : deux conceptions, deux filiations », *Revue de synthèse*, 111-112, p. 333-348 ; Dewald, J., 2006, *Lost Worlds: The Emergence of French Social History, 1815-1970*, University Park, Pennsylvania University Press.

⁶⁷ Courant historique représenté par Charles-Victor Langlois (1863-1929) et Charles Seignobos (1854-1942).

⁶⁸ « L'histoire sociale de la médecine n'est pas l'histoire érudite des grands médecins et des principales conquêtes scientifiques. S'appuyant éventuellement sur l'histoire des sciences et des savants, elle s'attache en priorité à décrire les pratiques médicales, les relations qui se nouent entre ceux qui souffrent et ceux qui soignent, les circonstances pathogènes des travaux, des âges et des loisirs. Elle parcourt les différentes couches sociales et s'arrête aux tenants et aboutissants matériels et culturels de la vie et de la mort. Attentive aux croyances, elle s'insinue au cœur de la cité et de l'économie » (Léonard, J., 1978b, *La France médicale au XIX^e siècle*, Paris, Gallimard/ Julliard, p. 9).

⁶⁹ Petit, A., 1995, « L'héritage du positivisme dans la création de la chaire d'histoire générale des sciences au Collège de France », *Revue d'histoire des sciences*, 48(4), p. 521-556.

se trouva d'emblée associé à la philosophie dans la continuité de la tradition positiviste⁷⁰. Le premier Congrès international de philosophie qui se déroule à Paris en 1900 incluait ainsi une session « histoire des sciences ». Mais c'est la chaire d'« histoire de la philosophie en relation avec les sciences », créée à la Sorbonne en 1909 pour Gaston Milhaud (1858-1918), qui permit à l'histoire de la médecine de s'enrichir d'une nouvelle perspective. En 1955, Georges Canguilhem (1904-1995), agrégé de philosophie et docteur en médecine, y fit institutionnellement renaître l'histoire philosophique des sciences médicales qu'avait combattue Daremberg. Il faut dire que la perspective de Canguilhem était différente de celle critiquée par Daremberg qu'incarnaient Jean-Eugène Dezeimeris (1799-1851)⁷¹ ou Joseph-Michel Guardia (1830-1897)⁷². Dans la lignée de l'épistémologie historique⁷³ de son prédécesseur Gaston Bachelard⁷⁴ (1884-1962), Canguilhem proposait une histoire épistémologique qui alliait l'érudition historique à la critique philosophique. Dès sa thèse de médecine de 1943, il avait en effet mis en œuvre une telle analyse permettant de juger historiquement de la validité du fameux principe de Broussais et de produire une analyse axiologique des principes fondateurs de la médecine moderne que sont les catégories de normal et de pathologique⁷⁵. L'histoire des sciences, ainsi qu'il le théoriserait ensuite, doit être comprise non comme « le progrès des sciences renversé, c'est-à-dire la mise en perspectives d'étapes dépassées dont la vérité d'aujourd'hui serait le point de fuite »⁷⁶, mais comme l'histoire du « rapport progressif de l'intelligence à la vérité »⁷⁷. Elle est une activité proprement axiologique⁷⁸ se fondant sur une épistémologie⁷⁹ philosophique, à laquelle elle participe en retour⁸⁰. L'histoire de la médecine rencontrait à nouveau la philosophie, mais dans une perspective encore limitée aux traités médicaux, car visant avant tout l'analyse épistémologique des savoirs scientifiques. La perspective de Canguilhem est avant tout philosophique : la médecine est valorisée dans son œuvre comme cette matière extérieure qui permet à la réflexion abstraite de se confronter à la réalité des problèmes concrets⁸¹. La méthode historique est un outil philosophique devant permettre de cerner avec plus de facilité les enjeux épistémologiques.

⁷⁰ C'est à Auguste Comte que l'on doit l'idée, pour laquelle il milita dès 1832, de la création d'une chaire d'histoire des sciences, discipline qui avait pour lui la tâche d'asseoir la philosophie des sciences. Voir à ce propos, Grange, J., 1996, *La philosophie d'Auguste Comte*, Paris, Presses Universitaires de France, notamment, p. 81-89.

⁷¹ Dezeimeris, J.-E., 1838, *Lettres sur l'histoire de la médecine et sur la nécessité de l'enseignement de cette histoire*, Paris, chez l'auteur.

⁷² Guardia, J.-M., 1865, *La médecine à travers les siècles : Histoire-Philosophie*, Paris, J.-B. Baillière.

⁷³ Sur l'histoire épistémologique des sciences chez Bachelard, voir, Lecourt, D., 1969, *L'épistémologie historique de Gaston Bachelard*, Paris, Vrin.

⁷⁴ Qui avait lui-même pris la suite d'Abel Rey (1873-1940), successeur de Milhaud.

⁷⁵ Canguilhem, G., 1943, *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Canguilhem, G., 2005, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 1-167.

⁷⁶ Canguilhem, G., 1966, « L'objet de l'histoire des sciences », Canguilhem, G., 1968, *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, 1968, Vrin, 7^{ème} édition, Paris, 2002, p. 9-23, ici, p. 14.

⁷⁷ *Ibid.*, p. 20.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 19.

⁷⁹ « C'est l'épistémologie qui est appelée à fournir à l'histoire le principe d'un jugement » (*Ibid.*, p. 13).

⁸⁰ « Faire, au sens le plus opératif du terme, de l'histoire des sciences, est l'une des fonctions, non la plus aisée, de l'épistémologie philosophique » (*Ibid.*, p. 23).

⁸¹ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 7.

Il fallut, en fait, attendre 1963, pour que paraisse, dans la collection « Galien » dédiée à l'histoire de la médecine que Canguilhem dirigeait aux Presses Universitaires de France, l'ouvrage d'un de ses élèves qui réunissait enfin l'histoire sociale et l'histoire philosophique de la médecine. Dans sa *Naissance de la clinique*, Michel Foucault (1926-1984) s'attachait à interroger globalement les présupposés et l'organisation épistémologique de la médecine moderne⁸² à partir d'une perspective proprement historique. L'archéologie du regard médical qu'il y proposait associait avec brio les acquis de l'histoire sociale à ceux de l'histoire des sciences et de la philosophie, dans le but de dresser un bilan épistémologique du développement de la médecine au XIX^e siècle. Cette méthode archéologique révolutionnait l'histoire⁸³ de la médecine en réconciliant ses différentes évolutions au sein d'un modèle épistémologique et historiographique nouveau et pertinent pour cet art qui n'est pas à proprement parler une science, mais qui reste une technique au carrefour de différentes sciences, selon la formule de Canguilhem⁸⁴.

Cette ouverture de l'histoire des sciences à une perspective sociale et culturelle, déjà magnifiée par l'École des Annales et qu'allait réaffirmer la nouvelle histoire⁸⁵ qui devait voir le jour quelques années plus tard, devait trouver un écho, dans le développement d'une troisième discipline qui vint à son tour enrichir la perspective de l'histoire de la médecine : la sociologie.

La sociologie des professions de santé

La sociologie de la médecine, qui s'est développée en France au cours des années 1970⁸⁶, hérita des apports de deux courants nés dans le monde anglo-saxon : la sociologie de la santé et la sociologie des professions. C'est un article publié en 1951⁸⁷ par Talcott Parsons (1902-1979), qui marqua la naissance de l'intérêt des sociologues pour la maladie. Quittant les corrélations entre les données sociologiques et les données biologiques, il invitait à s'intéresser à la maladie comme une conduite sociale. L'idée selon laquelle le rapport que l'individu entretient avec sa maladie est la manifestation du rapport qu'il entretient à l'égard des valeurs de la société permettait de développer l'idée d'un « rôle de malade ». La sociologie de la santé se pencha alors sur l'institution médicale, l'hôpital et son organisation, mais également le rôle spécifique du médecin et le pouvoir qui s'y rattache afin de mettre en lumière la constitution sociale de la médecine et du rôle de ses acteurs. Au tournant des années 1970, sous l'influence des mouvements sociaux et de la sociologie des professions développée par l'École de Chicago⁸⁸, la sociologie développa

⁸² Foucault, M., 1963, *Naissance de la clinique. Archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Galien », 2003, coll. « Quadrige ».

⁸³ Veyne, P., 1978, « Foucault révolutionne l'histoire », *Comment on écrit l'histoire : essai d'épistémologie*, Paris, Éditions du Seuil, p. 211-217.

⁸⁴ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 7.

⁸⁵ Le Goff, J., Nora, P., (dir.), 1976, *Faire de l'histoire I : nouveaux problèmes ; II : nouvelles approches, III : nouveaux objets* Paris, Gallimard ; Le Goff, J., Chartier, R., (dir.), 1978, *La nouvelle histoire*, Paris, Retz-C.E.P.L.. Pour une rétrospective de ce tournant historiographique, voir Dosse, F., 1987, *L'histoire en miettes : des « Annales » à la « nouvelle histoire »*, Paris, La découverte ou Poirrier, P., 2008, (dir.), *L'Histoire culturelle : un « tournant mondial » dans l'historiographie ?*, Dijon, Éditions universitaires de Dijon.

⁸⁶ Herzlich, C., 1976, « Le développement de la sociologie de la médecine, en France, et son contexte », *Santé, Médecine et Sociologie : Colloque International de Sociologie Médicale*, Paris, Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique, p. 131-135.

⁸⁷ Parsons, T., 1951, *The Social system*, Glencoe (Illinois), Free Press, chapitre 8.

⁸⁸ Coulon, A., 1992, *L'école de Chicago*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».

une approche concurrente⁸⁹ à celle-ci et centrée sur la maladie comme produit social⁹⁰. Magnifiée par Eliot Freidson (1923-2005) et son ouvrage sur la profession médicale⁹¹, ou le travail d'Anselm Strauss (1916-1996), cette perspective plus interactionniste que fonctionnaliste⁹², investit le monde médical comme un véritable terrain d'étude, développant des enquêtes empiriques novatrices à l'hôpital, dans les facultés de médecine ou au cœur de la relation entre les médecins et les patients. C'est cette approche qui va être valorisée en France, notamment par Claudine Herzlich, Janine Pierret ou Isabelle Baszanger dont les travaux mirent en lumière tant le malade comme acteur social et institutionnel, s'intéressant à sa gestion quotidienne de la maladie, ou à la formation historique de sa posture sociale, qu'au fonctionnement et aux enjeux de la pratique des médecins entendus comme un groupe professionnel. En ouvrant la perspective d'une étude du travail médical, la sociologie de la médecine, définie comme sociologie de la santé, mit en place des outils qui permettaient à la fois de saisir la médecine dans la matérialité concrète de son exercice quotidien actuel que de décrire les rapports sociaux inhérents et conséquents à ce dernier. Elle permet, autrement dit, de statuer sur les valeurs inhérentes à la profession, comme sur celles valorisées par les malades et la société, en explicitant l'étiologie sociale de la maladie, mais également les limites et les enjeux de la médecine moderne.

Ainsi, au carrefour de ces trois champs disciplinaires se dessine la possibilité d'un bilan axiologique du monde médical contemporain qui, à partir d'une analyse sociohistorique de la genèse et du développement de la profession, dévoile le conflit de valeurs qui qualifie aujourd'hui sa crise, et ce dans le but de fournir une problématisation de cette situation apte à permettre sa résolution.

Une enquête philosophique transdisciplinaire

Si l'enjeu est clair, la tâche reste ardue, car pour faire dialoguer ces différentes disciplines dans une transdisciplinarité qui évite la dispersion de la pluri- ou de l'interdisciplinarité⁹³, une démarche d'organisation épistémologique des méthodes et des perspectives s'impose pour articuler les modèles issus des différentes disciplines. En effet, la multiplication des points de vue accroît le risque d'un morcellement des connaissances qui ne conduirait qu'à une description encyclopédique totalement inopérante à l'égard d'une enquête axiologique. Il s'agit au contraire de mettre en question le sens même des savoirs et des connaissances en dehors des cadres disciplinaires, dans une perspective qui ne transgresse les objectifs spécifiques que pour viser une finalité pratique et formative

⁸⁹ Herzlich, C., 1984, « Médecine moderne et quête de sens : la maladie comme signifiant social », Augé, M., Herzlich, C., (éds.), 1984, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des archives contemporaines, p. 189-216.

⁹⁰ Renaud, M., 1985, « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé : trente ans de recherches sur le malade et la maladie », Dufresne, J., Dumont, F., Martin, Y., (dir.), 1985, *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses de l'université du Québec, p. 281-291.

⁹¹ Freidson, E., 1970, *Profession of medicine*, Harper & Row, Publishers, New York, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, trad. fr. A. Lyotard-May et C. Malamoud.

⁹² Vézinat, N., 2010, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France », *Sociologie*, 3(1), [En ligne, consulté le 10 septembre 2012] <http://sociologie.revues.org/517>.

⁹³ Resweber, J.-P., 2000, *Le pari de la transdisciplinarité. Vers l'intégration des savoirs*, Paris, L'Harmattan.

outrépassant l'idée même du champ disciplinaire. Le bilan à réaliser n'est pas proprement médical, ni même historique ou sociologique, il est axiologique au sens premier du terme de questionnement sur les valeurs humaines⁹⁴. C'est pour cette raison qu'il relève du travail de la philosophie, entendue ici, non comme l'établissement d'un corpus de connaissance, mais comme l'activité même de questionnement de l'homme sur l'homme et son environnement. La pensée philosophique n'a pour seul objectif et ambition – c'est à ce titre que Socrate affirmait déjà que la seule chose qu'il savait est qu'il ne savait rien⁹⁵ – que de problématiser. La philosophie propose des manières de poser des problèmes qui en renouvellent la possible résolution, c'est en ce sens, que sa tâche peut être résumée à la création de concepts⁹⁶. Cette activité justifie, mais surtout explique que la philosophie prenne pour objet, pour champ d'exercice, des matières qui lui sont étrangères⁹⁷. Les concepts que la philosophie entend créer ne lui sont pas propres, mais naissent et se nourrissent de l'extérieur. La philosophie ne se révèle à elle-même que dans sa déterritorialisation.

Dans le cas précis qui nous occupe, la philosophie peut ainsi intervenir dans le champ médical, sans avoir, comme l'avait déjà exprimé Canguilhem, « l'outrecuidance de prétendre rénover la médecine »⁹⁸. « Si la médecine doit être renouvelée, c'est aux médecins de le faire à leurs risques et à leur honneur »⁹⁹, la philosophie n'est là que pour organiser le bilan axiologique et de lui permettre d'atteindre son but, autrement dit pour fournir une méthode permettant de « tenir le sentier qu'il faut prendre pour aller plus droit »¹⁰⁰. La réalisation d'un bilan axiologique de nature philosophique ne vise donc pas la formulation de réponses à la crise, il n'a pour seul objectif que de mettre en lumière les éléments en jeu, les valeurs médicales, de manière à formuler une description de la crise telle qu'elle permette de formuler des interrogations à son égard aptes à dévoiler les voies de son propre dépassement. Il revient seulement au philosophe de participer à la création de caisses de résonance¹⁰¹ nécessaires à la survie ou au renouvellement des valeurs qui lui sont chères et essentielles, en d'autres termes, de produire des analyses telles qu'elles permettent d'envisager « comment et jusqu'où il serait possible de penser autrement »¹⁰². Ainsi, ce n'est pas tant par affinité historique, parce qu'elles furent, au moment de leur naissance commune au V^e siècle avant J.C., considérées comme une même région¹⁰³, que la philosophie doit venir épauler la médecine dans la réalisation de son bilan. C'est à la fois

⁹⁴ Article « Axiologie », *Trésor de la langue française informatisée* [en ligne, consulté le 20 mars 2009] <http://atilf.atilf.fr> (désormais cité *TLFi*).

⁹⁵ Platon, *L'Apologie de Socrate*, 21d, Paris, Folio Essais, Gallimard, 1950, trad. fr. L. Robin et M.-J. Moreau, p. 27.

⁹⁶ Deleuze, G., Guattari, F., 1991, *Qu'est-ce que la philosophie ?*, Paris, Éditions de Minuit, 2005, p. 10.

⁹⁷ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 7.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 8.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ Descartes, R., 1637b, *Discours de la méthode*, Leyde, Ian Maire, Descartes, R., 1953, *Œuvres et lettres*, Paris, Gallimard, La Pléiade, p. 125-179, Deuxième Partie, p. 135.

¹⁰¹ Ces « caisses de résonance » dont parle Isabelle Stengers sont « telles que ce qui arrive aux uns fasse penser et agir les autres, mais aussi que ce que réussissent les uns, ce qu'ils apprennent, ce qu'ils font exister, devienne autant de ressources et de possibilités expérimentales pour les autres » (Stengers, I., 2009, *Ces catastrophes qui s'annoncent*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond/ La Découverte, p. 199).

¹⁰² Foucault, M., 1984a, *Histoire de la sexualité II : L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard Tel, 2002, p. 16.

¹⁰³ Elles sont une seule région (*mia khôra*) selon Plutarque (Plutarque, *Préceptes de santé*, 122 e, *Œuvres morales II*, Paris, Belles Lettres, 1985, trad. fr. J. Defradas, J. Hani et R. Klaerr, p. 101).

parce que la tâche même de la philosophie l’y invite, que parce que la médecine est un domaine de choix pour l’exercice du questionnement philosophique, tant elle est une activité qui n’est pas philosophiquement neutre¹⁰⁴, ainsi que nous le rappelle très justement Anne Fagot-Largeault. Mais si médecine et philosophie partagent une relation commune aux valeurs humaines¹⁰⁵, l’intervention du questionnement réflexif dans le champ des pratiques de soins ne peut être justifiée que par la nature complexe et plurielle de l’enquête qui s’impose pour relever le défi majeur de la crise médicale contemporaine. Si le bilan axiologique nécessaire à l’élucidation des conditions d’apparition et de dépassement de la crise ne peut être effectué en interne par la profession médicale, il ne peut non plus l’être par les seuls historiens, sociologues ou philosophes. Il relève en effet d’une enquête plurielle : une enquête philosophique dans sa méthode, historique et sociologique dans ses contenus et épistémologique dans sa visée. Que ce travail ne soit pas entièrement philosophique n’empêche en rien qu’il soit l’œuvre d’un philosophe, bien au contraire, comme nous le rappelait à sa façon Georges Lantéri-Laura (1930-2004) : « l’histoire de la médecine demeure indispensable pour fournir des illustrations précises et des exemples, sans quoi il ne resterait rien pour étayer les raisonnements »¹⁰⁶. Dans la mesure où sa méthode est réflexive et critique, tournée vers l’abstraction et organisée comme un questionnement, le philosophe peut être également historien et épistémologue, s’il respecte bien sûr tant les valeurs philosophiques que les exigences méthodologiques des disciplines autres qu’il aborde. Si le philosophe veut aujourd’hui ne pas s’enfermer dans le commentaire de son propre commentaire, dans la sphère d’une abstraction qui se meurt de n’avoir aucun contact au réel, il se doit finalement d’être pluridisciplinaire, de se confronter aux faits que mettent en lumière les disciplines scientifiques, sa seule exigence étant de maintenir un regard transdisciplinaire, assurant à son ancrage mondain (*praxis*) l’ouverture de la contemplation (*theoria*).

La médecine comme discours

D’emblée, en envisageant la réalisation du bilan sociohistorique de la médecine, la nécessité de la réflexion philosophique se fait jour. Si la médecine peut être apparemment définie par son objet qui est l’étude, le traitement, la prévention des maladies ainsi que l’instauration, le maintien ou le rétablissement de la santé chez un être humain¹⁰⁷, elle implique différentes facettes qui rendent instable cette définition. L’objet santé peut, par exemple, prendre des formes et des contenus très variés selon qu’il est abordé par un responsable d’un plan de prévention des populations, par un professeur d’immunologie à la faculté, ou par un médecin généraliste au cours d’une de ses consultations quotidiennes en cabinet. La question de l’unité, de la cohérence de l’ensemble « médecine » se pose du fait de la mobilité de ses objets, comme d’ailleurs de la variabilité de ses qualificatifs. La médecine est selon les points de vue où on l’aborde, un art, une technique, une science, une

¹⁰⁴ Fagot-Largeault, A., 2001, *Leçon inaugurale au Collège de France*, [en ligne, consulté le 1er juillet 2012], <http://fr.scribd.com/doc/8361952/Anne-FagotLargeault-Lecon-inaugurale-au-college-de-France-1er-Mars-2001>, p. 5.

¹⁰⁵ Fagot-Largeault, A., 2010, *Médecine et philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France.

¹⁰⁶ Lantéri-Laura, G., 1998, « Normal et pathologique : esquisse d’un point de vue médical », Collectif, 1998, *Actualité de Georges Canguilhem. Le normal et le pathologique*, Institut Synthélabo/ les empêchés de penser en rond, p. 47-58, ici, p. 48.

¹⁰⁷ Article « Médecine », *TLFi*.

profession, une institution, n'ayant finalement pour constante qu'un statut épistémologique incertain, toujours relatif aux valeurs qu'on souhaite lui imprimer¹⁰⁸. Comment dès lors aborder la médecine d'une manière assez neutre qu'on puisse ensuite y rechercher les valeurs qui y sont à l'œuvre ? Pour envisager de parler de *la* médecine, il est nécessaire de déterminer une perspective qui puisse, à terme, nous permettre d'envisager ces différentes dimensions de manière à la fois commune et distincte. La seule perspective de la profession ne permet pas de comprendre l'investissement de la société à son égard, celle de science ne rend pas compte des enjeux pratiques qui unissent les praticiens comme un groupe, celle d'art explique difficilement la consistance de son savoir ou la dimension érudite de son enseignement. Comment parler de *la* médecine de manière pouvoir aborder, faire dialoguer et mettre en perspective les dimensions scientifiques, gnoséologiques, idéologiques, philosophiques, techniques, institutionnelles, disciplinaires et sociales qui sont en jeu dans les valeurs relatives à ce groupe professionnel ? La réflexion philosophique trouve ici son premier intérêt. Il convient en effet de se départir des représentations habituelles pour tenter d'aborder la médecine à partir des éléments premiers qui peuvent la qualifier comme ensemble, sans présumer de son contenu.

La décomposition élémentaire opérée par Michel Foucault dans son *Archéologie du savoir* nous offre ici une voie d'accès. Cet ouvrage, qui sera à juste titre qualifié par Ian Hacking de méta-épistémologie¹⁰⁹, propose une reconceptualisation complète des notions de l'épistémologie historique afin de présenter un ensemble d'outils adapté à une étude de certaines unités de savoir au sein desquelles se croisent des discours et pratiques de différentes disciplines, et des pratiques non discursives, par exemple *la* médecine. Reprenant les critiques formulées par son maître Canguilhem à l'égard de l'histoire des sciences qui se contenterait de valoriser, dans un continuisme abusif, le progrès constant d'une rationalité conquérante, Foucault théorise ici une approche historique, qu'il a déjà mise en pratique dans ses ouvrages précédents¹¹⁰, visant à dépasser cette histoire « récurrentielle »¹¹¹. Les concepts proposés par le philosophe permettent ainsi d'étudier la constitution des savoirs, leur spécialisation en discipline voire en science, mais également d'envisager la manière dont ils s'articulent, se forment et se transforment au contact de ce qui leur est extérieur, discours et pratiques d'autres champs discursifs ou non discursifs. En prenant du recul vis-à-vis des catégories épistémologiques et gnoséologiques habituellement admises, *l'Archéologie du savoir* ouvre la voie à la résolution de crises, de conflits, de situations épistémologiques apparemment aporétiques, tout en s'imposant comme une « véritable *praxis*, propre à révolutionner les pratiques institutionnalisées »¹¹². Elle est une méthode historico-philosophique qui essaie de décrire

[... non] pas la science dans sa structure spécifique, mais le domaine, bien différent, du *savoir* [...] elle s'occupe du savoir dans son rapport avec les figures épistémologiques et les sciences, elle peut aussi bien interroger le

¹⁰⁸ Canguilhem, G., 1988b, « Le statut épistémologique de la médecine », Canguilhem, G., 1968, *op. cit.*, p. 413-428.

¹⁰⁹ Hacking, I., 2002, *Historical ontology*, Cambridge, MA, Harvard University Press, p. 17.

¹¹⁰ Foucault, M., 1963, *op. cit.* ; Foucault, M., 1966a, *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard Tel, 2002.

¹¹¹ Foucault, M., 1969, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard Tel, 2008, p. 257.

¹¹² Kremer-Marietti, A., 1985, *Michel Foucault. Archéologie et généalogie*, Paris, Librairie Générale Française, p. 6.

savoir dans une direction et le décrire dans un autre faisceau de relations¹¹³.

Abordant explicitement le problème qui est le nôtre, il propose d'entendre *la* médecine, à l'instar de *la* grammaire ou de *l'économie* politique, sous la forme d'un ensemble d'énoncés, dont l'unité, la cohérence de discours, ne se trouve ni dans l'objet, ni dans la forme ou le type de leur enchaînement, ni encore dans la persistance de certains concepts, ou de thèmes communs, mais dans la gestion de leur répartition. Des énoncés coexistent de manière le plus souvent hétérogène et dispersée dans un champ qui ne peut être dès lors défini que par les dispersions mêmes qui s'y font jour. C'est cette hypothèse que Foucault soumet à son lecteur : analyser un ensemble d'énoncés selon les règles de leur répartition, selon les systèmes de leur dispersion, selon une régularité de la multiplicité qu'il nomme formation discursive¹¹⁴. Cette perspective, tout en nous libérant des dénominations restrictives qui tentent habituellement de définir la médecine, permet d'envisager une analyse transdisciplinaire au sein de laquelle les différents domaines du savoir apporteront leur pierre à l'édifice de la mise en évidence des règles de constitution de cette formation discursive. C'est cette hypothèse que nous avons donc choisie de mettre à l'épreuve pour réaliser le bilan axiologique de la profession médicale contemporaine : étudier la genèse de la formation discursive de la médecine afin d'y cerner les valeurs qui lui sont inhérentes, qui lui sont ajoutées, ou qu'elles impliquent.

Loin de nous l'idée de réduire la médecine à un discours, niant les pratiques qui la fonde et la font vivre ; le discours n'est pas un acte de langage, il naît des pratiques, les organise, les fait vivre, les renouvelle, voire les engendre, il est en constantes interactions avec elles. Discours et pratiques sont les deux faces d'un même processus, sous le vocable de discours médical il faut donc entendre l'ensemble ordonné des énoncés, des pratiques, des institutions corrélées au travail de ceux qu'on nomme médecins. Car la médecine « est d'abord ce qui institue un ordre – qui ne se confond pas avec celui de la nature. Cet ordre est celui du discours qui précède les concepts et l'épistémologie qu'il ne cesse de renouveler »¹¹⁵. Envisager *la* médecine comme un *discours* nous permet donc de la considérer comme un ensemble cohérent, sans pour autant la qualifier et lui attribuer *a priori* des valeurs, mais aussi d'entrevoir l'interaction de l'ordre qui la qualifie comme formation discursive à l'aune des relations qu'elle entretient avec d'autres formations discursives ou d'autres ensembles d'énoncés non discursifs.

La médecine, peut-être plus que tout autre domaine, du fait de son essence pratique, est en effet dépendante des conditions de développements de l'esprit humain, des évolutions sociales et culturelles. Or, la perspective archéologique permet de rendre compte de ces interactions puisqu'elle nous permet de parler depuis l'intérieur de la médecine, sans pour autant nous limiter à son unique point de vue. L'étude d'une formation discursive implique en effet d'analyser tant le discours en tant que tel que les interactions qu'il entretient avec ce qui ne relève pas de son domaine, de son champ stratégique, avec des pratiques qui lui sont extérieures et qui peuvent être de nature discursive ou non¹¹⁶. L'archéologie interroge l'enchevêtrement d'interpositivités et décrit donc moins la médecine toute faite que la médecine telle qu'elle s'est faite à partir de pratiques

¹¹³ Foucault, M., 1969, *op. cit.*, p. 264-265.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 56.

¹¹⁵ Clavreul, J., 1978, *L'ordre médical*, Paris, Seuil, p. 7.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 224.

discursives et non discursives, internes ou externes à son champ d'énoncés, et selon des conditions d'émergence, d'insertion et de fonctionnement¹¹⁷. De ce fait, elle offre la possibilité d'analyser le discours lui-même comme une pratique conditionnée par des relations discursives qui « déterminent le faisceau de rapports que le discours doit effectuer pour pouvoir parler de tels et tels objets, pour pouvoir les traiter, les nommer, les analyser, les classer, les expliquer, etc. »¹¹⁸. L'articulation du discours médical avec une multitude d'autres discours auxquels il participe, auxquels il emprunte, auxquels il fait écho ou desquels il est dépendant pour s'énoncer, ne se présente donc plus comme un obstacle, mais devient au contraire le soutien même de l'analyse.

Enfin, la compréhension de la médecine comme une formation discursive permet d'interroger le statut du sujet énonciateur du discours et donc d'envisager le rapport identitaire du médecin à l'égard du discours dont il est le porteur. De ce fait, il devient possible de saisir, dans la formation même du discours médical et de ses valeurs, l'évolution de la place qu'y occupe le médecin puisque l'identité de celui qui parle est au fondement de la détermination des règles de l'énonciation¹¹⁹. Il est impossible de parler *des médecins*, chacun, du fait de son lieu d'exercice, de sa spécialité, de sa personnalité, de son histoire, étant véritablement singulier. La perspective de la médecine comme formation discursive nous permet donc d'aborder *le* médecin qui est certes une figure fictive et abstraite, mais également euristique et didactique¹²⁰. Au-delà de son particularisme et des situations contingentes, *le* médecin est le sujet du discours médical, sujet énonciateur, sujet représentant, sujet incarnant la médecine.

De même, il sera possible de considérer l'apparition de discours médicaux non professionnels, en particulier ceux des malades, du point de vue de la quête identitaire du devenir sujet énonciateur. Ainsi, la grille d'analyse que nous fournit l'*Archéologie du savoir*, en tant que méta-épistémologie, nous permet d'envisager la réalisation d'un bilan axiologique de la profession médicale qui d'une part, ne se fonde pas sur des concepts impliquant des valeurs médicales préalables, et d'autre part, prend la forme d'un état des lieux de la constitution identitaire du médecin au sein de sa profession comme à l'égard des malades et de la société. Reste à préciser la forme précise et le déroulement d'un tel travail.

Préalables méthodologiques

Suivant l'hypothèse que nous avons mise en lumière de la nature essentiellement identitaire de la crise médicale, nous nous proposons de suivre ici le développement de la médecine contemporaine, entendue comme discours et profession. Il s'agira, autrement dit, de mettre en lumière la formation de l'identité contemporaine du médecin, comme sujet énonciateur du discours médical, en retraçant la genèse de l'ordre du discours médical contemporain, auquel il se réfère, auquel il appartient et qui lui appartient de telle manière que la compréhension du discours médical ne peut se passer de la compréhension du devenir médecin. Ce travail équivaudra à retracer la genèse et le développement de la

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 223.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 67.

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 72.

¹²⁰ Pigeaud, J., 1999, « Le médecin au XVIII^e siècle », Callebat, L., (dir.), 1999, *Histoire du médecin*, Paris, Flammarion, p. 165-207, ici, p. 165. Énonçant le caractère fictif du médecin du XVIII^e face au concret pluriel des médecins de cette époque, il en explicite pourtant l'intérêt pour une histoire de la médecine et des médecins.

profession médicale française, puisque la profession influe, voire organise, les comportements de gens qui la pratiquent ou la côtoient, ainsi que l'ont mis en lumière les sociologues de la médecine¹²¹. Le rôle de médecin est en effet déterminé par la profession au sens où cette dernière régule ses membres autant que son domaine d'application. L'histoire du médecin ou de l'ordre du discours médical se confond donc avec l'histoire de la professionnalisation¹²² de la médecine, étendue comme conquête d'un statut et d'une identité, d'un corps et d'une subjectivité. Elle est l'histoire de ceux, longtemps des hommes, aujourd'hui aussi des femmes, qui ont choisi de devenir, pour mieux lutter contre la maladie et la mort, connaisseurs et possesseurs de la nature de l'homme.

Pour retracer la genèse de la profession médicale moderne, nous suivrons, sans pour autant oublier la mise en évidence des valeurs qui constituent le socle de notre approche, la tripartition opérée par le sociologue Eliot Freidson (1923-2005) dans son analyse de la profession médicale¹²³, entendue comme « un groupe de personnes exerçant un ensemble d'activités d'où elles tirent la majeure partie de leur subsistance »¹²⁴, se distingue du simple métier par une autonomie, « dotée de sa légitimité et de son organisation »¹²⁵, une autorité « reconnue délibérément, qui comprend le droit exclusif de décider qui est autorisé à accomplir le travail et comment celle-ci doit l'être »¹²⁶. Le devenir autonome qui qualifie une activité comme profession nécessite, selon Freidson, trois critères essentiels : premièrement, un cursus uniformisé autour d'un savoir systémique et unifié, donnant à tous les médecins qui en sortent une formation équivalente, différente de celle des guérisseurs ; deuxièmement, la consolidation politique par la nation de ces règles d'habilitation, autrement dit une reconnaissance légale du titre de docteur ; troisièmement, la confiance et le soutien du public, critère essentiel à toute profession consultante, obtenu par différentes stratégies. Nous retrouvons ici les critères mis en avant par Patenaude et Xhignesse, à la différence que Freidson précise le rôle du politique dans la validation externe des valeurs du groupe concerné, ce qui nous permettra de préciser le rôle majeur de la Révolution dans la professionnalisation du médecin. Dès lors, du passage d'une profession savante, qui acquiert « le monopole de leur travail par la seule conjugaison des associations professionnelles et du soutien de l'État », à une profession consultante qui a besoin « d'apporter à une clientèle de profanes la preuve [qu'elle est capable] de résoudre pratiquement ses problèmes »¹²⁷, nous pourrions suivre l'expansion du rôle professionnel du médecin.

Cette perspective sociohistorique sera redoublée d'une perspective proprement épistémologique, ou plus exactement épistémographique si l'on entend sous ce terme

¹²¹ Freidson, E., 1970, *Profession of medicine*, Harper & Row, Publishers, New York ; *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, trad. fr. A. Lyotard-May et C. Malamoud, p. 101 : « la médecine se pratique dans un cadre organisé qui influence le comportement des médecins et celui des patients ».

¹²² Foucault, M., 1979a, « La politique de santé au XVIII^e siècle », *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, Pierre Mardaga, coll. « Architectures-Archives », p. 7-18, Foucault, M., 1994, *Dits et écrits*, Paris, Gallimard, Quarto, 2001, texte 257, vol. 2, p. 725-742, ici, p. 726 (Désormais simplement cité *Dits et écrits*).

¹²³ Freidson, E., 1970, *op. cit.*

¹²⁴ *Ibid.*, p. 81.

¹²⁵ *Ibid.*

¹²⁶ *Ibid.*

¹²⁷ *Ibid.*, p. 31.

démarche qui « relate un développement »¹²⁸, visant à évaluer la manière dont cette professionnalisation s'articule à une formalisation du discours médical conduisant à son devenir scientifique. Pour ce faire, nous reprendrons à Foucault, les différentes étapes relatives à l'évolution possible d'une formation discursive. Dans son *Archéologie du savoir*, il distingue en effet quatre grands seuils qui sont quatre moments qu'une formation discursive peut franchir, distinction qui lui permet d'inscrire son étude du discours dans le cadre d'une histoire philosophique des sciences. Il repère ainsi un *seuil de positivité* qui est ce « moment à partir duquel une pratique discursive s'individualise et prend son autonomie »¹²⁹ ; un *seuil d'épistémologisation* défini comme le moment où « dans le jeu d'une formation discursive, un ensemble d'énoncés se découpe, prétend faire valoir (même sans y parvenir) des normes de vérification et de cohérence et qu'il exerce, à l'égard du savoir, une fonction dominante (de modèle, de critique ou de vérification) »¹³⁰ ; un *seuil de scientificité* qualifie lui le moment où la figure épistémologique dessinée par le seuil d'épistémologisation « obéit à un certain nombre de critères formels, lorsque ses énoncés ne répondent pas seulement à des règles archéologiques de formation, mais en outre à certaines lois de construction des propositions »¹³¹ ; et enfin un *seuil de formalisation* déterminant le moment où le discours scientifique peut « définir les axiomes qui lui sont nécessaires, les éléments qu'il utilise, les structures propositionnelles qui sont pour lui légitimes et les transformations qu'il accepte, lorsqu'il pourra ainsi déployer, à partir de lui-même, l'édifice formel qu'il constitue »¹³². Certes, toutes les formations discursives ne passent pas par ses quatre étapes, mais il est possible par ce biais de rendre compte de leur quête de scientificité. De plus, et c'est ici que s'affirme l'intérêt de ces catégorisations, la manière dont s'organisent, au sein d'une même formation, les étapes franchies en détermine en fait la singularité. Il conviendra donc de retracer, dans notre étude du discours médical, le franchissement de ces étapes, afin de spécifier la formation discursive médicale, expliquant par exemple comment la formation discursive de la médecine clinique peut se maintenir lors de l'émergence d'une scientificité nouvelle par la médecine expérimentale et la microbiologie¹³³.

La perspective sociohistorique de la professionnalisation est finalement complétée par la perspective épistémographique de l'évolution de la formation discursive, en lui offrant une dimension nouvelle. La philosophie pratique et le corpus de valeur qui organisent le rôle professionnel émergent, selon Patenaude et Xhignesse, apparaissent en effet comme une première étape de formalisation de la formation discursive que Foucault distingue comme deux étapes consécutives : les surfaces premières d'émergence des objets du discours médical et les instances de leur délimitation¹³⁴. La reconnaissance extérieure, tant par les pairs que par la collectivité, de ce rôle professionnel qui constitue la seconde étape dans le modèle des Québécoises rejoint les étapes suivantes d'apparition de la formation discursive que sont l'établissement des grilles de spécification des objets du

¹²⁸ Dagognet, F., 1993, *La peau découverte*, LUISANT, Les Empêcheurs de penser en rond – Institut Synthélabo, p. 176.

¹²⁹ Foucault, M., 1969, *op. cit.*, p. 252.

¹³⁰ *Ibid.*

¹³¹ *Ibid.*, p. 252-253.

¹³² *Ibid.*, p. 253.

¹³³ *Ibid.*, p. 254.

¹³⁴ *Ibid.*, p. 60-61.

discours médical¹³⁵ d'une part et la spécification des relations établies entre les instances d'émergence, de délimitation, et de spécification¹³⁶ de l'autre. La formation discursive ainsi établie, et qui offre aux professionnels désormais reconnus « un sens partagé (*ethos*) de la pratique et des interventions professionnelles »¹³⁷, se veut néanmoins évolutive. Le sens partagé est en constante mouvance entre les deux pôles de reconnaissances que sont les pairs et la collectivité, ce qui induit un ajustement continu de l'inscription sociale initiale qui prend la forme d'une formalisation progressive de la formation discursive. Les stratégies¹³⁸ à l'œuvre entre ces divers concepts et objets décrits dans leur système de formation découvriront la formation discursive médicale dans son individualité, dans la régularité de sa pratique¹³⁹. Finalement, le redoublement des approches assure à notre étude son nécessaire aspect critique qui s'impose tant par sa nature philosophique que par son objet médical. L'ordre médical, ainsi que l'avait mis en lumière Jean Clavreul (1923-2006), tend en effet à aveugler les philosophes qui s'y penchent au point qu'ils finissent par participer à son élaboration et son renforcement alors même qu'ils souhaitent en déconstruire les rouages¹⁴⁰. La diversification et la mise en perspective des points de vue nous permettront d'éviter cet écueil et, sur cette base plurielle, il nous sera finalement possible d'envisager la réalisation du bilan nécessaire à la remise à plat des valeurs de la médecine contemporaine, comprise comme une unité cohérente, relevant d'un ensemble de pratiques et d'énoncés formant à la fois une profession ayant un rôle politique et social et un savoir visant la scientificité et la technicité.

Organisation de notre étude

Pour expliciter les événements qui font notre actualité, pour tenter de comprendre cette crise qui atteint la médecine française contemporaine, nous opérerons donc un découpage à l'inverse, en reconstruisant le puzzle de ce problème actuel par la mise en évidence de sa genèse, de ses éléments, et de ses enjeux, à travers les événements qui la constituent et l'animent. En ce sens, il s'agira moins de décrire la genèse de la crise que d'établir le modèle de fonctionnement historique de la médecine contemporaine pour savoir dans quelle mesure il est possible de le modifier¹⁴¹. La généalogie que nous nous proposons de réaliser ne sera pas celle de la crise médicale, elle sera l'étude historique et philosophique de la médecine française contemporaine perçue à la fois comme profession et formation discursive.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 61-62.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 60-64.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 56.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 94.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 102.

¹⁴⁰ Clavreul, J., 1978, *op. cit.*, p. 23 : « Il y a un caractère commun à tous les ouvrages traitant de la médecine. C'est leur inutilité pour ce qui concerne la médecine elle-même, qui se caractérise d'être une pratique indifférente à ce qu'on en dit. Les livres sur la médecine contribuent à renforcer l'idéologie médicale, ou bien ils la combattent. Ce sont des discours sur la médecine. Le discours médical est autre chose qui se poursuit selon ses lois propres, qui imposent leur contrainte, au malade et aussi au médecin ».

¹⁴¹ Foucault, M., 1976b, « Crisis de un modelo en la medicina? » (« Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? » trad. D. Reynié), *Revista centroamericana de Ciencias de la Salud*, n° 3, p. 197-209. (Première conférence sur l'histoire de la médecine, Institut de médecine sociale, université d'État de Rio de Janeiro, Centro biomedico, octobre 1974), *Dits et écrits*, texte 170, vol. 2, p. 40-58, ici, p. 57.

Nous débuterons donc notre étude en revenant aux prémises de la formation de la médecine moderne, car la médecine que nous connaissons aujourd'hui s'inscrit dans le prolongement de celle qui a vu le jour au cours du XVIII^e siècle. Pour retracer au mieux les enjeux qui ont conduit les médecins à s'organiser en profession et à formaliser leur discours, nous étudierons tout d'abord la révolution scientifique qui, au XVII^e siècle, détermina les cadres de notre paradigme moderne et engagea la médecine du siècle suivant dans une démarche de refonte de ses valeurs. Nous serons ainsi en mesure de décrire, ce sera l'objet de notre premier chapitre, les questionnements et les démarches d'organisation de l'identité professionnelle qui animèrent le siècle des Lumières jusqu'à l'évènement de la Révolution française. L'analyse des obstacles épistémologiques auxquels dûe faire face la médecine nous conduira vers la mise en évidence de l'hypothèse qui constituera le fil rouge de notre travail : la crise médicale qui engagea l'apparition de la médecine moderne relevait d'une difficulté à intégrer dans un cadre méthodologique objectiviste la subjectivité de l'objet premier de la médecine qu'est l'homme. Cette incapacité, parce qu'elle empêchait l'établissement d'un modèle épistémologique cohérent de liaison de la théorie et de la pratique, grevait la médecine qui ne parvenait pas à établir un savoir nouveau et efficace lui permettant de s'affirmer comme une profession soignante à part entière dans un monde médical où les recours de soins disponibles étaient alors multiples. Cette question de la subjectivité qui apparut comme un problème, devait organiser, nous le montrerons en explicitant les premières tentatives de formalisation d'une formation discursive médicale cohérente, l'ensemble du développement de la médecine moderne puis contemporaine. Ce premier chapitre sera donc l'occasion pour nous de mettre en lumière la problématisation autour de laquelle s'organisera la généalogie de la médecine : la médecine s'est développée comme un ensemble de réponses théoriques et pratiques à la question de la subjectivité, réponses qui prennent la forme d'une territorialisation de l'être humain et de son corps tant individuel que social.

Par le truchement de l'épisode de la Révolution qui vit s'établir, mais aussi se transformer, des propositions fondatrices de résolution du problème de la subjectivité, nous pourrons aborder, dans un deuxième chapitre, le développement de la médecine moderne autour du double objectif qui anima le XIX^e siècle : celui de la fondation d'une science médicale d'une part et de l'acquisition d'une autonomie professionnelle pour les médecins de l'autre. Comme autant de solutions concrètes au problème de la subjectivité humaine, nous retracerons les territorialisations successives du corps individuel, du corps social, puis du corps médical qui furent opérées entre 1792 et 1945 par le biais de constructions philosophiques, scientifiques, ou politiques. Ce second chapitre nous permettra de décrire l'ordre médical moderne qui s'est forgé pendant cette période, de qualifier la formation discursive de la médecine à l'aune des seuils qu'elle a franchis et de mettre en lumière le principe, l'ensemble des valeurs, autour duquel la profession médicale a pu acquérir une autonomie concrète. La mise en évidence des conditions de fonctionnement du discours médical, entendue comme établissement d'une relation entre les modèles de subjectivité des acteurs, nous permettra de cerner la faille de la solution proposée et ainsi d'envisager le développement de la médecine contemporaine comme tentative de nouvelle problématisation.

Comme nous le montrerons dans un troisième chapitre, la médecine proprement contemporaine, qui apparaît après la Seconde Guerre Mondiale, devra s'épanouir sur les fondations déjà branlantes de la médecine moderne. Poursuivant ses idéaux et ses acquis tout en en déplaçant la portée, elle essaiera de renouveler les réponses à la question de la

subjectivité en l'écartant entre une formalisation définitive de sa formation discursive et une ouverture éthique de son champ stratégique. En explicitant ce double développement, nous pourrions comprendre comment la médecine contemporaine est finalement apparue comme médecine déjà en crise, tentant vainement de maintenir debout l'édifice en ruine de la médecine moderne. Nous verrons ainsi réapparaître, comme problème fondamental, la question de la subjectivité et nous pourrions constater que la médecine française actuelle se qualifie par son incapacité à prendre en charge cette question, comme une médecine aporétique. Ce troisième chapitre mettra finalement en évidence la disjonction qui s'est engagée entre les valeurs revendiquées par la profession médicale et celles reconnues par la collectivité dans l'expérience médicale, l'émergence d'une inadéquation entre l'identité traditionnellement reconnue à la profession médicale et l'émergence d'une nouvelle réalité sociale. Les stratégies de réaménagements du discours médical nous permettront, en dernière analyse, de cerner les raisons du maintien de la crise, et plus spécifiquement, les modalités spécifiquement contemporaines de son énonciation.

Ce premier état des lieux de la crise médicale ouvrira la voie à l'étude d'un événement qui est venu la concrétiser au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, l'apparition d'un discours médical dissident, produit non par les médecins, mais par les malades. Cette formation discursive nouvelle, médicale, mais non professionnelle, bien que revendiquant une autonomie pour le groupe de ses sujets énonciateurs, nous conduira à envisager de manière dialectique la crise médicale contemporaine. En effet, nous pourrions découvrir, dans le quatrième chapitre qui y sera consacré, que ce discours nouveau est à l'origine de l'apparition de l'idée d'une crise de la médecine contemporaine. Décrivant les stratégies de territorialisation mises en place par les malades et les usagers, nous pourrions envisager l'apparition de leur discours comme une proposition de résolution du problème de la subjectivité. Cette généalogie d'un discours médical non professionnel nous permettra de repenser les conditions de la crise contemporaine et de cerner, dans le dialogue qui s'instaura finalement entre les deux formations discursives, l'enjeu sociopolitique, plus qu'épistémologique, du problème qui se sera révélé éminemment ontologique, de la subjectivité. Notre hypothèse d'une nécessaire gestion épistémologique de la question de la subjectivité sera réévaluée à l'aune des enjeux sociopolitiques mis en lumière par l'émergence du discours des usagers, nous engageant dans une réflexion proprement philosophique sur le statut anthropologique de cette interrogation récurrente.

La mise en évidence de la subjectivité comme l'impensé anthropologique de notre paradigme culturel moderne et contemporain nous invitera à porter un nouveau regard sur les conditions de la crise médicale. C'est en effet dans la formulation même des conditions de problématisation de la question du sujet que cette crise prend racine, la faiblesse des réponses apportées n'étant que la conséquence de cette incompréhension première. Cette conclusion nous invitera donc à réinterroger la problématisation originelle, celle qui eut lieu au XVIII^e siècle, du point de vue de la subjectivité, envisagée non plus comme une question se posant aux médecins, mais comme une réalité ontologique se présentant à eux. Pour le dire autrement, nous nous proposerons d'analyser, dans un cinquième et dernier chapitre, les fondations de notre médecine moderne, mais sous l'angle du malade, entendu comme la subjectivité en acte du discours médical qui s'organisait alors. Il s'agira, dans une perspective plus synchronique, d'envisager comment, dans l'exercice médical quotidien du second XVIII^e siècle, une réponse pratique pouvait être fournie à la question de la subjectivité, indépendamment de sa formalisation. Par le biais d'une étude des courriers adressés au Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797), nous envisagerons la manière dont

pouvait se co-construire le sens de la maladie, de l'intervention médicale, et l'interaction des subjectivités en jeu. En envisageant ainsi les conditions pratiques, épistémologiques, mais également sociopolitiques d'une relation malade-médecin-société équilibrée, nous serons à même de formuler une problématisation plus juste des modalités critiques de la médecine contemporaine.

Ainsi, du corps médical au corps du sujet nous pourrons envisager, à la lumière de ce bilan axiologique réalisé à l'aune du traitement de la question de la subjectivité, les conditions philosophiques, scientifiques, pédagogiques et politiques d'une possible résolution de la crise médicale contemporaine autour de l'établissement de repères identitaires satisfaisants pour chacun des acteurs de la médecine du XXI^e siècle.

CHAPITRE I

LES CONDITIONS D'ÉMERGENCE DU DISCOURS MÉDICAL MODERNE

D'UNE RÉVOLUTION À L'AUTRE

Comprendre comment et pourquoi la médecine s'est engagée dans un processus de professionnalisation et de scientification de son savoir nécessite de revenir aux prémisses, aux fondements de la médecine moderne, lorsque les médecins n'étaient qu'un groupe de soignants parmi d'autres, rêvant, à leur tour, de s'inscrire dans un monde nouveau. La description de la révolution scientifique du XVII^e siècle et de ses enjeux épistémologiques et ontologiques nous permettra de situer tout d'abord les espoirs qui allaient devenir ceux des médecins. Avant d'envisager ce rêve, nous dresserons un état des lieux de la médecine du XVIII^e siècle, en montrant tout d'abord la situation critique qui était son lot quotidien, afin de mieux expliciter la nature épistémologique du problème de la médecine de ce siècle. Nous démontrerons ainsi que les difficultés de liaison de la théorie et de la pratique relevaient d'une incapacité à prendre en charge la subjectivité humaine à l'aune de principes objectivistes et spatialisants que la science nouvelle avait déjà répandus à travers l'Europe. Cette hypothèse générale formulée, nous pourrions suivre les premières tentatives d'organisation de la médecine à l'aune du monde proprement moderne qui s'était révélé, comme autant de solutions à ce problème de la subjectivité. À l'aune des concepts deleuziens de territorialisation et de machine de guerre, nous pourrions décrire précisément la modélisation fondamentale à partir de laquelle la médecine moderne envisageait de se déployer. Cette première généalogie nous conduira jusqu'à l'évènement de la Révolution française où les espoirs des uns et les rêves des autres se confrontèrent pour finalement donner corps à un modèle médical d'organisation professionnelle et de gestion épistémologique du problème de la subjectivité éloigné de l'idéal fondateur de la médecine moderne, mais qui aura pour avantage de lui permettre d'enfin voir concrètement le jour.

LA RÉVOLUTION DE L'ESPACE AU XVII^e SIÈCLE : LA NAISSANCE DU PARADIGME SPATIALISANT

L'impératif du médecin, pour se forger un savoir que l'on peut considérer comme nouveau, était de rompre avec la figure tutélaire d'Hippocrate. Pour devenir moderne, le médecin devait se détacher de la tradition hippocratico-galénique qui organisait son savoir et sa pratique depuis le V^e siècle avant J.-C.. Certes, les choses avaient changé en médecine depuis Hippocrate : l'École d'Alexandrie puis les médecins arabes avaient associé le savoir antique au développement des sciences et des techniques, l'essor de l'anatomie et de la chirurgie à la fin du Moyen-âge avait permis une Renaissance du corps¹⁴² et le XVII^e siècle philosophique annonçait déjà un renouveau des modèles. Pourtant, à l'aube du XVIII^e siècle, Hippocrate était encore une référence théorique, avec sa théorie des humeurs, autant que pratique, avec sa médecine assistante de la Nature. La médecine hippocratique, poursuivie par Galien, était en effet restée, sous l'égide de l'Église sur les sciences et les consciences, le dogme de la médecine officielle, pendant de la scolastique aristotélothomiste. La refonte complète de l'ensemble de la connaissance et de la pratique médicale s'imposait donc. Celle-ci trouva ses fondements dans la révolution scientifique¹⁴³ et biologique¹⁴⁴ qui annonçait alors l'avènement des sciences modernes¹⁴⁵.

La révolution ontologique et épistémologique des sciences modernes

Au XVII^e siècle émerge, par le biais des travaux des physiciens comme Nicolas Copernic (1473-1543), Giordano Bruno (1548-1600) ou Galilée (1564-1642), une nouvelle conception du monde – systématisée dans une nouvelle conception de l'homme par le philosophe René Descartes (1596-1650) – qui va forger la conscience européenne moderne¹⁴⁶. Cette révolution épistémologique commence avec la destruction du Cosmos grec et se poursuit avec la géométrisation de l'espace. Le monde aristotélicien – et en partie hippocratique aux vues des liens étroits entretenus entre les deux systèmes de pensée¹⁴⁷ – conçu comme un tout fini et bien ordonné « dans lequel la structure spatiale incarnait une hiérarchie de valeurs et de perfection » est remplacé par un Univers indéfini¹⁴⁸, voire infini¹⁴⁹, « ne comportant plus aucune hiérarchie naturelle et uni seulement par l'identité des lois qui le régissent dans toutes ses parties, ainsi que par celle de ses composants ultimes placés, tous, au même niveau ontologique »¹⁵⁰. Le renversement cosmologique des

¹⁴² Sournia, J.-C., 1998, *La renaissance du corps*, Paris, Éditions de Santé.

¹⁴³ Koyré, A., 1957, *Du monde clos à l'univers infini*, Paris, Gallimard, 1973.

¹⁴⁴ Grmek, M., 1990, *La première révolution biologique*, Paris, Payot.

¹⁴⁵ Stengers, I., 1993, *L'invention des sciences modernes*, Paris, Flammarion, 1995.

¹⁴⁶ Husserl, E., 1954, *La crise des sciences européenne et la phénoménologie transcendantale*, Paris, Tel Gallimard, 1976.

¹⁴⁷ Nous avons montré dans notre travail de maîtrise le lien entre l'épistémologie hippocratique et la philosophie aristotélicienne, nous nous permettons de renvoyer à ce travail. Klein, A., 2005, *op. cit.*

¹⁴⁸ Le mot est de René Descartes qui dans sa lettre à Chanut du 6 juin 1647 le préfère au terme « infini » qui le soumet aux foudres de l'Église. Descartes, R., 1953, *op. cit.*, p. 1272-1278, ici, p. 1273.

¹⁴⁹ Bien que Galilée ne proclame jamais l'infinitude de l'univers, il l'implique de fait dans sa volonté de géométrisation de l'espace. Voir à ce propos, Van Eynde, L., 1993, *L'ontologie acosmique : la crise de la modernité chez Pascal et Heidegger*, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, p. 40.

¹⁵⁰ Koyré, A., 1957, *op. cit.*, p. 11.

physiciens fait ainsi émerger une nouvelle conception du corps qui, à l'instar du monde dont il est objet et avec lequel il partage une identité ontologique matérielle, est désormais défini comme une étendue : « l'idée de l'étendue que nous concevons en quelque espace que ce soit, est la vraie idée que nous devons avoir du corps »¹⁵¹. Et ce sont désormais ces corps qui sont au cœur de la conception de ce nouveau monde : sans les corps, le monde n'est rien, car le vide n'existe pas¹⁵², il n'y a que des corps au contact d'autres corps. Autrement dit, dans le monde infini de la modernité, seuls les corps, entendus comme *étendues matérielles*¹⁵³, existent. Ils n'ont pas de places ou de lieux, ils n'ont pas d'espaces à occuper, ils sont l'espace. Rien n'existe en dehors de la matière ; le monde n'est que matière. Et cette matière contient en elle-même le principe de son mouvement. Les corps, objets matériels, ne se meuvent plus vers un centre, mais selon leurs propres déterminations¹⁵⁴. Certes, un corps ne peut, selon le principe d'inertie, se mouvoir par lui-même, son mouvement est toujours relatif¹⁵⁵ au repos d'un autre corps, mais une fois en mouvement, ce corps le reste éternellement si tant est qu'aucune force extérieure ne l'empêche de le faire. En ce sens, le repos et le mouvement sont des états de même niveau ontologique que l'être. Comme le résume Alexandre Koyré (1892-1964), « la science classique a substitué un monde de l'être au monde du devenir et du changement »¹⁵⁶.

L'autonomie des corps et leur identité ontologique assurent désormais le fondement matériel de l'univers infini. Et ce nouveau monde est sans différence qualitative (homogène), ontologiquement unifié à une matière unique (isotrope), et indifférent à la trajectoire des mouvements qui s'y réalise (infini). En ce sens, il est identique à la géométrie euclidienne, extension homogène et nécessairement infinie, qui peut dès lors le décrire :

L'espace moderne qui se substitue au cosmos antique et médiéval est donc un espace géométrique aux lieux indifférenciés, un espace euclidien, c'est-à-dire homogène, isotrope, et infini.¹⁵⁷

En perdant son centre, l'univers devenu infini est ouvert à la mathématisation. Les corps répondent ontologiquement à un espace descriptible en termes de géométrie. Descartes parlera ainsi d'un monde « mathématique rigoureusement uniforme, un monde de géométrie réifié »¹⁵⁸. L'ordre est consubstantiel à l'organisation des éléments. Le système

¹⁵¹ Descartes, R., 1647b, *Les principes de la philosophie*, Paris, Henri Le Gras, Descartes, R., 1953, *op. cit.*, p. 553-690, part II, §21, ici, p. 623.

¹⁵² Chez Descartes tout du moins, car Newton réhabilitera le vide mais pour l'associer à l'espace, ce qui, ici, ne modifie pas l'argumentation. Voir à ce propos, Koyré, A., 1948, « Sens et portée de la synthèse newtonienne », Conférence à l'Université de Chicago, 3 novembre 1948, Koyré, A., 1968, *Études newtoniennes*, Paris, Gallimard, p. 27-49, ici, p. 34.

¹⁵³ « [...] la même étendue qui constitue la nature du corps, constitue aussi la nature de l'espace », Descartes, R., 1647b, *op. cit.*, part II, §1, p. 612.

¹⁵⁴ Il faut attendre Leibniz pour que soit théorisée une matière trouvant en elle-même la source de son mouvement, néanmoins, même si chez Descartes le mouvement d'un corps lui vient d'un autre corps extérieur, le mouvement n'est pas extérieur au monde matériel qui vaut comme matière unique du fait de son homogénéité.

¹⁵⁵ Koyré, A., 1955, « Galilée et la révolution scientifique », Conférence au Palais de la découverte le 7 mai 1955, Koyré, A., 1976, *Études d'histoire de la pensée scientifique*, Paris, Gallimard, p. 196-212, ici, p. 200.

¹⁵⁶ Koyré, A., 1948, *op. cit.*, p. 30.

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 42-43.

¹⁵⁸ Koyré, A., 1957, *op. cit.*, p. 128.

fait loi, car ce n'est que dans l'interaction des corps que les choses changent. Le monde n'a plus, à proprement parler, de sens, il est devenu chaotique.

[L']homme moderne est confronté à un espace composé de choses identique à elles-mêmes et frustré de toute immatérialité ; en fait, un monde sans forme, un monde qui ne saurait plus se constituer en cosmos, rien d'autre qu'un chaos [...] ¹⁵⁹

Le sens qui habitait ontologiquement le monde aristotélicien disparaît au profit d'une ouverture totale d'un espace matériel ayant une rationalité propre et immanente. « [T]outes les causes formelles et finales disparaissent comme modes d'explication de la science nouvelle – ou sont rejetées par elle – et sont remplacées par des causes efficientes et même matérielles » ¹⁶⁰. Rien ne donne plus le sens au monde, aucun principe finaliste, aucune intelligence extérieure : l'ontologie est acosmique ¹⁶¹. Seuls les hommes peuvent désormais attribuer une intelligibilité au monde, au moyen du seul langage qui peut refléter l'organisation interne de la matière : les mathématiques. L'ordre du monde est à reconstruire et ne peut l'être qu'en termes de quantité, car « il n'y a pas de qualité dans le royaume des nombres ni dans celui des figures géométriques » ¹⁶². La notion même de « sens », trop subjective, est exclue du vocabulaire de la science, comme du monde. L'explication mécaniste du monde et de la vie s'impose.

Ce changement de monde implique par conséquent un changement dans l'ordre du savoir. Ce dernier ne décrit plus un monde préalablement ordonné, mais reconstruit l'ordre d'un monde chaotique. Cette révolution gnoséologique a pour effet de condamner l'homme à n'avoir qu'un savoir iconique du monde – toute prétention ontologique ayant disparue de l'espace acosmique – ; le savoir n'est que le reflet imagé, mathématique, d'un monde inaccessible. Le savoir n'est plus que représentation non plus d'un ordre du monde, mais de l'ordre de nos représentations. C'est le paradoxe du platonisme de Galilée ¹⁶³ : si les vérités sont à rechercher en nous-mêmes comme acte de réminiscence, notre savoir n'est que, et Kant le comprendra bien, l'image de notre manière de connaître.

Mais cette négativité de l'ordre du savoir qui ne peut être qu'ontologiquement second s'associe à une positivité de l'activité du savoir elle-même. Dans ce mouvement qui fonde le savoir comme représentation iconique, la science quitte son statut de *theoria* contemplative qu'elle était chez les Grecs, pour devenir *praxis*, activité technique. La distinction entre pratique et théorie tend à s'annihiler au profit d'un modèle du savoir où le savant est déjà ingénieur. Les sciences expérimentales modernes se déploient ainsi « dans un système de références méthodologiques qui reflète la perspective transcendantale d'une possibilité de disposer techniquement des choses » ¹⁶⁴. La révolution gnoséologique est une révolution épistémologique, puisque la production même de la vérité se trouve modifiée.

¹⁵⁹ Van Eynde, L., 1993, *op. cit.*, p. 42.

¹⁶⁰ Koyré, A., 1948, *op. cit.*, p. 30.

¹⁶¹ Van Eynde, L., 1993, *op. cit.*

¹⁶² Koyré, A., 1948, *op. cit.*, p. 30.

¹⁶³ Koyré, A., 1943, « Galilée et Platon », Koyré, A., 1976, *op. cit.*, p. 166-195.

¹⁶⁴ Habermas, J., 1968, « La technique et la science comme "idéologie" », Habermas, J., 1973, *La technique et la science comme « idéologie »*, Paris, Gallimard, trad. fr. J.-R. Ladmiral, p. 3-74, ici, p. 34.

C'est désormais le dispositif technique qui valide l'objectivité du fait observé en montrant qu'il n'est pas une fiction hypothétique, ainsi que l'analyse Isabelle Stengers :

[...] démarche [scientifique], vérité et réalité, ne se conjuguent que sur le mode d'une nouvelle manière d'exister et de faire exister, où la démarche produit la vérité à propos d'une réalité qu'elle découvre-invente, où la réalité garantit la production de la vérité si les contraintes de la démarche sont respectées, où le scientifique lui-même subit un devenir qui ne peut se résumer à la simple possession d'un savoir¹⁶⁵.

L'association étroite et renouvelée de la technique et de la science déploie une nouvelle modalité d'organisation du savoir et du pouvoir : désormais la science a une utilité. C'est le modèle de l'utopie scientifique du Chancelier Francis Bacon (1561-1626) qui s'affirme ici : la connaissance des causes matérielles peut assurer le bonheur des habitants de cette *nouvelle Atlantide* que devient le monde moderne. Annonceur de la révolution scientifique, Bacon avait déjà vu et écrit ce renversement du rapport de la science et de la technique dans l'introduction de son *Instauratio magna* :

La fin qui est proposée à notre science n'est plus la découverte d'arguments, mais de techniques, non plus de concordances avec les principes, mais des principes eux-mêmes, non d'arguments probables, mais de dispositions et d'indications opératoires [...]. Vaincre et contraindre : là-bas, un adversaire par la discussion, ici la nature par le travail¹⁶⁶.

Solidaire d'une technique qui va progressivement sortir de l'empirique pour devenir le prolongement de la science¹⁶⁷, le savoir moderne acquiert une efficacité réelle, une scientificité qui tient à son opérativité. C'est-à-dire que le savoir mis en jeu pour ordonner le monde est « dans sa forme même [...] un savoir techniquement utilisable »¹⁶⁸. La technique résulte de la science autant qu'elle l'accompagne tout au long du processus de son opérabilité. La connaissance du monde, au moyen de l'outil mathématique, est toujours-déjà, une possibilité de le maîtriser techniquement. « L'engendrement de la puissance par la science est direct »¹⁶⁹. L'espace vierge et désordonné du monde se présente à l'homme pour qu'il l'organise, l'ordonne, pour qu'il en devienne comme le maître et le possesseur. Ainsi, au moment même où l'espace s'unifie et s'infinuitise, laissant l'homme sans repère ontologique, la science perd son aspect contemplatif pour devenir performative. Une nouvelle alliance se noue entre l'homme et le monde au moyen d'une articulation nouvelle des sciences et de la technique.

La méthodologie nouvelle exposée dans la méthode expérimentale se dévoile comme le chemin le plus sûr vers la vérité et l'organisation concrète du monde vers le meilleur. L'espoir des découvertes de la physique se répand vers les autres disciplines ; la méthode des sciences naturelles est pleine de promesses :

¹⁶⁵ Stengers, I., 1993, *op. cit.*, p. 106.

¹⁶⁶ Bacon, F., 1620, *Instauratio Magna*, Von Spedding, J., (éd.), 1963, *The Works of Francis Bacon*, reprod. Frommann, Stuttgart, I, p. 36, cité et traduit par Janicaud, D., 1985, *La puissance du rationnel*, Paris, Gallimard, p. 189.

¹⁶⁷ Gille, B., 1978, *Histoire des techniques*, Paris, Gallimard, p. 787.

¹⁶⁸ Habermas, J., 1968, *op. cit.*, p. 35.

¹⁶⁹ Janicaud, D., 1985, *op. cit.*, p. 194.

Nous devons découvrir par l'observation, par l'expérience, par l'expérimentation les facultés fondamentales et permanentes, les propriétés de l'être et du caractère de l'homme [...] nous devons découvrir les schèmes d'action ou les lois du comportement qui se rapportent les unes aux autres et lient ensemble les atomes humains. À partir de ces lois, nous devons déduire tout le reste¹⁷⁰.

Comme le résume Mirko Grmek (1924-2000), « à terme, la vérité absolue est à la portée de la raison »¹⁷¹, et cette vérité sera exprimée en termes matériels, mécanistes et mathématiques. Reste à suivre la bonne méthode pour accroître les connaissances médicales, ainsi que l'indique Louis de Jaucourt (1704-1779) dans son article « Médecine » de l'*Encyclopédie* :

nous reconnoissons tous les avantages de l'expérience : nous y voyons par-tout que ses progrès dépendent de l'accroissement des connoissances qu'on peut puiser dans la pratique de cet art ; que ces connoissances doivent être éclairées par la physique du corps humain ; que cette physique tire elle-même des lumières d'autres sciences qui naissent aussi de l'expérience ; & qu'ainsi l'avancement de la théorie qui peut guider dans la pratique, dépend de l'accroissement de tous ces différens genres de connoissances¹⁷²

La première révolution biologique qui trouva ses apôtres chez Galilée, Newton, et Descartes, son maître d'œuvre chez le découvreur de la circulation sanguine William Harvey (1578-1657) et son théoricien chez Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), indiquait dès la fin du XVII^e siècle sa direction à la médecine. Mais il ne suffisait pas d'annoncer un nouveau monde pour que le paradigme hippocratique-galénique s'achève, d'autant que l'épistémologie nouvelle, si elle proposait des outils efficaces à la scientification de la médecine, contenait en germes un problème fondamental que la médecine allait mettre en exergue et qui allait qualifier l'ensemble de son développement moderne.

Afin de préciser cette problématique de la médecine moderne, plongeons-nous tout d'abord dans la médecine de l'Ancien Régime afin de voir de quelles manières et avec quelles difficultés le changement de paradigme s'est opéré.

¹⁷⁰ Koyré, A., 1948, *op. cit.*, p. 41.

¹⁷¹ Grmek, M. 1990, *op. cit.*, p. 11.

¹⁷² De Jaucourt, L., 1765c, « Médecine », Diderot, D., D'Alembert, J., (éds.), 1751-1772, *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, Paris et Neuchâtel, tome 10, p. 260-275, ici, p. 275.

L'ANCIEN RÉGIME : HIÉRARCHIE, ORDRE ET TRADITION

Depuis l'émergence de l'Université au Moyen-âge, la médecine s'était constituée en pôle cohérent en offrant un diplôme organisé autour d'un savoir¹⁷³. Elle était alors « la seule activité scientifique, au sens moderne du terme, à laquelle étaient liés un enseignement réglementé, au sein d'une faculté propre, et divers modes de contrôle à la fois du titre et des règles d'exercice de la profession »¹⁷⁴. À partir du XIII^e siècle, s'était ainsi amorcée la constitution d'un double monopole de la médecine « académique » sur la science médicale : « monopole du savoir, dont les universités seront reconnues dépositaires ; monopole de la délivrance du titre autorisant l'exercice de la médecine »¹⁷⁵. Accompagnant l'urbanisation du territoire, la médecine poursuit sa construction aux XVI^e et XVII^e siècles, par la revendication, tant de la part des professionnels que des pouvoirs publics, d'un statut social pour les professionnels de santé, spécialement les médecins et les chirurgiens. La formation reste la même qu'au Moyen-âge, bien que l'anatomie se développe ; mais la profession s'organise. Les médecins attachés à la défense du monopole d'assistance médicale créèrent nombre de corporations, mais loin de leur assurer ce monopole, elles les conduisirent à une position peu enviable.

Par le biais d'une hiérarchie des représentations, des pratiques et des praticiens, l'Ancien Régime favorisait en effet la persistance d'un paradigme déjà en crise¹⁷⁶, d'un monde ancien et chaotique, alors même que les temps modernes¹⁷⁷ en médecine avaient commencé depuis plusieurs siècles. En 1716, dans son ouvrage *Projet de réformation de la médecine*, le médecin parisien Alexandre Le François dresse ce triste constat :

Il y a une forte confusion dans la théorie et dans la pratique de la médecine. Les traités sont [...] pleins d'obscurités ; d'incertitudes et de faussetés. La manière dont on l'enseigne est très défectueuse ; l'exercice est fort mal réglé. La partie de la médecine qui concerne la manière de traiter les maladies, et qui est la plus importante, est cependant celle qui est la moins exacte, et la moins parfaite [...] ; et ce qui met le comble au désordre, c'est qu'il y a beaucoup de malversations dans les médicaments.¹⁷⁸

Des obstacles institutionnels et épistémologiques maintiennent le médecin dans une position faible, en termes de thérapeutique comme de reconnaissance et d'autonomie, interdisant son devenir de professionnel.

¹⁷³ Jacquart, D., 1999, « Le médecin au Moyen Âge », Callebat, L., (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 59-87.

¹⁷⁴ Lopez Terrada, M.-L., Salavert Fabiani, V. L., 1999, « Le médecin de la Renaissance à l'aube des Lumières », Callebat, L., (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 111-163.

¹⁷⁵ *Ibid.*

¹⁷⁶ Barroux, G., 2008, *Philosophie, maladie et médecine au XVIII^e siècle*, Paris, Honoré-Champion, p. 10 : « La crise [...] est à l'œuvre au sein même de la médecine du XVIII^e siècle ».

¹⁷⁷ Lichtenhaeler, C., 1975, *Geschichte der medizin*, Köln-Lövenich, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH ; *Histoire de la médecine*, Paris, Fayard, 1978, trad. fr. D. Meunier, p. 395 : il distingue les temps modernes en médecine qui commencent aux alentours de 1500 et la médecine moderne qui n'advient qu'aux alentours de 1800.

¹⁷⁸ Le François, A., 1716, *Projet de réformation de la médecine*, Paris, G. Cavelier fils, cité par Pigeaud, J., 1999, *op. cit.*, p. 172-173.

Les obstacles institutionnels : la hiérarchie du monde médical

Le monde médical est extrêmement organisé, il a un ordre qui définit des lieux d'exercice et de répartition des acteurs de l'art de guérir. Cette organisation se réduit à la hiérarchie des pouvoirs de guérison supposés : Dieu est le premier et le meilleur médecin, les médecins sont ses auxiliaires, puis viennent les chirurgiens, petites mains du monde médical, qui agissent normalement sur ordres des médecins, et enfin les apothicaires et les accoucheuses.

Dieu et l'Église

Le monde médical, comme la société française de l'Ancien Régime, est sous la juridiction de l'Église. L'influence de l'Église est prégnante de l'institution, à l'organisation de l'enseignement et jusqu'à la pratique. Avant d'être membre d'une profession, le médecin est « *nolens volens* un chrétien »¹⁷⁹, il faut d'ailleurs être catholique pour entrer à la Faculté. Il exerce en effet son art dans une société, sous régime de monarchie absolue de droit divin, où la distinction profane et sacré n'existe pas. L'Église contrôle les diplômes comme la pratique : pour exemple, en 1712, il est rappelé que les médecins ne doivent pas visiter un malade gravement atteint si celui-ci ne présente pas de certificat de confession¹⁸⁰ !

Cette prédominance de la pensée et du pouvoir religieux façonne le monde médical de l'Ancien Régime interdit la remise en question de la pensée antique, aristotélicienne, devenue avec Thomas d'Aquin (1224-1274), le dogme de l'Église. Le médecin est un être de foi avant même d'être un « être de raison »¹⁸¹. Par conséquent, il ne peut s'interroger sur les causes de la maladie qui sont nécessairement d'origine divine, soit punition divine, soit au contraire remède de l'âme. Sa lutte contre les maladies est donc par avance résignée puisque ces dernières ne disparaîtront jamais : elles sont un avertissement de Dieu aux hommes pour les inciter à la conversion et à la piété¹⁸². Le médecin n'est qu'un auxiliaire de Dieu.

Les professions médicales, l'âme et le corps

Le médecin et la théorie : l'influence d'Hippocrate

La médecine apparaît en haut de la pyramide des acteurs de la santé, elle est un art libéral autrement dit un élément essentiel de la connaissance, selon la distinction

¹⁷⁹ Faure, O., 1994, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e – XX^e)*, Paris, Anthropos-Economica, p. 10.

¹⁸⁰ Lebrun, F., 1983, *Médecins, saints et sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles : se soigner autrefois*, Paris, Temps actuel.

¹⁸¹ Pigeaud, J., 1999, *op. cit.*, p. 165.

¹⁸² François Lebrun rapporte cette réaction exemplaire lors de l'épidémie de peste en Provence en septembre 1720 : « A la question "Quel est le traitement de la peste ?" qui lui est posée par les notables d'Apt réunis au palais épiscopal, il fait cette réponse : "Attendu que la peste est un fléau que Dieu envoie sur la terre pour châtier les hommes qui semblaient méconnaître sa toute puissance, le génie médical, semblable à une étoile scintillante, pourra seul, dans l'avenir, par une inspiration sublime ou par une évocation, réussir à soulever le voile qui couvre encore le secret du remède spécifique de sa guérison, que la nature, tour à tour prodigue et avare, se plaît encore à conserver parmi les recettes occultes ; en attendant, l'on aura rien de mieux à faire pour s'en préserver et pour en guérir que de placer sa confiance en sainte Anne, en saint Roch et aux saints patrons du pays" ». Lebrun, F., 1983, *op. cit.*, p. 19-20, citant Bruni, R., 1980, *Le pays d'Apt malade de la peste*, Aix-en-Provence, Edisud, p. 41.

scholastique. Son enseignement se fait dans des Facultés de médecine, toutes indépendantes les unes des autres et réglant donc leur enseignement, leur examen, leur frais d'études et l'installation à leur abord comme elles le souhaitent. Il existait également des collèges de médecine, moins bien organisés et ne délivrant, pour la plupart, aucun titre. La diversité la plus totale régnait donc au sein même des facultés, malgré l'édit de Marly de 1707¹⁸³ qui avait tenté d'organiser les études et la profession médicale sur le territoire français. L'enseignement n'avait pour seule constante que d'être essentiellement formel et théorique ; il pouvait s'écouler « sans que le futur docteur ait l'occasion d'examiner un seul malade »¹⁸⁴. Il se déroulait en latin et consistait en des commentaires de textes antiques et moyenâgeux d'Hippocrate et de Galien¹⁸⁵. L'affirmation « ce n'est pas dans Hippocrate » suffisait à faire taire toutes les observations pouvant déboucher sur des découvertes¹⁸⁶. L'obtention du bonnet faisait de l'étudiant (les femmes n'ont pas accès à la profession) un « docteur », « celui qui sait » ; mais ce titre honorifique n'offrait pas encore le droit à la pratique et à l'installation. Le diplôme doctoral ne procurait en effet aucun droit personnel à l'exercice médical. Tout dépendait alors de sa corporation, sa « jurande » ainsi qu'on l'appelait alors. Le médecin ne pouvait s'installer qu'en accord avec sa Faculté et sa corporation locale¹⁸⁷.

Certes, cette structure offre les bases d'un professionnalisme par le biais du corporatisme : le médecin de l'Ancien Régime « n'existe qu'en tant que membre de sa corporation »¹⁸⁸, il vit une « vie empruntée »¹⁸⁹ en tant que membre de sa Faculté et de sa communauté. Mais la force de ce corporatisme impose un double formalisme qui divise la médecine de l'époque : un formalisme intérieur qui règle les droits des membres de la corporation selon la loi d'ancienneté et d'élection et un formalisme extérieur à l'égard des intrus ou des autres corps. Les médecins s'assurent donc entre eux une prééminence due au fait qu'ils sont officiellement les seuls à détenir le savoir médical et donc le pouvoir de guérir (l'édit de Marly avait réaffirmé ce monopole médical sur la santé), mais c'est au prix d'un conservatisme fort.

¹⁸³ L'édit demandait, entre autres, deux années de philosophie scholastique, menant à une maîtrise ès art, comme préalable obligatoire pour s'inscrire.

¹⁸⁴ Bariéty, M., Coury, C., 1963, *Histoire de la médecine*, Paris, Fayard, p. 583.

¹⁸⁵ La fin de cet enseignement, souvent long et toujours coûteux, était marquée par la présentation d'une thèse en latin et un ensemble de commentaires d'aphorismes hippocratiques.

¹⁸⁶ La seconde scène de l'acte II de *L'Amour-médecin* de Molière (Jean-Baptiste Poquelin (1622-1673)) est à ce titre très instructive :

« Monsieur Tomès : - Comment se porte son cocher ?

Lisette : - Fort bien : il est mort.

Monsieur Tomès : - Mort ?

Lisette : - Oui.

Monsieur Tomès : - Cela ne se peut.

[...]

Lisette : - Je l'ai vu.

Monsieur Tomès : - Cela est impossible. Hippocrate dit que ces sortes de maladies ne se terminent qu'au quatorze ou au vingt et un, et il n'y a que six jours qu'il est tombé malade.

Lisette : - Hippocrate dira ce qui lui plaira, mais le cocher est mort. ».

Molière, Jean-Baptiste Poquelin dit, 1665, *L'Amour-médecin*, Molière, 1968, *Le malade imaginaire - L'amour médecin*, Paris, Bordas, p. 151-180, ici, p. 163.

¹⁸⁷ À part Paris, Montpellier et Avignon qui offraient un titre valable *hic et ubique terrarum*.

¹⁸⁸ Delaunay, P., 1935, *La vie médicale aux XVI^e, XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Éditions Hippocrate, p. 289.

¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 290.

Ainsi, le médecin n'a ni autonomie, ni savoir unifié et efficace dans des thérapeutiques. Le médecin, « celui qui professe & qui exerce la Médecine après des études convenables de cette science »¹⁹⁰, est donc un homme cultivé, érudit, mais souvent très peu praticien. Ne connaissant que les médecins anciens et n'ayant aucune formation pratique, ils suivent pour la plupart les recommandations hippocratiques¹⁹¹. En ce qui concerne la thérapeutique, elle se limite à la triade *saignare, purgare et clysterium donare*. La diète, la saignée, diverses purgations et potions, les topiques et quelques rares spécifiques sont tous les remèdes dont dispose le médecin, avec parfois le recours aux chirurgiens et aux eaux thermales. Pour soigner, le médecin est donc soumis aux textes anciens, aux chirurgiens et aux croyances populaires. Par conséquent, en pratique, les médecins guérissent peu. S'étant donnés pour objet les maladies internes (principalement ce qu'ils nomment alors les fièvres), ils favorisent la médecine expectante, ce qui les rend dès lors impuissants face aux épidémies qui ravagent alors le pays. Cette position épistémologique a pour conséquence de renforcer la représentation religieuse de la maladie : Dieu (ou la Nature¹⁹²) apparaît alors comme le meilleur des médecins¹⁹³. L'image du médecin est celle d'un être incapable de répondre aux malheurs de l'existence et à la souffrance des populations. Et la critique a tôt fait de les cantonner aux bibliothèques, aux salons et aux débats les plus stériles, plus qu'au lit du malade. D'autant que la clientèle, essentiellement composée de notables¹⁹⁴, est exigeante et demande le plus souvent au médecin de valider son propre diagnostic ou de lui prescrire son traitement préféré¹⁹⁵. Ainsi, les plus grands apports du XVIII^e siècle en terme de soin et de thérapeutiques, le quinquina, l'ipéca et l'inoculation variolique sont introduits par le public aristocratique, avec parfois de fortes réticences des médecins¹⁹⁶. Le médecin

¹⁹⁰ De Jaucourt, L., 1765b, « Médecin », Diderot, D., D'Alembert, J., (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 10, p. 260.

¹⁹¹ Les techniques de diagnostic étaient donc essentiellement qualitatives. Les informations étaient fournies par les sens : tâter le pouls, flairer les selles, apprécier la saveur des urines, écouter la respiration, observer les nuances du teint. Le quantitatif n'était pas pris en compte, en accord avec le principe hippocratique du traité *Ancienne médecine* : « Il faut en effet viser à une mesure ; or il n'y a pas de mesure [...] à quoi l'on puisse se référer pour connaître ce qui est exact, si ce n'est la sensation du corps » (Hippocrate, Hippocrate, 1839-1861, *op. cit.*, *Ancienne médecine*, 9, vol. I, p. 589, ici, Hippocrate, 1999, *L'Art de la médecine*, Paris, GF Flammarion, trad. fr. J. Jouanna et C. Magdelaine, p. 81). Ainsi, comme le rappelle Roy Porter : « on ne s'attachait pas au nombre de pulsations par minutes mais à la vigueur, à la fermeté, à la régularité et au toucher du pouls » (Porter, R., 1995, « The Eighteenth Century », Conrad, L. I., Neve, M., Nutton, V., Porter, R., Wear, A., 1995, *The Western Medical Tradition : 800 BC to AD 1800*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 371-476 ; « Le dix-huitième siècle », *Histoire de la lutte contre la maladie : La tradition occidentale de l'Antiquité à la fin du siècle des Lumières*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1999, trad. fr. P. Rozenberg, p. 381-494, ici, p. 415).

¹⁹² Le XVIII^e siècle se caractérise par ce « remplacement » de Dieu par l'image généreuse et providentielle de la Nature.

¹⁹³ Selon une mauvaise interprétation, qui persistera jusque dans la traduction d'Émile Littré, le passage des *Épidémies* (livre 6, chapitre 5, section 1) est alors traduit « La nature est le médecin des maladies », tandis que le texte grec est au pluriel (*phuseis* et non *phusis*). Il faut comprendre que les natures (au sens de constitutions individuelles) sont les médecins des maladies. Il s'agit donc d'un procédé d'autoguérison des corps qu'Hippocrate met en avant et non la puissance d'une Nature divinisée.

¹⁹⁴ « [I]l n'y a que les gens aisés qui appellent les médecins dans les cas de maladies ». Parole d'un médecin de Soissons en 1786, cité par Lebrun, F., 1983, *op. cit.*, p. 90.

¹⁹⁵ Porter, R., 1995, *op. cit.*, p. 462.

¹⁹⁶ Les débats sur l'inoculation font rage au cours du siècle des Lumières mêlant aristocrates, philosophes et médecins. À part le médecin suisse Théodore Tronchin (1709-1781), l'explorateur et scientifique français Charles Marie de La Condamine (1701-1774) et quelques autres, rares sont ceux qui défendent l'inoculation.

guérit donc peu, proportionnellement parlant, car il n'a que peu de contact avec le peuple français essentiellement rural (85 %), pauvre et illettré tandis que les médecins sont des érudits, citadins (78 %) appartenant à la bourgeoisie « éclairée »¹⁹⁷ et parlant latin.

De ce fait, le médecin est fortement dépendant des autres acteurs de l'art de guérir pour espérer obtenir des résultats, mais se méfie de ses collègues¹⁹⁸. Il tente néanmoins de sauver les apparences en affirmant son monopole (fictif) sur les questions de santé : il s'évertue à maintenir la distinction d'avec les autres branches de l'art (principalement les chirurgiens) par des rites (Serment d'Hippocrate), des insignes (robes et bonnets carrés), et le primat théorique de ses Facultés universitaires, et ce pour l'honneur de la médecine. Il accentue cette supériorité de son art en régissant les enseignements et les examens des autres branches.

Le chirurgien et la pratique

Ce sont avant tout les chirurgiens, les apothicaires ou les accoucheurs, ceux qui sont alors considérés comme des métiers manuels « vils et mécaniques », à l'instar de la barberie ou de l'épicerie, qui s'occupent à proprement parler du corps. « Alors que le médecin aux mains propres était chargé de maintenir son patient en bonne santé, le chirurgien avait en général directement affaire au corps croupissant »¹⁹⁹. Leur formation est corporative et non universitaire, bien que régie par l'université²⁰⁰, leur enseignement est un apprentissage chez un maître et l'examen final une réalisation pratique à la manière des compagnons. Ils se distinguent des médecins en ce qu'ils ont pour objet les maladies externes. Ils ont donc une grande connaissance du corps et de sa manipulation. Les chirurgiens suivent les prescriptions des médecins : ils pratiquent sur demande la saignée, l'incision des abcès, le pansage des plaies, ou la réduction des fractures. Ils ont déjà la connaissance de ce qu'est la médecine d'observation : ils savent toucher, voir, sentir et entendre, ils pensent et mettent en place des « appareils », ils incisent, cousent, réduisent et palpent. À l'inverse des caricatures qui en faisaient des bouchers, ils connaissaient leurs limites et hésitaient souvent à opérer²⁰¹. Ils pratiquaient les corps au moyen des cinq sens, contrairement aux médecins qui n'avaient appris qu'à écouter le malade, à regarder et à parler²⁰². Mais c'est paradoxalement ce contact avec le corps qui les conduit à être considérés comme inférieurs aux médecins, du fait de la qualification négative, à cette époque, du fait de l'influence de l'Église, de la corporalité.

Pour les maintenir sous dépendance de la Faculté, les chirurgiens sont extrêmement hiérarchisés : ils dépendent d'un Lieutenant du Premier Chirurgien du Roi qui a le droit de regard sur tous les chirurgiens-barbiers et sages-femmes de son baillage et signe les lettres de maîtrise. En d'autres termes, le libéralisme médical n'existait pas pour les chirurgiens.

Voir à ce propos, Darmon, P., 1986, *La longue traque de la variole*, Paris, Perrin ou Raymond (de), J.-F., 2000, *La querelle de l'inoculation ou préhistoire de la vaccination*, Vrin, Paris.

¹⁹⁷ Goubert, J.-P., Lorillot, D., (éds.), 1984, *1789, le corps médical et le changement : les cahiers de doléances des médecins, chirurgiens et apothicaires*, Toulouse, Privat, p. 20.

¹⁹⁸ Delaunay, P., 1935, *op. cit.*, p. 163. « Méfiez-vous des confrères, soyez bien avec les chirurgiens et plein de considérations pour les apothicaires et aussi pour les nonnes car bien que leurs tisanes vous fassent du tort, songez que c'est auprès d'elles que les dévotes prennent avis ».

¹⁹⁹ Porter, R., 1995, *op. cit.*, p. 448.

²⁰⁰ L'examen de « Maître chirurgien » est présidé par un membre de la Faculté.

²⁰¹ Porter, R., 1995, *op. cit.*, p. 449.

²⁰² Sournia, J.-C., 1989, *La médecine révolutionnaire (1789-1799)*, Paris, Payot, p. 160-161.

Pour autant, ces obstacles ne les ont pas empêchés de se diriger plus rapidement que les médecins vers la modernité. Très vite, les chirurgiens vont théoriser leur enseignement (1730) et développer des enseignements doubles. Leur art a fortement progressé, au niveau théorique, depuis le XVI^e siècle et l'avènement de l'anatomie, et au niveau pratique, ils ont maintenu leur pratique de terrain. Ainsi, de nouvelles techniques chirurgicales se font jour chez ces praticiens de terrain, souvent itinérants, parfois quasi-empiriques. La mise au point par Jacques de Beaulieu (1651-1719) d'une nouvelle méthode de traitement des calculs vésicaux, la cystotomie latérale, raccourcissant une opération de fait difficile, marquait, pour exemple, la rupture avec la médecine hippocratique, dont le *Serment* interdisait au médecin l'opération de la pierre, tellement celle-ci était douloureuse pour les malades et incertaine dans son résultat.

Ainsi, très vite, la chirurgie se perfectionna et se spécialisa (les ophtalmologistes par exemple acquièrent rapidement leur autonomie avec leurs titres de gloire). Les chirurgiens étaient la branche la plus expérimentale, et donc la plus progressiste, de la médecine, et dès 1743, ils obtinrent la distinction d'avec les barbiers. En 1768, la formation pratique par simple apprentissage fut abolie ; les chirurgiens entrèrent alors en concurrence avec les médecins, clamant la scientificité de leur pratique. Ils sont les plus présents dans les campagnes françaises, dont le peuple ne voit que très rarement des médecins. En ce sens, ils sont de sérieux concurrents pour les médecins, d'autant que leur conception du corps et de la pratique était en accord avec les croyances, valeurs et représentations de la société (puisque'ils constituaient le troisième pilier de la thérapeutique).

D'autant qu'en accord avec le troisième principe de l'édit de Marly, les différentes professions médicales sont réparties sur le territoire national. Il y a un découpage disciplinaire de l'espace répondant à une démographie médicale : les villes les plus huppées sont dotées de facultés, de collèges et de communautés ; les villes de second rang ne le sont pas et enfin les bourgs et les campagnes sont proprement laissés à l'abandon par la médecine savante et officielle. Ainsi, il y a une certaine aristocratie du corps médical urbain à partir de laquelle s'organise une hiérarchie (supposée) des talents en fonction de leur lieu d'exercice et de résidence. Le paradoxe ultime de cette époque est que les plus grandes responsabilités (guérir les peuples des campagnes qui sont les plus nombreux) sont laissées aux professionnels les moins bien préparés à les assumer. Il y a quatre fois plus de chirurgiens qui sont principalement (74 %) à la campagne, bien qu'ils représentent néanmoins 61 % des praticiens des villes. Le taux de médicalisation des villes est ainsi trois fois supérieur à celui des campagnes qui contiennent pourtant 85 % de la population. Les médecins de terrain, trop peu nombreux, sont donc remplacés par les chirurgiens. Et ces derniers deviennent donc rapidement le modèle du médecin de terrain du XVIII^e siècle et la scientification précoce de la chirurgie assoit cette prédominance de ce corps dénigré. Autrement dit, le modèle de la main reprend le dessus, on considère à nouveau que le fait de soigner avec ses mains n'est pas une activité médicale inférieure. Par la chirurgie, le vent de l'époque commence à tourner. Le développement de l'enseignement de la chirurgie à l'hôpital aux côtés de l'anatomie favorisera finalement l'émergence du point de vue anatomo-localiste des hôpitaux parisiens de la fin du siècle.

Chaque profession occupe finalement une place bien spécifique correspondant à un territoire géographique d'application de leur art et déjà à une certaine division de classes de la population. La répartition de l'être humain et de ses fonctions entre les professions ne

favorise pas une théorie unitaire permettant de dépasser le cadre hippocratico-galénique, alors que, déjà, le dogme aristotélicien, qui lui est traditionnellement associé est remis en cause entre autres par les physiciens qui sont parvenus à dépasser la dichotomie des mondes *sub* et *supra* lunaires et les philosophes qui ont critiqué le système causal quadripartite. Si la physique et la métaphysique d'Aristote (384 av. J.C. -322 av. J.C.) sont fortement critiquées, la philosophie moderne, et principalement l'œuvre de Descartes, ne parvient pas à s'affirmer et à s'imposer. Au contraire, la médecine s'essouffle en courant derrière les sciences naturelles.

Les obstacles épistémologiques²⁰³ : diversité et opposition des savoirs

Si les pouvoirs de guérison du corps médical sont faibles, et ce malgré les talents des chirurgiens, c'est en grande partie parce que le savoir médical ne lui permet pas d'avoir une action efficace. Il faut dire que le savoir est en crise et que les représentations populaires sur la maladie ont une influence bien plus grande sur les populations. Ainsi, le médecin est mis en concurrence avec des formes de savoirs, et donc des praticiens, faisant preuve d'une plus grande cohérence épistémologique et sociale. Comme le résume Giorgio Baglivi (1668-1706), il n'y a à cette époque, au sein du monde médical officiel, aucun « passage logique »²⁰⁴ entre la théorie et la pratique et surtout aucune cohérence avec les représentations sociales concernant la santé et la maladie.

Le savoir « scientifique » des médecins

Embourbés dans la tradition hippocratico-galénique, les médecins du XVIII^e siècle connaissent pourtant les connaissances nouvelles développées en anatomie depuis le XVI^e siècle et André Vésale (1514-1564), mais également les connaissances physiologiques du XVII^e siècle, à l'instar de la découverte de la circulation sanguine par William Harvey, ainsi qu'en témoigne l'importance de la saignée dans la triade thérapeutique. Bien plus, comme toutes personnes cultivées de l'époque, ils connaissent les grands systèmes philosophiques de Descartes et Leibniz, ou les avancées des sciences naturelles, notamment la physique de Newton qui avait connu une diffusion majeure dès 1720, les classifications botaniques et zoologiques de John Ray (1627-1705) et Francis Willughby (1635-1672). Cette remise en question théorique du modèle aristotélicien ne parvient pourtant pas à s'imposer. Il était en effet très difficile pour la médecine de faire le lien entre des découvertes, particulièrement en anatomie, physiologie et pharmacologie²⁰⁵, et des connaissances d'un ordre physique, philosophique et son fonctionnement hippocratique. Les paradigmes se chevauchaient et déjà les nouvelles énigmes ne pouvaient être résolues avec les outils anciens²⁰⁶. La tentative de la médecine de suivre la méthode des sciences naturelles fut un échec tragique²⁰⁷ puisque, rapidement, elle piétina, se laissa distancer, et

²⁰³ Bachelard, G., 1938a, *La formation de l'esprit scientifique : contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, Paris, Vrin, p. 14-19.

²⁰⁴ Cité par Pigeaud, J., 1999, *op. cit.*, p. 176.

²⁰⁵ Porter, R., 1995, *op. cit.*, p. 381.

²⁰⁶ Kuhn, T., 1962, *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press ; *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983, trad. fr. L. Meyer, édition revue et corrigée par l'auteur.

²⁰⁷ Shryock, R. H., 1956, *Histoire de la médecine moderne. Facteur scientifique, facteur social*, Paris, Armand Colin, trad. fr. R. Tarr, p. 22.

fut finalement incapable de poursuivre la révolution scientifique et biologique du XVII^e siècle. En l'absence d'un modèle cohérent permettant d'unifier l'émergent et l'ancien, toutes les initiatives d'organisation du savoir nouveau sont par avance vouées à l'échec et ne font qu'accroître le chaos épistémologique et gnoséologique. Donc si le renouveau médical est annoncé, à cette époque, « les faits nouveaux ne servaient donc qu'à réaffirmer les vieilles théories »²⁰⁸.

Ainsi, les trois grands systèmes médicaux du XVIII^e siècle, qui sont tous constitués en réponse aux progrès des sciences naturelles ou de la philosophie moderne, ne parviennent pas à s'imposer durablement et favorisent au contraire la crise médicale en alimentant des débats de salons qui éloignent encore plus les médecins des populations souffrantes. D'autant plus qu'aucun de ces représentants n'ose véritablement se détacher de la figure hippocratique.

L'iatromécanisme de Baglivi puis d'Hermann Boerhaave (1668-1738) poursuit la pensée cartésienne en fondant son solidisme sur l'affirmation selon laquelle tous les phénomènes physiologiques et pathologiques trouvent leur explication dans la structure et par les mouvements des parties solides du corps humain. Les maladies aiguës révèlent un excès de tonus des fibres tandis que les maladies chroniques annoncent leur relâchement. L'irritation des tissus par des stimuli externes est à l'origine du mouvement qui caractérise alors la vie du corps et sa santé. Ne parvenant pas à satisfaire toutes les explications, la théorie solidiste, plutôt que de remplacer la théorie humorale, s'y adjoint par le biais de la théorie des fluides. Et c'est ainsi qu'on trouve chez Boerhaave, hippocratique convaincu²⁰⁹, une mécanique du corps alors pensée sur la base de la notion de fibres et dans l'échange entre les solides et les fluides.

L'iatrophysique de Friedrich Hoffmann (1660-1742), issue, en deuxième génération des travaux cartésiens²¹⁰ tout en ayant subi l'influence de Leibniz, est un système de forme démonstrative fondé sur la physique, la mécanique et l'anatomie et faisant part belle aux mathématiques. Bien que fidèle à la conception pathologique du solidisme de Boerhaave, il admire la circulation du sang et ses effets sur le corps et l'âme, à tel point qu'il fait de cette substance, ce qu'il nomme l'âme sensible. Il a pour « mérite » de renouveler la doctrine hippocratique des tempéraments en partant uniquement de la circulation du sang.

Enfin, l'animisme de Georg-Ernst Stahl (1660-1734)²¹¹, en retrouvant la voie des iatrochimistes²¹², s'oppose lui au mécanisme²¹³ et à l'iatrophysique qui forment de bons

²⁰⁸ *Ibid.*, p. 27.

²⁰⁹ Outre le fait d'intituler un de ses ouvrages *Aphorismes*, il conseille aux médecins la lecture d'Hippocrate et tente de renouveler l'hippocratismes. Hendrick de Wit affirme même qu'il avait choisi Hippocrate comme modèle (Wit (de), H. C. D., 1982-1989, *Ontwikkelingsgeschiedenis van de biologie*, Pudoc, Centrum voor Landbouwpublikaties en Landbouwdocumentatie ; *Histoire du développement de la biologie*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, trad. fr. A. Baudière, 3 vols., 1993-1994, ici, vol. 2, p. 7).

²¹⁰ Voir Caps, G., 2007, *Les « médecins cartésiens », Héritage et diffusion de la représentation mécaniste du corps humain (1646-1696)*, Thèse de doctorat de philosophie, sous la direction de Simone Mazauric, soutenue le 14 décembre 2007 à l'université Nancy 2.

²¹¹ Chimiste connu pour sa théorie du phlogistique, Stahl estimait que les phénomènes de la vie étaient régis par une « âme sensitive » inaccessible aux procédés d'analyse de la matière. Cette âme présiderait aux réactions chimiques de l'organisme.

²¹² Fondée par Theophrastus Bombast von Hohenheim dit Paracelse (1493-1541), puis développée par Joan Baptiste Von Helmont (1579-1644), François de la Boë (dit Sylvius) (1614-1672) et Thomas Willis (1621-1675), la doctrine iatrochimique s'oppose à la théorie des humeurs en situant les phénomènes pathologiques

théoriciens mais de mauvais praticiens²¹⁴. Selon Stahl, l'âme, comme principe de mouvement et de repos présidant à toutes les fonctions de l'organisme, agit de manière rationnelle sur les mouvements du corps, sur la circulation, sur les sécrétions et les excréments. Les maladies sont donc le résultat d'une interruption de la régulation exercée par l'âme sur le corps, entendu comme organisme vivant, pour éviter sa corruption. Celui qui sera à l'origine du mouvement vitaliste²¹⁵ que magnifiera l'École de Montpellier, tout en abandonnant ses accents piétistes et finalistes, est dans la droite ligne naturaliste d'Hippocrate et finaliste de Galien : « Le plus important était pour lui de provoquer l'action de la *vis medicatrix* et de la favoriser en vue rétablir les équilibres vitaux »²¹⁶.

Ces systèmes caractéristiques de la médecine du XVIII^e siècle, qui répondent tous d'une manière ou d'une autre au mécanisme de Descartes, sont tous prisonniers d'une méthodologie qui, tout en affirmant se conformer aux lois connues de la mécanique, est obligée de postuler, souvent de manière purement théorique, un principe supplémentaire pour rendre compte de la particularité des mouvements organiques. Ainsi, ils se rapportent toujours aux théories anciennes pour combler le fossé entre les sciences naturelles et la médecine, entre les corps inorganiques et les corps organiques. L'hippocratisme est loin d'être mort ; le système antique ne parvient pas à être dépassé. Si Galien recule devant ces nouvelles systématisations, le flou et les incertitudes qui règnent alors assurent des retours à Hippocrate ; c'est ce qu'on a nommé – à tort selon J. Pigeaud²¹⁷ puisque ce terme cache la multiplicité des retours à Hippocrate et les différentes raisons de ces retours – le néo-hippocratisme.

La tentative de tirer des sciences naturelles les fondements d'une théorie médicale capable de renouveler la pratique reste vaine. Partant de l'expérience, mais sans s'offrir les moyens de vérifier leurs observations, les médecins se contentent alors pour beaucoup de déduire ces principes des grandes théories biologiques, mécanistes ou vitalistes au lieu

dans les altérations d'organes particuliers. Le point commun à tous ces auteurs est d'expliquer le fonctionnement et le dysfonctionnement de l'organisme à partir de l'idée de fermentation. Voir Frixione, E., 2004a, « Iatrochimisme », Lecourt, D., (dir.), 2004, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 615-616.

²¹³ Issu de la pensée cartésienne, le modèle mécaniste souhaite expliquer le fonctionnement du corps au moyen de la physique et de la mécanique. Du corps comme une machine, on passe très rapidement, dès 1670, au corps-machine et très vite, les lois de la mécanique organisent la physiologie (chez Giovanni Alfonso Borrelli (1608-1679) notamment). Les phénomènes pathologiques observés peuvent trouver leur explication dans les principes physiques décrits par la mécanique. La conception solidiste de la physiologie établie par Giorgio Baglivi marquera l'apogée de l'idéologie iatomécaniste en définissant toutes les parties du corps comme composées de fibres, micros-unités structurales d'un vaste système mécanique dans lequel les composants liquides n'ont qu'un rôle passif. Voir Frixione, E., 2004b, « Iatomécanisme », Lecourt, D., (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 616-617.

²¹⁴ Mazzolini, R., 1995, « Les lumières de la raison : des systèmes médicaux à l'organologie naturaliste », Grmek, M., (dir.), 1995, *Histoire de la pensée médicale en Occident. 2. De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil, 1997, trad. M. L. Bardinet Broso, p. 95-115, ici, p. 102.

²¹⁵ Le vitalisme, développé par les médecins de l'École de Montpellier, reprendra la théorie animiste en la dépouillant de son contexte religieux, afin d'en faire un matérialisme qui accorde à la matière des propriétés vitales originales, différentes de ses propriétés mécaniques. Il tente avant tout de dépasser les deux apories de l'animisme et du mécanisme physique pour « définir une voie où, à la dichotomie fondamentale du corps et de l'âme, il a substitué l'opposition du vivant et du mort » (Rey, R., 1995, « L'âme, le corps et le vivant », Grmek, M., (dir.), 1995, *op. cit.*, p. 117-155, ici, p. 117).

²¹⁶ Mazzolini, R., 1995, *op. cit.*, p. 103.

²¹⁷ Pigeaud, J., 1999, *op. cit.*, p. 181.

d'opérer par induction à partir de données empiriques. Dès lors, le désir, bénéfique, de poser des principes généraux qui devaient permettre des progrès médicaux ne favorisa pas les avancées, car la prédominance de systèmes aspirait toutes tentatives nouvelles. Ce fut le cas de la nosologie qui, malgré les pistes modernes qu'elle établit, servait le plus souvent à renforcer les systèmes²¹⁸. La concurrence entre les systèmes ne faisait qu'empirer la confusion. Le pouvoir du médecin sur la maladie est faible et les savoirs, les hypothèses, les théories comme les remèdes s'accumulent sans se compléter et la médecine ressemble vite à « un immense cabinet de curiosité »²¹⁹, au sein duquel le médecin ne peut qu'empiriquement piocher pour tenter de lutter contre les maladies. La volonté rationaliste avait conduit aux mêmes écueils que ceux dénoncés. Pire, en réaction, un mouvement antirationaliste et antiquantitativiste²²⁰ vit le jour. On privilégiait l'expérience, l'empirisme, tout en rejetant les apports des instruments précédemment inventés – comme le thermomètre de Galilée ou le microscope d'Antoni van Leeuwenhoek (1632-1723) – qui auraient pu renforcer l'empirisme et faire progresser la médecine, mais qui ne parviennent alors pas à s'imposer dans la pratique. Les connaissances théoriques avaient progressées grâce aux apports des mathématiques, de la chimie et des analogies physiques, mais la médecine restait du côté de l'explication rationnelle et semblait sans lien avec la pratique. Elle se cherchait beaucoup, mais savait peu.

L'unification de l'empirisme et du rationalisme, de la pratique et de la théorie, bref, l'unité de la médecine ne dépend pas que de bonnes volontés, elle exige un élément extérieur à elle, proprement philosophique, la définition de la vie et l'union de l'âme et du corps qu'elle implique. Un conflit règne en effet entre la conception du corps qu'impliquent les nouvelles démarches des sciences naturelles et celle défendue par la pratique hippocratique. Le corps comme microcosme défini par une relation historique avec le macrocosme et dont les aléas de cette histoire définissent les maladies ne peut coïncider avec un corps étendu, situé dans un espace infini avec lequel il n'entretient plus aucun lien et dans lequel il ne trouve plus son lieu. Ainsi, la méthode quantitative, si généreuse en mécanique, s'avère décevante en physiologie et la machine du corps humain²²¹ reste encore une belle utopie philosophico-médicale. La question du corps est au centre de l'abandon de l'aristotélisme selon lequel la vie organique était essentiellement différente de la vie inorganique au profit d'une théorie plus unitaire mais impliquant la possibilité d'appliquer les méthodes et résultats de la physique au corps humain. Le mécanisme cartésien posait des problèmes quant à l'unité (et l'union) de l'âme et du corps²²², et apparut très vite, face à la physique newtonienne, un roman philosophique²²³. La théorie cartésienne ne parvint donc pas à remplacer la physique aristotélicienne. Ce qui fait défaut, ce ne sont pas les systèmes ou les remèdes, mais comme le dira Pierre Jean Georges Cabanis (1757-1808)

²¹⁸ Shryock, R. H., 1956, *op. cit.*, p. 31.

²¹⁹ Barroux, G., 2008, *op. cit.*, p. 9.

²²⁰ Shryock, R. H., 1956, *op. cit.*, p. 26-29.

²²¹ Offray de la Mettrie, J., 1747, *L'homme-Machine*, Paris, Éditions Mille et une nuits, 2000.

²²² Ainsi que le révèle Vincent Aucante (Aucante, V., 2006, *La philosophie médicale de Descartes*, Paris, Presses Universitaires de France), il faut chercher dans les correspondances de Descartes (et plus spécifiquement dans *l'Entretien avec Burman*) la solution à ce problème crucial. Ce matériau n'était pas accessible à l'époque et ne put contrer l'interprétation dualiste de la pensée cartésienne.

²²³ Pichot, A., 1993, *Histoire de la notion de vie*, Paris, Gallimard, p. 391.

« une nouvelle méthode d'employer ceux que nous possédons »²²⁴ ; nouvelle méthode qui ne peut venir que d'un renouvellement des liens entre le corps et l'esprit, d'une nouvelle théorie de la vie.

La reconstruction d'un savoir nouveau échoue, car le cadre hippocratico-aristotélien est difficile à renouveler du fait de l'obstacle épistémologique qu'est l'union de l'âme et du corps. L'absence de principe ontologique unifié, d'ailleurs difficilement pensable dans un monde sans centre ni direction, creusait donc l'écart. Le corps était mieux connu grâce à l'anatomie ou à la physiologie, mais les maladies étaient encore mal traitées. La pratique est de l'ordre de l'usage, de l'exercice, de l'habitude et les grandes connaissances du corps humain, de la machine organique n'aide en rien. Ainsi, on observait pour pratiquer et on disséquait pour théoriser, mais chaque jour la confusion s'épaississait, car le savoir sur le corps augmentant, le gouffre avec la pratique se creusait. Le corps était décrit dans ses mécanismes et ses interactions chimiques, les mathématiques exprimant parfaitement la vie de ce microcosme. Mais les maladies ne sont pas que des dérèglements de l'économie de cette machine qu'est devenu le corps depuis Descartes, et elles mettent en échec cette médecine rationnelle, forte de ses certitudes théoriques, mais encore impuissante. *In fine*, plus on connaissait le corps, moins on parvenait à le soigner, du fait même de la non-résolution du problème que l'on nomme aujourd'hui de l'esprit et du corps (*mind-body problem*).

Du fait de cet écart ontologique autant qu'épistémologique entre les conceptions du corps impliquées explicitement ou non par les différentes démarches médicales, le recouvrement des victoires des sciences naturelles ne parvient pas à atteindre la médecine et la crise s'amplifie. Une Querelle des Anciens et des Modernes bloque tout progrès positif de la médecine et donc toute évolution de la position du médecin. L'impasse épistémologique dans laquelle se trouve la médecine de l'époque pèse dans la balance du côté des explications surnaturelles de l'Église et des représentations populaires. Les systèmes, comme l'ensemble du savoir médical, ne servent finalement qu'à distinguer le médecin du charlatan, ce qui, loin d'affirmer le pouvoir du médecin accroît son image de théoricien. Pendant ce temps, d'autres praticiens de l'art de guérir, moins officiels mais plus répandus, plus efficaces dans leur guérison, et présentant un corpus de connaissance en accord avec les représentations communes, prennent sans complexe la place, le pouvoir et la renommée des médecins auprès des populations.

Le charlatan et les croyances populaires²²⁵

Le XVIII^e siècle peut en effet se vanter d'être « l'âge d'or du charlatanisme »²²⁶. Usant du flou épistémologique du savoir médical et des obstacles institutionnels, le charlatan propose des remèdes secrets, des guérisons miraculeuses ou des traitements nouveaux. Le titre même qu'on donne alors aux charlatans trahit cette utilisation de l'espoir que la médecine place dans l'expérience sans parvenir à le concrétiser.

L'usage confond aujourd'hui dans Être langue, de même que dans la langue Anglaise, l'empyrique & le *charlatan*. C'est cette espèce

²²⁴ Cabanis, P. J. G., 1804, *Coup d'œil sur les révolutions et sur la réforme de la médecine*, Paris, De Crapelet, p. 383.

²²⁵ Voir à ce propos, Goubert, J.-P., 1977, « L'art de guérir. Médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790 », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 32 (5), p. 908-926.

²²⁶ Porter, R., 1995, *op. cit.*, p. 477.

d'hommes, qui sans avoir d'études & de principes, & sans avoir pris de degrés dans aucune université, exercent la Médecine & la Chirurgie, sous prétexte de secrets qu'ils possèdent, & qu'ils appliquent à tout. Il faut bien distinguer ces gens – là des Médecins dont l'empyrisme est éclairé. La Médecine fondée sur de vraies expériences, est très – respectable; celle du *charlatan* n'est digne que de mépris. Les faux empyriques sont des protégés qui prennent mille formes différentes. La plupart grossiers & malhabiles, n'attrapent que la populace ; d'autres plus fins, s'attachent aux grands & les séduisent.²²⁷

Jaucourt, une fois encore, nous éclaire sur ce personnage qui constitue le repoussoir, le négatif du médecin. Les deux personnages s'organisent autour de l'expérience, l'un avec un savoir organisé et validé officiellement, l'autre non. On comprend mieux que le médecin soit attaché à son savoir universitaire qui seul le distingue du charlatan. Pourtant, dans les faits, peu de choses séparent les deux « médecines », les chirurgiens utilisant souvent les mêmes techniques et les mêmes pharmacopées que les charlatans. Ainsi, les thérapeutiques traditionnelles, magico-religieuses, telles que les amulettes, les incantations, les symboles occultes ou les pèlerinages thérapeutiques côtoient les thérapeutiques proprement matérielles issues des doctrines en cours, comme l'utilisation du mercure pour soigner la syphilis ou les thérapeutiques plus classiques comme la saignée et le régime.

Contrairement à ce qu'affirme Jaucourt, à l'instar de tous les médecins, ce n'est pas tant par crédulité, faiblesse²²⁸ ou absurdité du public que les charlatans sont légion, mais par la volonté de guérir et la peur des maladies. Car les charlatans sont « les médecins du peuple »²²⁹. Le faible taux de médicalisation des campagnes favorise, comme nous l'avons vu, le développement des charlatans. Pour le Français « moyen » du XVIII^e siècle, un paysan, la médecine est donc représentée le plus souvent par le chirurgien de petites mains, la religieuse de l'hôpital ou le guérisseur du village du fait de la mauvaise répartition géographique des médecins, de leurs petits nombres et du coût élevé de leurs honoraires. Ils sont présents sur le terrain des campagnes délaissées par les médecins, au côté du peuple qui souffre et partagent avec eux des représentations de la vie, de la mort et de la maladie qui facilitent leur reconnaissance par le public, surtout que, le plus souvent, ils guérissent effectivement.

Ils sont de différentes origines et de différents types, « ils prennent mille formes différentes » comme le dit Jaucourt, n'ayant pour seule constance que de correspondre aux attentes du peuple qui, par conséquent, les sollicite. En première ligne, il y a les gens charitables, les curés et les nonnes. D'autre part, il y a ceux qui exercent l'art de guérir comme un métier, les guérisseurs généralistes qui jouent le triple rôle de médecin, chirurgien et pharmacien, dont beaucoup viennent de la médecine vétérinaire²³⁰, puis les « spécialistes », les guérisseurs, rebouteux, renoueurs, bailleurs, remetteurs, adoubeurs, toucheurs, juteurs d'eau, les châtreurs et les panseurs. La plupart sont sédentaires, épiciers

²²⁷ De Jaucourt, L., 1753, « Charlatan », Diderot, D., D'Alembert, J., (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 3, p. 208.

²²⁸ « La faiblesse et la crédulité des hommes sont telles qu'ils préfèrent souvent un rebouteux ou une sorcière à un médecin expérimenté », Phrase de Francis Bacon citée sans référence par Bariéty, M. et Coury, C., 1963, *op. cit.*, p. 587.

²²⁹ Cité par Lebrun, F., 1995, *Se soigner autrefois : Médecins, saints et sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Seuil, 2^e édition, p. 101.

²³⁰ *Ibid.*, p. 98.

ou paysans, mais certains, les plus « charlatans » des empiriques, sont ambulants. Proches des apothicaires, ils proposent toutes sortes de panacée, de remèdes secrets vendus à grand renfort de publicité et de démonstration théâtrale. Ils seront d'ailleurs les précurseurs de la médecine commerciale et de la publicité médicale. Enfin, il faut compter avec les magiciens et les conjureurs qui profitent de la non-distinction entre sacré et profane et répondent au sens religieux et mystique de la maladie bien ancré dans les mentalités des populations principalement rurales. Non distinction qui fait également le jeu d'une forme de charlatan virtuel, un recours classique des populations : le saint guérisseur. Si beaucoup de ces gens parviennent à guérir et à soulager, il ne faut pas oublier que beaucoup sont de simples escrocs en quête d'argent facilement gagné.

Leur multiplication tient donc au fait que leur offre répond parfaitement à la demande d'une population sous médicalisée, mais pire pour les médecins, le pouvoir monarchique, conscient de ce manque, les favorise pour contrer les épidémies qui rongent ses campagnes. Certains charlatans dits « à brevets » et autres médecins spagiriens qui, aux bonnes grâces du Roi, possèdent le privilège de l'exercice. Ainsi, bien qu'ils jouissent d'un monopole d'enseignement, de pratique et de doctrine ainsi que d'une corporation forte, les médecins de l'Ancien Régime ne sont pas pour autant en position de monopole face aux malades. Conséquence d'une absence de distinction formelle entre le médecin et le charlatan²³¹.

Le corps médical est peu protégé contre les charlatans qui appartiennent quasiment de plein droit au paysage médical de l'Ancien Régime. Les apothicaires n'avaient pour se défendre contre eux que leur droit de visite, mais alors même que les charlatans s'y soumettaient, ce qui était rare, ils ne pouvaient les empêcher de vendre leur marchandise. Les médecins et les chirurgiens ne sont pas beaucoup mieux protégés, car les pouvoirs publics, au vu du manque de médecins, ne mettent pas d'empressement à poursuivre ceux qui exercent sans titre²³².

Il faut voir dans cette tolérance un résultat de la mentalité du siècle et la conséquence de l'empirisme dans lequel se trouvait encore, en dépit de forts belles théories, l'art de guérir. Le médecin de l'époque est un homme, tout scholastique, qui vous explique gravement pourquoi votre fille est muette. Mais ce que le malade attend, lui, c'est un guérisseur, breveté ou non. La Faculté a condamné tant de médicaments par la suite réhabilités par l'expérience, qu'on peut bien donner créance à quelques marchands de secrets. [...] l'empirisme dans les campagnes privées de médecins et d'apothicaires est la seule ressource de l'humanité souffrante²³³.

Les charlatans ont pour avantage de combler le manque de médecins sur le territoire national et de répondre aux demandes de populations avec des réponses s'accordant avec leurs représentations de la maladie empreinte de sens religieux et magique. Face à la maladie, les populations ne baissent pas les bras, et ce, qu'il y ait des médecins ou non.

²³¹ Faure, O., 1994, *op. cit.*, p. 23.

²³² Lambert, J., 1989, *La médecine à l'époque de la Révolution française : contribution à l'étude de son état et de son évolution dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle*, Montreuil, La Brèche-PEC, p. 53.

²³³ Delaunay, P., 1935, *op. cit.*, p. 316.

La médecine sans médecin et le savoir populaire

Les malades ont par conséquent appris à se soigner eux-mêmes, par choix ou nécessité (en 1750 l'espérance de vie était de 27 ans en France²³⁴), et ils choisissent comme ils le souhaitent au milieu de cette offre de soin multiple et variée, mais coûteuse. La médecine sans médecin²³⁵ était donc une nécessité plus qu'un choix, mais restée la norme. Les malades sont exclus du monde de la médecine dont la hiérarchie répond à des enjeux de pouvoirs internes et externes et non aux nécessités de la pratique médicale. Mais cela ne les empêche pas de développer une culture propre, alimentée par les traités de vulgarisation²³⁶, les publications et informations multiples sur la mort et la vie, et des représentations issues du folklore et de leur observation en passant par le filtre de leur imagination²³⁷ (on ne pouvait voir l'intérieur des corps, il fallait donc construire des représentations à partir du connu). Cette culture populaire, mélange de représentations chrétiennes, de croyances païennes, et d'un savoir médical partiel constitue néanmoins une vision du monde cohérente – à l'instar de la médecine de Toinette dans le *Malade imaginaire* – au sein de laquelle le regard du médecin a du mal à s'imposer. La médecine domestique, en favorisant les charlatans autant que les représentations magiques et religieuses, affaiblissait le pouvoir des médecins qui n'étaient qu'une possibilité de l'offre de soins et souvent la dernière, par manque de moyen, de temps ou tout simplement de confiance.

La crise en cours

La médecine de l'Ancien Régime est critiquée de toutes parts pour son aspect « gothique »²³⁸, autrement dit moyenâgeux, et pour la confusion qui y règne à tous les niveaux. La population accuse les médecins de se perdre dans des disputes d'écoles et de doctrines et de s'occuper davantage de leur corporation, de leur rang et de leurs honneurs que de leurs malades. Ce manque de confiance favorise un courant antimédical tel que le dénonce déjà Molière en s'étonnant que les grands de son monde fassent systématiquement appel aux médecins pour les guérir²³⁹. Le médecin erre dans un monde de la maladie et de la mort organisé autour de trois pôles souvent discordants : les croyances religieuses et les représentations populaires qui souvent s'accordent, et son savoir scientifique qui peine tant à se constituer comme unité cohérente qu'à faire sens avec les deux autres sphères.

Ce paradoxe de la reconnaissance du médecin trahit la crise en cours, révélant tant les déceptions du public que les grands espoirs qu'il place néanmoins dans la médecine et que viennent renforcer certaines découvertes telles que l'inoculation ou des initiatives de

²³⁴ Porter, R., 1995, *op. cit.*, p. 455.

²³⁵ Aziza-Shuster, E., 1972, *Le médecin de soi-même*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Galien ».

²³⁶ Le XVIII^e siècle voit le développement des traités de vulgarisation médicale ou de médecine domestique, écrits ou non par des médecins, à l'attention du peuple. Ils sont souvent à la limite entre littérature populaire et littérature savante et renforcent la constitution d'un savoir et de pratiques médicales populaires.

²³⁷ Barbara Duden a montré comment, à l'image de la mantique hippocratique, la population constituait des représentations propres sur le corps en combinant des observations communes, des représentations naturelles sur les choses extérieures qui par le biais de l'imagination devenaient modèle pour le fonctionnement interne du corps. Duden, B., 1991, *The woman beneath the skin: a doctor's patients in eighteenth-century Germany*, Cambridge Mass, Harvard University Press.

²³⁸ Proposition de décret faite par Guillotin en 1790, citée par Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 96.

²³⁹ Molière, Jean-Baptiste POQUELIN dit, 1673, *Le malade imaginaire*, Acte II, scène 5, Molière, 1968, *Le malade imaginaire - L'amour médecin*, Paris, Bordas, p. 31-136, ici, p. 72-82.

communication comme les traités de vulgarisation. Noyé dans le flou épistémologique propre à son savoir, le médecin est aussi perdu dans la hiérarchie de sa profession qui ne lui confère aucune tâche utile, comme dans un monde qui, tout en revendiquant son intérêt pour la santé, ne le reconnaît pas. Le médecin de terrain doit faire preuve d'espoir et de finesse « pour piloter entre les hauts-fonds d'un empirisme borné et les écueils d'un rationalisme stérile »²⁴⁰. La crise dans laquelle est la médecine s'affirme donc comme une crise épistémologique (lien théorie-pratique) au cœur de laquelle l'ontologie est mise en question.

²⁴⁰ Porter, R., 1995, *op. cit.*, p. 385.

LE PROBLEME DU SUJET ET LE TERRITOIRE DE L'HOMME

L'adaptation aux nouveaux critères de la science moderne ne se réalise donc pas instantanément, laissant, bien au contraire, apparaître un problème essentiel d'unification épistémologique. Si la conception mécaniste de la vie favorise le développement d'une physiologie renouvelée, elle ne permet pas pour autant la modélisation de l'homme nouveau dont la médecine a besoin pour sortir du modèle hippocratique-galénique. La situation chaotique de la médecine française d'Ancien-Régime se maintient donc du fait d'un problème philosophique (où s'articulent les difficultés ontologiques et épistémologiques) fondamental inhérent au développement de la science nouvelle : l'extériorité substantielle du sujet humain.

Le problème du sujet ou l'énigme de l'homme moderne

En inscrivant le corps dans l'homogénéité matérielle de l'univers, la conception de l'espace moderne rejette l'esprit, le sujet connaissant et pensant, ainsi que toutes ses manifestations, comme extériorité absolue. La *res cogitans* est pure extériorité vis-à-vis de la pure matérialité de la *res extensa*. L'ontologie acosmique de la modernité valide le dualisme des substances et la dichotomie épistémologique entre le sujet connaissant et l'objet connu. Autrement dit, et comme le résume Isabelle Stengers : « le "tribunal expérimental" est le site où la distinction classique entre sujet et objet s'est stabilisée »²⁴¹. Le sujet, sans place, sans univers, pure altérité de la matière, est rejeté dans un néant absolu, un inconnaissable, un ontologiquement différent du monde dans lequel l'homme évolue. La conscience européenne s'est bien constituée, comme l'avait déjà noté Husserl²⁴² autour de la prise de pouvoir de l'objectivisme sur le subjectivisme. Le monde des faits se sépare du monde des valeurs²⁴³, l'objectif du subjectif.

Ce rejet du sujet et de toutes ses manifestations est l'élément qui assure la fin du paradigme hippocratique-galénique, dont la destruction du cosmos aristotélicien annonçait l'imminence. L'ancienne médecine, clinique du sujet²⁴⁴, disparaît sans un bruit ; désormais, un symptôme « n'est plus manifestation d'une présence qu'il faudrait accueillir, repousser ou saisir par une parole reçue ou échangée »²⁴⁵, il devient un problème pour la bonne marche de la totalité cartésienne et demande donc à être éliminé. La parole émise n'est plus cosmogénitrice²⁴⁶, elle déconstruit au contraire l'ordre pour en permettre la reconstruction nouvelle par le regard. C'est donc en silence que le sujet disparaît du monde, emportant avec lui un monde ordonné et finalisé et une médecine holistique, au profit de l'ouverture d'un territoire vierge, où la médecine moderne allait pouvoir s'affirmer. Mais cette ouverture à la scientificité par le biais de l'objectivité est également l'inauguration du problème fondamental de la médecine moderne : la subjectivité, entendue comme part de l'être humain non réductible à la matérialité de son corps, ne peut être prise en compte par la nouvelle ontologie acosmique. La révolution épistémologique de la science moderne est advenue

²⁴¹ Stengers, I., 1993, *op. cit.*, p. 150.

²⁴² Husserl, E., 1954, *op. cit.*

²⁴³ Koyré, A., 1957, *op. cit.*, p. 12.

²⁴⁴ Klein, A., 2005, *op. cit.*

²⁴⁵ Marejko, J., 1989, *Cosmologie et politique*, Lausanne, L'Âge d'homme, p. 134.

²⁴⁶ *Ibid.*, p. 69.

[...] en substituant à notre monde de qualités et de perceptions sensibles, monde dans lequel nous vivons, aimons et mourons, un autre monde : le monde de la quantité, de la géométrie réifiée, monde dans lequel, bien qu'il y ait place pour toute chose, il n'y en a pas pour l'homme²⁴⁷.

En voulant mieux connaître le monde, l'homme s'en est exclu. À tel point que les penseurs de cette ontologie nouvelle se sont vus contraints dans un premier temps, de maintenir une transcendance, un au-delà de l'univers matériel infini pour y loger ce qui relève du subjectif²⁴⁸. Mais le plus paradoxal est que ce rejet du sujet humain hors du monde met en danger la prétention même de la science moderne à atteindre la vérité.

Ainsi le monde de la science – le monde réel – s'éloigna et se sépara entièrement du monde de la vie, que la science a été incapable d'expliquer – même par une explication dissolvante qui en ferait une apparence « subjective ». En vérité ces deux mondes sont tous les jours – et de plus en plus – unis par la *praxis*. Mais pour la *theoriae* ils sont séparés par un abîme. Deux mondes : ce qui veut dire deux vérités. Ou pas de vérité du tout²⁴⁹.

De la quête d'une vérité absolue par les moyens de l'observation et de l'expérimentation, on glisse subrepticement vers une forme de relativisme substantiel apparemment insoluble et dont la médecine, en tant qu'elle est une *praxis*, un savoir pratique appliqué à l'homme, est la première victime. L'extériorité du sujet connaissant est la condition de l'intervention technique et gnoséologique sur le monde, mais elle est également le problème que l'humanité, et la médecine vont dès lors porter avec elle. « C'est en cela que consiste la tragédie de l'esprit moderne qui “résolut l'énigme de l'Univers”, mais seulement pour la remplacer par une autre : l'énigme de lui-même »²⁵⁰. En remplaçant l'énigme de l'univers par l'énigme de lui-même, l'homme moderne a engagé la médecine dans une position de schizophrénie qui, depuis, ne l'a plus quittée, et ce malgré les tentatives de résolutions qui furent à différentes époques apportées²⁵¹. Le problème du sujet va se maintenir sous la forme d'une inquiétude fondamentale que la médecine cristallise.

Comment ne pas s'inquiéter, bien sûr, de la position de l'homme moderne dans cet espace radicalement indifférent où nulle « res cogitans » ne peut plus percevoir la moindre voix, la moindre parole qui pourrait lui être adressée, dans l'attente d'une réponse ? L'homme moderne paraît être ce maître qui n'exerce sa puissance que sur ce qui gît *perinde ac cadaver*, et qui s'enorgueillit d'une liberté qu'il croit absolue alors même que lui est déniée toute reconnaissance²⁵².

Ainsi, ce souci de la manière dont il est possible d'articuler l'ontologie acosmique qui organise les sciences modernes avec l'homme comme être vivant subjectif va hanter la médecine moderne, à tel point qu'il est possible d'en faire la ligne directrice de son

²⁴⁷ Koyré, A., 1948, *op. cit.*, p. 42-43.

²⁴⁸ Descartes comme Newton ne parviendront pas à exclure Dieu de leur système explicatif, bien que celui-ci tende à Lui laisser de moins en moins de place.

²⁴⁹ Koyré, A., 1948, *op. cit.*, p. 43.

²⁵⁰ *Ibid.*

²⁵¹ Par exemple, c'est ce problème qui conduira à la fin du XVIII^e siècle à une nécessaire transformation de l'ordre de la représentation. Voir à ce propos, Foucault, M., 1966a, *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard.

²⁵² Van Eynde, L., 1993, *op. cit.*, p. 43.

développement comme profession autonome. Le développement de la médecine équivaut en effet au déploiement de cette rationalité spécifiquement moderne qui s'éloigne du *logos*, de la parole, du sens et de la temporalité pour rejoindre la *ratio*, rapport géométrique et numérique d'une rationalité opératoire, instrumentale et iconique, profondément sans chair.

Pensée *spatialisante* et histoire épistémologique de la médecine

Nous soutiendrons l'idée selon laquelle l'histoire de la médecine moderne, de l'anatomoclinique à la bactériologie, s'affirme comme une tentative constamment renouvelée d'articulation d'une rationalité analytique et instrumentale à la subjectivité et à ses éléments que sont l'imagination, l'histoire, le sens et les valeurs, qui lui sont pourtant essentiellement étrangers. Retracer l'autonomisation de la profession médicale équivaudra donc à suivre la manière dont la médecine a développé le programme des sciences modernes tout en l'aménageant au mieux afin d'intégrer, voire d'ingérer, le problème philosophique du sujet humain qui est concomitant à ce programme. L'histoire de la médecine moderne se dévoilera donc comme une suite discontinue de problématisations de la question ontologique du sujet et de l'interrogation épistémologique qui lui est associée.

La médecine étant la scène où se déroule la tragédie de l'homme moderne qu'est la quête d'un espace lui permettant d'exister, nous pouvons ainsi énoncer les prémisses à notre problématique : l'histoire de la médecine moderne et contemporaine, au-delà des ruptures et discontinuités qui y apparaissent et que nous marquerons, se caractérise par le déploiement d'une pensée *spatialisante*²⁵³ du corps et de l'homme. Ce terme de « pensée *spatialisante* », entendu comme une pensée qui donne priorité à l'espace sur le temps tant dans l'appréhension du réel que dans la constitution des concepts, nous permet de rendre compte tant de la multiplication des notions spatiales dans la pensée médicale et son épistémologie que du rejet du temps, et de l'existence du sujet qu'il qualifie, du territoire médical. En effet, la méthode expérimentale, du fait de son inhérente reproductibilité comme de sa causalité efficiente et matérielle, dénie à l'histoire tout pouvoir gnoséologique, tout comme la nouvelle ontologie exclut du monde nouveau ce qui est de l'ordre du vécu, du subjectif, autrement dit, une certaine temporalité, une historicité propre au sujet.

Les Anciens ne sont plus une référence et la vérité ne peut se fonder que de l'étude des faits et de la « découverte » de lois naturelles supposées immuables. « Fonder signifie toujours se référer à un critère qui prétend échapper à l'histoire pour en constituer la norme »²⁵⁴. L'idée d'une vérité comme représentation n'est possible qu'en acceptant l'atemporalité du réel. La subjectivité et sa temporalité marquent les limites de la certitude et de l'objectivité, mais en sont exclues. Le sujet connaissant est un sujet insubjectif tout comme la conception du mouvement dans l'espace que produit Newton peut être qualifiée de « mouvement sans rapport avec le temps ou, plus étrange encore, [de] mouvement qui se déroule dans un temps intemporel »²⁵⁵. La rationalité moderne relègue, au sein de la médecine, l'histoire du sujet dans un espace sur lequel le regard n'a pas prise, un espace

²⁵³ Laplantine, F., Rabeyron, P.-L., 1987, *Les médecines parallèles*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », p. 43 : « La pensée médicale officielle est une pensée spatialisante ».

²⁵⁴ Stengers, I., 1993, *op. cit.*, p. 101.

²⁵⁵ Koyré, A., 1948, *op. cit.*, p. 32.

intertextuel²⁵⁶ accessible à la seule interprétation, un espace pour ainsi dire en dehors de l'espace du monde. L'intérêt pour le corps comme étendue, comme espace visible de la maladie engage le détachement et le déplacement de la subjectivité de l'être humain vers un territoire obscur, esprit, inconscient ou cerveau selon les époques, une boîte noire tout à la fois résistance et obstacle aux lumières de la science. C'est bien autour de l'espace que se joue le destin de la médecine moderne, à la fois parce que la spatialisation devient la garantie d'objectivité de la médecine moderne²⁵⁷ et parce que l'espace est un facteur d'effacement du sujet²⁵⁸.

[C]ette primauté manifeste conférée à l'espace et à l'observation de l'espace affecté, pouvant donner lieu à une véritable cartographie médicale, nous semble être la conséquence d'un certain mode de rationalité par objectivation. La projection spatiale et quantitative est en effet considérée comme l'une des garanties de l'objectivité médicale, ce qui a comme corollaire le rejet dans les contours flous et incertains du fonctionnel, ou pire dans le domaine honteux de la subjectivité de tout ce qui n'entre pas dans le cadre de ce modèle épistémologique de référence²⁵⁹.

Ce sont les moyens de dépassement de cette dissociation du texte et du sens, de l'étendue corporelle et de l'histoire subjective qu'il nous faudra donc retracer. Il s'agira pour nous de mettre en lumière, à partir d'une approche diachronique du médecin moderne, les problèmes issus de l'opposition entre la clinique du symptôme et l'ouverture des corps, et ce, afin de montrer comment le recours à la science de la quantité a tenté de s'accommoder avec la prise en compte du sujet corporel qualitatif.

Derrière les apparences, cet accent mis sur l'espace par la notion de *pensée spatialisante* marque une volonté de distinguer, s'il le faut encore, notre étude de l'archéologie du regard médical de Michel Foucault. L'histoire de la médecine moderne est une histoire d'espaces, d'étendues, d'emplacements, de localisations, d'emplacements, bref une histoire de territoires et de territorialisations, et ce n'est qu'en deuxième lieu, du point de vue de l'histoire de l'histoire des médecins, que cette histoire est celle d'un regard et d'un langage²⁶⁰. Distinction parce qu'intégration. Le développement d'une pensée *spatialisante* de l'homme équivaut à la constitution d'un savoir iconique qui lui implique un regard nouveau, non plus contemplatif de la part du scientifique mais constructif du réel qu'il observe. L'importance du regard médical n'est en effet qu'une conséquence de l'avènement d'un savoir proprement iconique. Le *coup d'œil*²⁶¹ du médecin moderne saisit l'espace avant le temps, au sens où l'idée d'une vérité comme représentation n'est possible qu'en acceptant l'atemporalité du réel. Au sein du paradigme spatialisant de la science moderne, la naissance de la clinique n'est ainsi qu'un truchement, ainsi que le sous-

²⁵⁶ Si le monde est un livre écrit en langage mathématique, les lignes visibles en sont le corps et c'est entre les lignes que se cache désormais le sujet.

²⁵⁷ Laplantine, F., 1986, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, p. 285.

²⁵⁸ « L'espace efface le sujet » (Monod, J.-C., 2001, « Structure, spatialisation et archéologie, ou : "l'époque de l'histoire" peut-elle finir ? », Benoist, J., Merlini, F., (éds.), 2001, *Historicité et spatialité. Recherches sur le problème de l'espace dans la pensée contemporaine*, Paris, Vrin, p. 55-76, ici, p. 57).

²⁵⁹ Laplantine, F., Rabeyron, P.-L., 1987, *op. cit.*, p. 44.

²⁶⁰ Foucault, M., 1963, *Naissance de la clinique. Archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Quadrige », 2003.

²⁶¹ Cabanis, P. J. G., 1804, *Coup d'œil sur les révolutions et la réforme de la médecine*, Paris, De Crapelet.

entendent les récents contradicteurs²⁶² de l'hégémonie de la position foucauldienne²⁶³ et ainsi que nous le montrerons. Car sans la compréhension de la naissance et du développement du médecin moderne autour de la réorganisation d'une sensibilité historique continue au profit d'un regard spatial, il n'est pas possible de cerner le rôle même de la *naissance de la clinique*. Autrement dit, l'*épistémè* de la naissance de la clinique doit se comprendre au sein d'un paradigme plus large. Le passage célèbre de la question « qu'avez-vous ? » (sous-entendu « qu'avez-vous eu ? ») à la question « où avez-vous mal ? », marque moins une rupture paradigmatique que la concrétisation de l'avènement du regard du géographe sur l'oreille de l'historien dans les questions touchant à l'homme. La *naissance de la clinique* est un changement d'*épistémè* qui ne fait sens qu'au sein d'un paradigme plus large, celui de la pensée spatialisante de la science moderne. C'est en ce sens que nous avons, dès le départ, marqué, certes notre poursuite, mais surtout notre distinction d'avec le travail foucauldien en proposant une archéologie non du regard médical, mais plus largement de l'éthique médicale. Notre travail est une généalogie de la pensée spatialisante en médecine et de ses effets sur la problématisation du couple corps/sujet, car c'est par le biais d'une étude de la manière dont l'espace et le nombre priment sur l'histoire et le sens que nous cherchons à entrevoir les conditions de possibilité de l'existence du médecin contemporain, comme figure subjective et collective.

Pour s'opérer, cette « extrapolation épistémologique », entendue comme l'analyse de l'apparition et du déploiement d'une science à partir de l'étude des structures formelles qui déterminent son discours²⁶⁴, doit s'équiper d'outils aptes à formuler et à travailler l'hypothèse qui est la nôtre et qu'il nous est désormais possible d'énoncer.

Le territoire de la profession médicale

Pour préciser la manière dont s'unifie le savoir médical, élément essentiel à la professionnalisation du médecin, et intégrer le problème du sujet, mais également analyser, dans un second temps, la reconnaissance politique de la formation médicale, puis la reconnaissance publique du rôle professionnel du médecin, il nous faut un outil conceptuel capable de mobiliser un réseau de concepts adjacents, tout en rendant compte, en termes de valeurs, du cœur de la profession médicale.

La notion de territoire se présente comme un outil efficient. En effet, sous le coup de la révolution scientifique de l'ontologie acosmique, le corps humain s'affirme enfin, comme l'avaient pressenti les anatomistes du XV^e siècle, comme un territoire²⁶⁵, autrement dit, un espace appropriable²⁶⁶ dans les limites qui sont les siennes. La médecine trouve alors dans le corps humain, entendu comme espace, le territoire de son monopole, de son

²⁶² Entre autres et principalement, Keel, O., 2001, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe. 1750-1815*, Genève, Georg éditeur, Les Presses Universitaires de Montréal.

²⁶³ On retrouve les analyses de Foucault dans tous les ouvrages touchant de près ou de loin à l'histoire de la médecine parus après 1963, de Bariéty, M., Coury, C., 1963, *Histoire de la médecine*, Paris, Fayard, à Dubas, F., 2004, *La médecine et la question du sujet*, Paris, Belles Lettres.

²⁶⁴ Foucault, M., 1968, « Sur l'archéologie des sciences. Réponse au Cercle d'épistémologie », *Cahiers pour l'analyse*, n° 9, « Généalogie des sciences », p. 9-40, *Dits et écrits*, texte 59, vol. 1, p. 724-759, ici, p. 754.

²⁶⁵ Il est intéressant d'ailleurs de noter que le terme de territoire, suite à son apparition au XIII^e, se généralisa au XVIII^e siècle.

²⁶⁶ Le territoire est un « espace approprié, avec sentiment ou conscience de son appropriation » (Brunet, R. (dir), 1992, *Les mots de la géographie*, Montpellier/Paris, La Découverte, p. 480-481).

autonomisation professionnelle et de sa scientification. Le territoire rend compte de cet engagement méthodologique au sens où il qualifie cet espace « pensé, dominé, désigné », ce « produit culturel [...] que l’homme choisit à l’intérieur d’ensembles encore indifférenciés »²⁶⁷. Création humaine, assurant à un groupe social qui y trouve les moyens de sa reproduction et de la satisfaction de ses besoins vitaux, le territoire permet, comme le souligne Maryvonne Le Berre, de préciser de trois idées essentielles à notre compréhension du développement du statut et du rôle du médecin contemporain : « celle de *domination* liée au pouvoir du prince, attachée au centre du territoire ; celle d’une *aire* dominée par ce contrôle territorial ; celle de *limites* matérielles des frontières »²⁶⁸. Au moyen de cette notion, nous pouvons donc présenter, à travers l’étude de sa constitution, tant de l’évolution des représentations du corps que de la constitution de la médecine et du travail du médecin sur ce corps progressivement envahi. La médecine vaut comme tentative de territorialisation savante du corps. Sa constitution en profession autonome, c’est-à-dire développant un monopole qui la qualifie en tant que telle relève bien du concept deleuzien de territorialisation, tant d’un point de vue conceptuel et gnoséologique (la médecine s’appropriant le corps, la maladie, puis la vie, comme son domaine d’expertise) que d’un point de vue géographique (puisque le devenir de la médecine va passer par une répartition sur le territoire national français). En outre, le concept de déterritorialisation, corrélât à celui de territorialisation, décrit adéquatement à la fois les apports extérieurs, par exemple la méthodologie issue des sciences naturelles, qui vont enrichir et développer la médecine, et le mouvement d’invasion de domaines qui lui sont extérieurs par la médecine, processus que l’on nomme habituellement médicalisation. Enfin, et comme nous le réclamions, ce recours aux concepts de territorialisation et de déterritorialisation²⁶⁹ nous conduira à faire intervenir d’autres outils de la pensée deleuzienne desquels ils sont solidaires. Tels sont, par exemple, les concepts d’espace lisse (topologique) qu’on occupe sans le compter et d’espace strié (métrique) que l’on compte pour l’occuper²⁷⁰ et font écho au changement de pensée de l’espace que nous avons explicité précédemment²⁷¹.

Finalement, la notion de territoire, et les concepts qui lui sont rattachés, mettent l’accent sur le sujet humain qui s’approprie l’espace, sur

[...] sa capacité à être au monde, sa disponibilité envers autrui, sa participation à la vie de la Cité, sa mobilisation pour rendre intense son séjour terrestre, sa compréhension de la symbolique des lieux [...], ses

²⁶⁷ Paquot, T., 2009, « Qu’appelle-t-on un territoire ? », Paquot, T., Younès, C., (dir.), 2009, *Le territoire des philosophes. Lieu et espace dans la pensée au XXe siècle*, Paris, La Découverte, p. 9-27, ici, p. 10.

²⁶⁸ Cité par Thierry Paquot (*Ibid.*, p. 12).

²⁶⁹ « Mouvement par lequel “on” quitte un territoire », Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *Mille Plateaux*, Paris, Éditions de minuit, p. 634. La « déterritorialisation défait tout ce qu’une territorialisation antérieure avait pu faire [...] elle] est un processus qui libère un contenu (multiplicité ou flux) de tout code (forme, fonction ou signification), et le fait filer sur une “ligne de fuite” », Sasso, R., 2003, « Déterritorialisation/reterritorialisation », Sasso, R., Villani, A., (dir.), 2003, *Le Vocabulaire de Gilles Deleuze*, Les Cahiers de Noesis, n° 3, Paris, Vrin, p. 82-100, ici, p. 86-88.

²⁷⁰ « Espace de proximité, d’affects intenses, non polarisé et ouvert, non mesurable, anorganique et peuplé d’événements ou d’hécécités, l’espace lisse s’oppose à l’espace strié, c’est-à-dire métrique, extensif, hiérarchisé. Au premier sont associés le nomadisme, le devenir, l’art haptique, au second, le sédentarisme, la métaphysique et l’art optique », Buydens, M., 2003, « espace lisse/espace strié », Sasso, R., Villani, A., (dir.), 2003, *op. cit.*, p. 130-136, ici, p. 130.

²⁷¹ L’espace homogène, tel celui de l’ontologie acosmique, étant bien « la forme de l’espace strié », Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 458.

inscriptions territoriales depuis son corps [...], son combat toujours localisé pour résister à la dépossession de ses lieux ordinaires par le déploiement technologique (les espaces numériques), son appétit d'espace (s), comme une poésie toujours renouvelée des territoires physiques et imaginaires de son intimité²⁷².

Par le territoire, nous maintenons donc présent derrière l'analyse de la profession médicale, celle du médecin au sens où approcher son territoire revient à approcher son « existence même », le « là de son être »²⁷³. Notre étude est donc celle de l'histoire de la conquête d'autonomie et de monopole du territoire humain par la médecine. La territorialisation épistémologique et géographique de la profession médicale est un processus de spatialisation du corps et de la vie de l'homme.

Le recours à un concept spatial comme celui de territoire peut paraître étrange dans une étude de la pensée spatialisante qui se veut critique. Mais c'est au contraire pour sa force heuristique que nous avons recours à un concept spatial. Car comme le souligne Michel Foucault :

Métaphoriser les transformations du discours par le biais d'un vocabulaire temporel conduit nécessairement à l'utilisation du modèle de la conscience individuelle, avec sa temporalité propre. Essayer de la déchiffrer, au contraire, à travers des métaphores spatiales, stratégiques permet de saisir précisément les points par lesquels les discours se transforment dans, à travers et à partir des rapports de pouvoir²⁷⁴.

Enfin, à ceux qui douteraient de la capacité d'un concept de type géographique dans une étude de type historique, nous les classerons, avec toute la verve foucauldienne, dans la catégorie des « sots »²⁷⁵. Car tels peuvent être qualifiés ceux qui croient que la géographie nie l'histoire, alors même qu'elle la déplace, la reconfigure, et l'invite à se repenser. Tout comme l'avènement de la pensée spatialisante ne nie pas le sujet mais replace en dessous (*sub-jectum*), ici le territoire dit le récit de la conquête de son espace. Autrement dit, le repérage du développement d'un discours *territorialisant* sur corps et la maladie vaut pour une mise en évidence des processus *historiques* de pouvoirs et de savoirs qui structurent notre médecine moderne.

Nous pouvons désormais, en toute connaissance de cause, et avec les outils nécessaires, poser l'hypothèse de travail qui sera la nôtre et qui organise le plan de ce premier et essentiel chapitre d'où émerge la problématique d'ensemble de notre travail.

De la première révolution biologique²⁷⁶ qui inaugure la pensée spatialisante, aux prémisses de la première révolution médico-sociale²⁷⁷ qui la mettent globalement en cause, la médecine moderne a modelé, par une triple territorialisation, un ensemble cohérent de représentations du corps, du sujet et de la vie humaine, associé à une représentation

²⁷² Paquot, T., 2009, *op. cit.*, p. 27.

²⁷³ *Ibid.*

²⁷⁴ Foucault, M., 1976c, « Questions à Michel Foucault sur la géographie », *Hérodote*, N°1, Janvier-mars 1976, p. 71-85, *Dits et écrits*, texte 169, vol. 2, p. 28-40, ici, p. 33.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 34 : « Du moment qu'on parlait en terme d'espace, c'était qu'on était contre le temps. C'est qu'on "niait l'histoire" comme disaient les sots ».

²⁷⁶ Grmek, M., 1990, *op. cit.*

²⁷⁷ Epstein, S., 1996, *Impure Science. Aids, activism and the politics of knowledge*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press ; *La grande révolte des malades. Histoire du sida 2*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond/ Seuil, 2001, trad. fr. F.-G. Lavacquerie.

mythique d'elle-même, et ce, dans le but principal d'assurer son devenir de profession autonome.

La médecine a tout d'abord constitué son statut de profession savante²⁷⁸ par l'établissement d'une représentation anatomo-localiste de la maladie apte à territorialiser le corps individuel en tant qu'espace étendu.

Mais cette première territorialisation du savoir médical comme discours positif²⁷⁹ n'a pu se réaliser qu'au moyen d'une seconde territorialisation, celle du corps social, qui tout en clôturant la constitution d'un paradigme de savoir cohérent (renouvellement des hôpitaux), dévoila les prémisses de la constitution du corps médical français (Société royale de médecine). Le développement d'une première forme nouvelle d'hygiène (topographie) marqua ce premier pas de la médecine dans le devenir de profession consultante (par la consolidation politique de son rôle et de son statut).

Cette seconde territorialisation qui produit un modèle de sujet libre, car autonome (Kant), mais autonome, car obéissant (modèle militaire), magnifié par la figure du citoyen révolutionnaire vint compléter le modèle spatial du corps qui s'était constitué par la mise à l'écart de la subjectivité. Un modèle unifié de l'homme dans un paradigme cohérent, celui de la science moderne, s'offrait ainsi aux médecins pour résoudre les manques apparus dans la médecine d'Ancien Régime.

Mais déjà, l'association de ces deux premières territorialisations opéra un retournement, tant épistémologique avec l'apparition de la discipline anthropologique que philosophique par l'ouverture pragmatique (Kant) vers la vie humaine tout entière.

Au passage de la crise de 1840, commence ainsi à s'opérer une troisième territorialisation, que le passage d'une hygiène topographique à une hygiène de l'emplacement marquera, venant remettre en question l'organisation des deux précédentes.

La biologie et l'avènement du modèle expérimental du laboratoire qui annonce le passage du seuil d'épistémologisation du discours médical allait en effet bousculer le modèle anthropologique où le corps individuel s'associe à un sujet sociopolitique, vers un modèle où le corps et le sujet humains sont pensés dans leurs relations à l'environnement. Ce nouveau paradigme biologique dont la cohérence est assurée par la théorie de l'évolution annonce la territorialisation de la vie humaine elle-même, dans son rapport à son environnement géographique comme à son « histoire ».

C'est en suivant ces trois territorialisations que nous pourrions mettre en lumière le modèle biomédical moderne et le pouvoir spécifique qui organise les relations de la médecine, de la société et de la science, et ainsi cerner la manière dont la médecine assure, en dernier lieu, son devenir de profession autonome au moyen d'un mythe convaincant le public de la validité et de la pertinence d'un modèle de l'homme qui pourtant ne laisse aucune place à sa subjectivité vécue. En d'autres termes, nous démontrerons que l'annexion des territoires (corps individuel, corps social, vie humaine) de l'homme par la médecine ne s'est faite qu'au profit de la production d'une fiction apte à produire et maintenir son devenir de profession autonome.

²⁷⁸ Par l'acquisition d'un savoir systématique et unifié, qui permettra l'établissement d'un cursus uniformisé au sein d'une formation équivalente pour tous.

²⁷⁹ C'est-à-dire ayant atteint le seuil de positivité, tel que nous l'avons précédemment décrit.

L'ANATOMO-LOCALISME : UN SAVOIR UNIFIÉ DU CORPS ÉTENDU

C'est ainsi que pour la science nomade la matière n'est jamais une matière préparée, donc homogénéisée, mais est essentiellement porteuse de singularités (qui constituent une forme de contenu)²⁸⁰.

L'acquisition d'un savoir systématique et unifié, qui permettra dans un deuxième temps l'établissement d'un cursus uniformisé au sein d'une formation équivalente pour tous, est le premier pas de la constitution de la profession savante. Or, comme nous l'avons vu dans notre état des lieux de l'Ancien Régime, un lien fort entre pratique et théorie, permettant une modélisation cohérente des liens entre représentation mécaniste du corps et conception dynamique de la maladie, manquait pour envisager un renouvellement du savoir médical à l'aune de la science moderne. Pour découvrir et mettre en pratique ce lien, il fallait que des praticiens dépassent les obstacles épistémologiques et institutionnels afin de constituer tout d'abord une nouvelle représentation du corps et de la maladie, élément nécessaire à l'avènement d'une nouvelle clinique. C'est la conception anatomo-localiste qui va ouvrir la voie d'une nouvelle pathologie et ainsi engager la naissance de la clinique nouvelle.

Mais ce retour au corps des médecins ne pouvait se réaliser dans le monde médical français qualifié par sa profonde sclérose ; les innovations gnoséologiques et pratiques ne pouvaient venir que de l'étranger. Herman Boerhaave (1668-1738) de Leyde, Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) de Padoue, William Cullen (1712-1790) d'Édimbourg, Gerard Van Swieten (1700-1772) et Maximilian Stoll (1742-1788) de Vienne, William (1718-1783) et John Hunter (1728-1793) de Londres, sont ces chercheurs isolés qui vont constituer l'espace du corps malade comme étendue sur laquelle il est possible de repérer et de suivre l'évolution des maladies par le biais des sens.

Ils représentent ces nomades dont parlent Deleuze et Guattari²⁸¹, car tout en se répartissant sur un espace sans limites (l'Europe), ils partagent pourtant une règle : rapprocher la médecine et la chirurgie de manière à faire émerger une approche anatomo-localiste et organique de la maladie, une pathologie anatomoclinique qui caractérise la médecine nouvelle d'observation et qui s'exerce et s'enseigne dans des institutions médicalisées. Ils sont les fondateurs de cette science nomade²⁸² qu'est l'anatomopathologie localiste, et qui s'impose comme un moment essentiel à la compréhension de la professionnalisation médicale, tant parce qu'elle produit un modèle unifié de théorie et de pratique, que parce qu'à ses limites va émerger la reconnaissance étatique du rôle du médecin moderne.

Les étudiants et médecins français assez aventureux pour parcourir l'Europe peuvent ainsi profiter dans des structures médicalisées d'enseignement, de soin et de recherche d'une formation à un savoir technique mêlant médecine et chirurgie, théorie et pratique, autour d'une clinique anatomo-localiste.

²⁸⁰ Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 457.

²⁸¹ « [L]es nomades sont toujours au milieu [...]. [Ils] n'ont ni passé ni avenir, seulement des devenirs. [Ils] n'ont pas d'histoire, seulement de la géographie » (Deleuze, G., Parnet, C., 1977, *Dialogues*, Paris, Flammarion, p. 39-49).

²⁸² Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 446-464.

Les premiers pas de l'anatomo-localisme

Pour se rapprocher du corps du malade, les médecins, à qui on avait « seulement appris à écouter le malade, à regarder et à parler »²⁸³, se devaient de profiter des acquis des chirurgiens. Ces derniers avaient en effet, depuis longtemps, appris à user « de la vue, du toucher, de l'odorat, et aussi de l'ouïe », ce qui leur avait permis d'élaborer au cours des siècles « une grammaire de leurs gestes et de leur vocabulaire séméiologique »²⁸⁴. Ils connaissaient le corps et avaient déjà intégré les leçons de l'anatomie renaissante. La formation technique du médecin devait donc se faire à leur côté. La mutualisation des approches et enseignements permettaient aux médecins d'avoir contact avec le corps, d'être instruits à son chevet. Ils apprennent donc à l'ausculter, à le palper, à le sentir, bref à user de leur corps et de leur sens pour mieux observer le corps malade.

Ainsi, dès 1700, les anatomo-pathologistes ressentent le besoin de récapituler des connaissances qui s'accumulaient rapidement et de les mettre en rapport avec les manifestations cliniques²⁸⁵. Ainsi, avant même sa systématisation et son enseignement officiel, la conception anatomo-localiste des chirurgiens avait envahi la médecine française et européenne. Malgré la domination de la conception holistique de l'organisme de Thomas Sydenham (1624-1689), qui en accord avec Hippocrate l'entend comme un ensemble qui répond de manière unitaire à la Nature, selon le modèle du macrocosme et du microcosme, dès le début du XVIII^e siècle, pour la majorité des cliniciens du XVIII^e siècle, le corps est déjà un ensemble d'organes qui ont leurs caractéristiques et leur fonctionnement propre.

Les nouvelles techniques de diagnostic et d'observation clinique que les médecins développent au contact du corps malade témoignent de ce nouvel esprit médical. La percussion thoracique de Léopold Auenbrugger (1722-1809) est certainement le plus exemplaire de ces nouvelles techniques. Issu de l'École de Vienne, et formé par son maître Anton de Haen (1704-1776) aux moyens physiques de diagnostic comme la palpation et la percussion abdominale mais également aux usages instrumentaux comme la thermométrie et le comptage du pouls avec une montre, Auenbrugger eut l'idée de frapper le thorax à différents endroits et de distinguer les sons qui en provenaient. En comparant un signe de résonance anormal par rapport à celui entendu chez l'homme sain²⁸⁶, il pouvait ainsi diagnostiquer des maladies. Bien qu'elle reste encore qualitative, la percussion d'Auenbrugger marque déjà le transfert vers la médecine de cette conception anatomique, localiste et fonctionnelle des chirurgiens qui fixait sur certains organes les maladies qui prenaient forme de lésion. En outre, elle inaugure la pathologie comparative qui fera les beaux jours de l'École de Paris.

Le rattachement des symptômes caractéristiques d'une maladie à certains lieux du corps avait pris son envol, mais ne pouvait advenir sans la constitution d'un système médical permettant d'interpréter les signes cliniques et les lésions pathologiques comme deux aspects interdépendants d'une physiopathologie commune. C'est cette synthèse que réalisa celui que l'on considère comme le père de l'anatomie pathologique d'orientation clinique, Jean-Baptiste Morgagni.

²⁸³ Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 161.

²⁸⁴ *Ibid.*

²⁸⁵ Risse, G., B., 1995, « La synthèse de l'anatomie et de la clinique », Grmek, M., (dir.), 1995, *op. cit.*, p. 177-197, ici, p. 182.

²⁸⁶ Si le thorax de l'homme sain fait un son de tambour couvert de tissu ou de laine, chez le malade, le son est plus aigu ou tympanique, plus obscur ou encore totalement mate.

Son *De Sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* de 1761 marque le point de départ de l'anatomie pathologique et de la pathologie anatomoclinique modernes. La notion de foyer (*sedibus*) témoigne du souci anatomo-localiste de localisation qui habite ce traité pourtant plus clinique qu'anatomopathologique. Le corps humain y est traité dans son ensemble, des pieds à la tête, chaque chapitre abordant une localisation anatomique spécifique. Cherchant à lier clinique et pathologie, le traité expose longuement les plaintes du malade, dont les caractéristiques (âge, sexe, activité, histoire, lieu de résidence) sont enregistrées avec soin. À cela s'ajoute un examen physique par palpation, observation et parfois auscultation, enfin, les hypothèses effectuées par ces deux moyens cliniques sont confirmées ou infirmées par l'autopsie, voire parfois par des expérimentations sur des animaux. Même si sa physiopathologie reste majoritairement humorale bien que fondée sur la théorie de la circulation du sang, en accord avec le courant iatromécaniste auquel il appartient, Morgagni cherche toujours dans la confrontation de la clinique et de l'anatomie la cause prochaine ou immédiate du décès. Un pas est franchi par rapport à l'hippocratisme de Sydenham : l'observation clinique sur le malade vivant se fait en corrélation aux lésions anatomiques observées par palpation ou supposées.

Morgagni crée ainsi une véritable anatomie pathologique générale, fondée sur l'expérience sensible. Il met fin à l'ancienne anatomie pratique qui consistait dans la narration des histoires cliniques exposée avec le protocole correspondant de l'autopsie, et ouvrit la voie aux trois processus fondamentaux de la clinique nouvelle : l'édification d'une anatomie pathologique pure conçue comme science de toute la pathologie ; l'affirmation formelle à prétention de généralité, de la problématique anatomoclinique ; le recours de plus en plus fréquent et systématique à l'examen physique du malade dans le diagnostic des maladies. « La transition d'une pathologie humorale à une pathologie des organes de type morgagnien marque déjà une rupture épistémologique fondamentale, sinon la révolution la plus importante qu'ait jamais subie la médecine »²⁸⁷.

L'influence de cette pensée en France sera rapide, puisque l'article « maladie » de l'Encyclopédie de 1765 s'exprime déjà en termes anatomiques :

La maladie [est] une disposition vicieuse, un empêchement du corps ou de quelqu'un de ses organes, qui cause une lésion plus ou moins sensible, dans l'exercice d'une ou de plusieurs fonctions de la vie saine, ou même qui en fait cesser absolument quelqu'une²⁸⁸.

Le corps devient ainsi le point de départ de l'enquête clinique, là où précédemment c'était l'histoire du malade. La lésion, comme atteinte d'un emplacement du corps, remplace la plainte comme atteinte dans l'histoire du sujet, au fondement du savoir médical²⁸⁹.

[...] à partir de 1750 et surtout dans les dernières décennies du siècle, on peut dire que la majorité de l'élite scientifique des praticiens civils et

²⁸⁷ Keel, O., 2001, *op. cit.*, p. 15.

²⁸⁸ De Jaucourt, L., 1765a, « Maladie », Diderot, D., D'Alembert, J., (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 9, p. 929-938, ici, p. 930

²⁸⁹ Keel, O., 2001, *op. cit.*, p. 183 : « Dans l'approche clinique la plus avancée du XVIII^e siècle, on a par conséquent affaire à une nouvelle configuration du savoir médical où la lésion a le statut de fondement du savoir clinique puisque le médecin se propose de diagnostiquer avec certitude et *intra vitam* – du vivant du malade – la lésion qui cause la maladie qu'il doit traiter ».

militaires exercent à partir d'un paradigme dans lequel la maladie a une localisation anatomique, où les lésions sont à mettre en relation avec les symptômes et inversement²⁹⁰.

La spatialité corporelle prend discrètement le dessus sur l'histoire subjective, venant renforcer la clinique naissante.

L'émergence d'une physiopathologie moderne

L'association de la pensée médicale et chirurgicale dans une seule et même formation avant la Révolution est exemplairement représentée par les frères Hunter, médecins et chirurgiens britanniques dans leurs écoles privées. William et John Hunter sont les représentants de l'existence d'une anatomo-clinique fondée sur une pathologie anatomo-localiste dès la seconde moitié du XVIII^e siècle contrairement à la thèse majoritairement admise et reprise développée par Michel Foucault dans sa *Naissance de la clinique*. C'est pourquoi il nous faut nous arrêter, avec l'aide d'Othmar Keel, sur leur parcours et leurs apports, tant à l'organisation de l'enseignement médical qu'à la tradition morgagnienne qu'ils sortent de l'emprise hippocratique.

Williams Hunter avait été formé à l'approche anatomopathologique de la maladie grâce à quelques médecins anatomistes qui donnaient un enseignement privé comme Frank Nicholls (1699-1778) ou James Douglas (1675-1742). Il détenait la double formation de médecin et de chirurgien, qu'il avait suivie sous l'égide de William Cullen (1710-1790). Sa pratique de médecin accoucheur l'obligeait également à unir la médecine et la chirurgie. En 1746, William ouvre une école où il est rejoint deux ans plus tard par son frère qui d'abord s'y forme, puis dès 1755 enseigne. En 1770, John ouvre sa propre école. Formé à la physiologie et à la pathologie médicale autant qu'à l'anatomie et la chirurgie dans l'école de son frère William, John Hunter développe une réflexion et une pratique alliant chirurgie et médecine dans une conception anatomolocaliste de la maladie. Dès le départ, les cours sont orientés vers l'anatomie : les étudiants pratiquent eux-mêmes les dissections sur les cadavres qui leur sont attribués (un par étudiant). Mais très vite, les cours se multiplient : anatomie et chirurgie, mais également physiologie, pathologie et arts des accouchements, seuls manquent la chimie, la matière médicale et la philosophie expérimentale. L'anatomie était un fondement à l'enseignement des deux arts de guérir que sont la médecine et la chirurgie. Indépendante de l'hôpital, cette école privée fonctionnait néanmoins en collaboration puisqu'elle se présentait comme une formation finale suite à un enseignement hospitalier. Cette clinique des frères Hunter possédait déjà toutes les qualités des hôpitaux de l'École de Paris. Les deux frères y ont formé des centaines d'élèves à une approche clinique assise sur une physiologie et une anatomie comparées. Les frères Hunter avaient donc réalisé, dès la seconde moitié du XVIII^e siècle, ce qui allait devenir le programme de l'École de Paris, autrement dit l'insertion dans la médecine du point de vue anatomique et localiste des chirurgiens, par le biais d'un retour à la clinique, d'une observation au lit du malade.

Mais le plus important ici est qu'ils produisent une conception de la maladie qui tout en reprenant les acquis de Morgagni les dépasse vers la formation d'une physiopathologie moderne. Tandis que Morgagni étudiant comment les lésions des organes entraînaient des

²⁹⁰ *Ibid.*

perturbations des fonctions organiques que les symptômes cliniques manifestaient, liant ainsi anatomie pathologique et clinique anatomique par le biais d'une physiologie, les frères Hunter opèrent un bouleversement épistémologique. L'articulation de l'anatomie pathologique et de la physiologie se fait désormais au moyen d'une connaissance de la dysfonction qui produit la lésion autant que sur la lésion lui-même, et sur ses effets perturbateurs de l'équilibre physiologique. Ainsi l'école hunterienne déplace le regard vers la lésion et ses causes plutôt que vers ses effets cliniques. La clinique est désormais entièrement constituée sur la base d'une anatomie pathologique lésionnelle. L'étude des causes de lésion inaugure une véritable physiopathologie où la maladie peut dès lors être envisagée comme une modification pathologique des actions normales (saines) des organes. Le renversement épistémologique de la naissance de la clinique où le corps est un espace où se repère des lésions organiques véritables causes des maladies a déjà été pensé par les frères Hunter, nous invitons à relativiser la constitution nationalo-centrée de la profession médicale. D'autant qu'Othmar Keel a montré avec précision²⁹¹ que John Hunter avait été plus loin en inaugurant, avant Marie-François Xavier Bichat (1771-1802), une pathologie tissulaire explicitant le processus d'inflammation des différents tissus et membranes selon un modèle que Keel qualifie de « géographie tissulaire »²⁹².

Clinique des espèces et hôpital du corps social

Mais dans un premier temps, constatons seulement qu'une nouvelle conception du corps a bien engagé une nouvelle conceptualisation de la maladie qui n'est plus une contre nature, mais une variation de cette nature corporelle, une modification de la géographie normale du corps. Rompant avec la conception en cours dans la France de l'Ancien Régime de la maladie ontologique et exogène, apparaît avec l'anatomo-localisme une conception relationnelle et endogène²⁹³ de la maladie. Le corps de la maladie et le corps du malade coïncident déjà exactement. Contrairement aux affirmations de M. Foucault, dès le XVIII^e siècle, « l'espace de configuration de la maladie et l'espace de localisation du mal dans le corps »²⁹⁴ sont déjà superposés.

Contrairement à l'opposition foucauldienne franche entre une médecine des espèces pathologiques qui serait celle des nosologistes et cliniciens du XVII^e et XVIII^e siècle et une médecine de l'espace social du XIX^e siècle qui serait celle des praticiens hospitaliers, il faut entrevoir la manière dont s'entrelacent et se distinguent les différents praticiens et modèles.

Ainsi, nous ne pouvons que faire notre l'affirmation d'Othmar Keel selon laquelle la médecine du XVIII^e siècle, bien qu'organisée autour de l'impératif nosologique, est pourtant un retour au corps individuel, un retour du corps dans la démarche d'observation symptomatique et historique des malades.

En effet, il est abusif de réduire la médecine du XVII^e siècle à une médecine des espèces représentée par les nosologistes. Ainsi, à l'opposé de l'analyse foucauldienne qui associe les cliniques de Pavie ou d'Édimbourg aux ambitions de Sydenham ou Sauvages, nous pouvons affirmer en suivant l'analyse de la clinique de Tissot faite par Keel qu'elle n'est en rien un « théâtre nosologique » caractéristique de la proto-clinique. Reprenant

²⁹¹ *Ibid.*, p. 265- 279.

²⁹² *Ibid.*, p. 408.

²⁹³ Laplantine, F., 1986, *op. cit.*

²⁹⁴ Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 1.

l'analyse que Foucault fait du Mémoire sur la construction d'un Hôpital de clinique, Keel montre l'aveuglement dont est sujet Foucault du fait de « sa vision unilatérale qui veut absolument faire entrer dans une seule configuration structurelle et monolithique, celles de la protoclinique, les réalités institutionnelles complexes et l'organisation conceptuelle plurielle [...] de la médecine du XVIII^e siècle »²⁹⁵. La clinique de Tissot a pour but la connaissance et surtout le traitement individualisé des cas et non celui de « réunir et de rendre sensible le corps organisé de la nosologie ». Le but de Tissot est de traiter les malades et de ce fait d'apprendre aux étudiants à traiter des malades.

C'est cette même primauté de la thérapeutique que Foucault oublie lorsqu'il analyse les nosologistes. Keel montre dans la suite de son analyse que les nosologies qui fleurissent alors sont moins des tentatives d'abstraction de la nature de la maladie que des tentatives d'organisation des symptômes au profit du diagnostic. Chez les premiers nosographes que sont Thomas Sydenham ou François Boissiers de Sauvages (1706-1767), le souci de classification des maladies procède d'un souci d'identification pour le diagnostic et le traitement. L'idée est d'offrir un outil aux praticiens et non de la description de formes ontologiques pures de maladies auquel le corps du malade ferait obstacle comme le soutient Foucault. Certes, Sydenham, dans ses *Observationes medicae circa morborum acutorum historiam et curationem* de 1676, prend pour exemple les botanistes, pour affirmer que l'on peut reconnaître par l'ensemble des symptômes qui les caractérisent, les maladies comme on reconnaît les espèces botaniques par une étude comparée de leur caractéristiques morphologiques. La spécificité de la maladie tient à sa forme et à son évolution dans l'individu, son histoire. Et les similitudes et différences entre les entités cliniques permettent de les classer en genre. Le concept clinique de Sydenham reste plus dynamique qu'ontologique au sens de rapport à un objet matériel : les maladies n'existent pas comme des essences dans le ciel des Idées, elle reste un combat de l'organisme avec lui-même (la matière morbifique) pour rétablir l'équilibre. Ce qui explique que, bien que Sydenham considère les maladies comme des êtres abstraits, le diagnostic et le traitement voire la guérison qu'il vise priment sur la classification. La maladie reste inscrite dans l'ordre de la Nature et de l'équilibre du corps individuel et de l'univers, et leur organisation en genre et espèce reste une convention de travail comme l'exprime Boissiers de Sauvages, que l'on ne peut ici suspecter d'ontologisme :

Les genres et les espèces de maladies sont des notions abstraites : il n'y a dans la nature ni genres, ni espèces, mais seulement des individus. Il faut donc les désigner par des mots, ou des noms particuliers, afin de pouvoir les connaître et les distinguer plus clairement et plus distinctement.²⁹⁶

Les maladies n'existent qu'individuelles et particulières, leur dénomination ne relève pas d'un ordre ontologique mais d'une désignation conventionnelle permettant moins la théorisation médicale que la pratique. Les classifications ne servent donc pas tant à identifier l'être même de la maladie afin de le classer à l'instar d'un herbier, qu'à dépeindre la collection de symptômes caractéristiques d'une maladie et l'évolution qu'elle connaît dans les corps individuels.

L'approche botanique est certes présente mais ne réduit pas ces classements à des quêtes d'entités pathologiques pures, comme le soutient Foucault. Le nominalisme à

²⁹⁵ Keel, O., 2001, *op. cit.*, p. 134.

²⁹⁶ Boissiers de Sauvages, F., 1772, *Nosologie méthodique ou distribution des maladies*, Lyon, Jean Marie Bruyset, vol. 1, p. 146, cité par Keel, O., 2001, *op. cit.*, p. 137.

l'œuvre n'est en rien ontologique, mais seulement celui qui qualifie l'*épistémè* de l'âge classique²⁹⁷. L'organisation des maladies en tableau ou en sémiologie devient un moment nécessaire au médecin pour parfaire son pouvoir de guérison.

Il faut donc comprendre les travaux des nosologistes de Sydenham à Philippe Pinel (1745-1826) comme un moment de synthèse du savoir apte à la naissance d'un savoir nouveau unifié. Les médecins retrouvant l'usage de leurs sens et le contact avec le corps malade repensent l'héritage hippocratique en tentant de le faire coïncider avec les nouveaux savoirs sur le corps. Oubliant l'opposition maladie interne/maladie externe, ils se font « naturalistes de la maladie »²⁹⁸ et produisent de nouveaux classements des pathologies. Mais, en même temps, ils perçoivent la maladie dans l'épaisseur du corps et les malades au cœur de la médecine Loin d'être « l'accident de sa maladie, l'objet transitoire dont elle s'est emparée », le malade est déjà bien, comme dans la clinique hospitalière de l'après Révolution, le « sujet de sa maladie »²⁹⁹.

Ainsi, il n'est pas possible de considérer la médecine du XVII^e siècle comme médecine classificatrice, tout comme d'ailleurs on en peut réduire la médecine du XIX^e à une médecine de l'espace social. Car comme nous allons le voir la territorialisation du corps social par la médecine commence avant la Révolution et sert dans un premier temps à clôturer le modèle pathologique de l'anatomolocalisme en un modèle épistémologique anatomo-clinique.

²⁹⁷ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*

²⁹⁸ Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 159.

²⁹⁹ Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 59.

UNE PREMIÈRE TERRITORIALISATION DU CORPS SOCIAL : LA SANTÉ COMME BIEN PUBLIC

Si une conception spatialisée du corps a vu le jour, reste encore à organiser l'espace de son étude et son enseignement. Car au-delà de la double formation médecine-chirurgie et de la conception anatomocaliste de la maladie qui s'y adjoint, encore fallait-il que les structures d'enseignements puissent permettre un accès à l'hôpital pour pratiquer cet enseignement au lit du malade qui caractérise la clinique et ainsi sortir les bacheliers des livres classiques et des cours non moins classiques de leurs maîtres³⁰⁰. La réalisation d'observations cliniques et anatomiques, d'autopsie ou de dissection impliquait une activité médicale qui ne se déroulait plus au domicile du malade ou dans un cabinet, mais dans un hôpital ou une clinique de faculté :

pour que la médecine anatomoclinique puisse se constituer, il faut des structures hospitalières ou institutionnelles (enseignement libre hospitalier, amphithéâtres privés, etc.) où l'on puisse observer un nombre important de malades et pratiquer la dissection. Ces conditions sont indispensables pour substituer à l'art hippocratique de l'observation des symptômes d'un individu pris en particulier, un diagnostic par corrélation anatomoclinique, reposant sur des fréquences. Elles sont indispensables aussi, ces conditions, pour qu'émerge une thérapeutique reposant sur des considérations statistiques et que se développe une anatomie pathologique³⁰¹

Le renouveau des hôpitaux

L'enseignement au lit du malade est déjà légion au XVIII^e siècle, à Leyde, Édimbourg, Vienne, Padoue, ou à Londres qui a renouvelé son parc hospitalier mais aussi en France, à l'hôpital Saint-Jean d'Angers (1718), à celui de Strasbourg (1729), du Collège de chirurgie de Paris (1774) à celui maritime de Brest (1783), ou à l'Hôtel-Dieu de Caen (1786), Louis Desbois de Rochefort (1750-1786) avait dès 1780 introduit un enseignement clinique à la Charité (Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821) le poursuivra à partir de 1788), suivi par Pierre-Joseph Desault (1738-1795) à l'Hôtel-Dieu en 1787. Mais il n'est pas la règle, car encore « Le bachelier ne fréquente pas l'hôpital, il apprend la médecine dans ses livres classiques et aux cours non moins classiques de ses maîtres »³⁰². D'autant que si la clinique ou l'hôpital sont une condition de possibilité de l'unification d'un savoir anatomo-pathologique, encore faut-il qu'il soit un tant soit peu médicalisé. Or, sous l'Ancien Régime, l'hôpital français était au contraire un lieu essentiellement pathogène. Tandis que l'Angleterre avait dès 1720 commencé à renouveler son parc hospitalier³⁰³ avec des structures entièrement réservés aux malades, pouvant accueillir de nombreux individus, et équipés de salles d'observations, en France, l'hôpital est alors un lieu de secours, d'assistance.

³⁰⁰ Cité par Lambert, J., 1989, *op. cit.*, p. 24.

³⁰¹ Keel, O., 2001, *op. cit.*, p. 24.

³⁰² Cité par Lambert, J., 1989, *op. cit.*, p. 24.

³⁰³ Entre 1720 et 1745, cinq nouveaux hôpitaux sont créés à Londres, puis, entre 1770 et 1792, ce sont 13 dispensaires supplémentaires. Dans le reste du pays, 32 hôpitaux et infirmeries ouvrent leurs portes entre 1773 et 1789.

Or, la médecine n'était alors qu'un domaine des secours, car la maladie n'était qu'un élément de l'hospitalisation des pauvres. L'assistance publique recouvre de nombreuses formes d'institutions aux dénominations multiples : maison-Dieu, hôpital général, hôtel-Dieu, hospice, maison de pauvres, hôpital charité, hôpital de bienfaisance, hôpital, maison de filles pénitentes... L'« hôpital », bien que « son aspect multiforme empêche d'en donner une définition précise »³⁰⁴, avait pour vocation première l'hébergement, ainsi que l'indique son étymologie. Ils accueillent donc tous types de personnes considérées comme « asociales », c'est-à-dire en dehors de la norme sociale alors admise : des pauvres, des malchanceux, des malheureux, des prisonniers, des vieillards ou des fous. Ces lieux de charité – qui deviendront progressivement de « bienfaisance » puis de « bienfaisance », signe langagier d'une sécularisation progressive – furent pour beaucoup créés par l'Église au cours Moyen-âge³⁰⁵. Et, même s'il est difficile de définir le caractère laïc ou religieux des différentes institutions d'assistance qu'elles soient privées ou publics, du fait même de la multiplicité de leurs formes, fonctions et fonctionnement³⁰⁶, les religieuses et les prêtres y avaient une place prépondérante.

Ce qui n'étaient pas le cas des médecins qui n'y étaient appelés que de manière irrégulière, pour soigner les malades ou les valides hébergés. Les médecins fréquentent très peu les hôpitaux laissant cela à quelques collègues zélés, des chirurgiens de la région qu'assistent quelques religieuses non formées. De plus, ces établissements étaient étroitement surveillés en France par l'Archevêché, tel fut le cas à Paris de l'Hôtel-Dieu, la Charité, de Bicêtre ou de la Salpêtrière à Paris, ce qui rend difficile l'exécution de dissection et d'autopsie que l'Église refuse. L'influence du clergé y était forte : en 1789, les Filles de la Charité assurent en France la marche de quatre cent vingt-six hôpitaux³⁰⁷ (au sens actuel du terme). Ainsi, le nombre d'hôpitaux (au sens actuel du terme) est très insuffisant, un millier peut-être, qui de plus, ont une faible capacité d'accueil (quelques lits) et sont répartis anarchiquement au gré des fondations charitables qui les financent. Toutes les administrations sont différentes et autonomes. La diversité faisait état du désordre de ces institutions et rapidement des critiques se firent entendre : problèmes de financement, de sécurité, et bien sûr d'hygiène.

En 1786, à la demande de Louis XVI (1754-1793), l'Académie des sciences monte une commission dirigée par Jacques René Tenon (1724-1816) pour étudier une possible réforme des hôpitaux de la capitale, le célèbre rapport (1788) du chirurgien est accablant : locaux vétustes, malades et mourants se côtoyant parfois dans les mêmes lits, malades opérés les uns devant les autres, air pestilentiel, manque de nourriture, de lumière ou de chauffage partout régnait une « pourriture d'hôpital »³⁰⁸. Le manque d'hygiène, de rigueur dans le traitement des malades, ainsi que de personnels stables et efficaces, favorise un grand nombre de décès. *In fine*, l'hôpital est un mouiroir pour les moins chanceux des Français plus qu'un lieu où l'on soigne, guérit ou étudie.

Pour pallier à cette situation, et dans l'attente d'une réforme globale du monde hospitalier, des hôpitaux spécialisés sont créés çà et là. Entre 1775 et 1785, on construit

³⁰⁴ Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 53.

³⁰⁵ C'est le cas de l'Hôtel-Dieu dont la fondation remontait à 829 ou de la Charité créée en 1607 par les Frères de la Charité.

³⁰⁶ Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 57-58.

³⁰⁷ Lebrun, F., 1995, *op. cit.*, p. 83.

³⁰⁸ Ellenberg, E., 2005, « Le nosocomium et la matrice du retiolus », *Le Portique*, 2005/1, [En ligne, consulté le 19 octobre 2010], <http://leportique.revues.org/index533.html>.

autant d'hôpitaux que durant les 130 années précédentes : Clinique de Perfectionnement (1775), Necker (1778), Cochin (1780), Beaujon (1784), Maladies Vénériennes (1785), Maison de Santé (1781).

Mais pour que l'ensemble change véritablement, il fallait qu'une tendance nouvelle s'affirme dans les populations et auprès des gouvernants : l'idée selon laquelle la santé est un bien public. Car c'est moins pour favoriser l'émergence d'une nouvelle médecine, pour offrir la chance aux cliniciens et anatomolocalistes d'appliquer leur savoir et leur pratique à un plus grand nombre que l'idée d'une réforme des hôpitaux émerge, mais plus pour une question d'hygiène. Car, en plus de tuer les malades, les infections qui pullulent à l'hôpital se répandent souvent dans les villes.

Hygiène, société et territoire

L'idée d'une hygiénisation des lieux de soins et plus largement des lieux de vie ne pouvait advenir qu'au prix d'un changement majeur de représentations. En effet, dans la pure tradition hippocratique, on entendait, sous l'Ancien Régime, l'hygiène comme un ensemble de règles de vie, comme réflexivité et souci de soi-même, comme vertu plutôt que comme science³⁰⁹. Mais, face aux épidémies, cette hygiène personnelle, à l'instar de l'ensemble des outils thérapeutiques est mise en défaut. Dès lors, faute de pouvoir efficacement guérir, le médecin d'Ancien Régime va tenter de prévenir : c'est ainsi que se développe l'hygiène nouvelle. La lutte collective contre les épidémies demande d'en connaître la répartition et l'importance sur le territoire, bref le taux d'atteinte de la population. C'est à cet effet qu'en 1775, sur les conseils de ses ministres Anne Robert Jacques Turgot (1727-1781) et Chrétien-Guillaume de Lamoignon de Malesherbes (1721-1794), le roi demande au médecin parisien Félix Vicq d'Azyr (1748-1794) de réaliser une enquête sur les épidémies qui ravagent le royaume. Ce dernier fait donc parvenir aux médecins français un questionnaire sur les épidémies et les épizooties qui touchent leurs régions. Cette demande de collaboration reçoit un accueil favorable de la part de nombreux médecins, principalement jeunes, qui y voient l'occasion d'acquérir une certaine notoriété et d'intégrer un réseau scientifique digne de ce nom. L'enquête de Vicq d'Azyr montre que malgré la mise en place d'un médecin des épidémies dès 1750 et de la distribution des remèdes du roi, les médecins de province ne parviennent pas à échanger leur information et à unir efficacement leur effort pour lutter contre les épidémies³¹⁰.

Ainsi, l'intérêt pour la santé de la population française fait face à la dispersion et la diversité du corps médical français. La nouvelle conception de l'hygiène exige un corps médical uni en réseau ayant pour objet la santé de la population et donc une instance pour faire le lien entre les médecins et ainsi pouvoir centraliser efficacement les informations sur les épidémies. C'est pourquoi Joseph-Marie-François de Lassone (1717-1788), premier médecin du roi, lui propose la création de la *Commission de médecine à Paris pour tenir une correspondance avec les médecins de province pour tout ce qui peut être relatif aux maladies épidémiques et épizootiques créée par arrêt du Conseil du Roi le 29 avril 1776*. Le pouvoir politique, inquiet du dépeuplement de son royaume, dans lequel il voit un affaiblissement certain de la Nation, du fait des multiples épidémies (peste, tuberculose, suette, syphilis, grippe, diphtérie, rage, variole) qui le parcourent régulièrement

³⁰⁹ Rousseau, J.-J., 1762a, *Émile ou de l'éducation*, Gallimard, Folio essais, 1969, p. 107.

³¹⁰ Lebrun, F., 1995, *op. cit.*, p. 174.

institutionnalise cette première initiative en associant cette commission à la Commission pour l'examen des remèdes secrets et des eaux minérales en 1778, pour créer la Société royale de médecine, présidée par Lassone, et dont Vicq d'Azyr est le secrétaire perpétuel.

Sous tutelle du Contrôleur général des finances qui réalise le coût d'une mauvaise santé de la population, la Société est chargée de tenir une correspondance avec les médecins de province, « pour tout ce qui peut être relatif aux maladies épidémiques et épizootiques ». Elle est une instance de communication, de médiation remplissant avant tout une fonction d'articulation, en centralisant les informations provenant des provinces, mais aussi en y répondant à son tour aux demandes qu'on lui ferait parvenir. Si les « besoins publics » requéraient « la présence d'un ou de plusieurs des Médecins ordinaires de la Société, dans les provinces », deux d'entre eux, nommés par le directeur, seraient dépêchés sur place pour s'en occuper spécialement³¹¹. Enquête sur les épidémies (comparaison des faits, enregistrement des médications employées, organisation des expériences), contrôle et prescription (indiquant aux médecins les traitements les mieux adaptés) sont les différents rôles qu'assume progressivement la Société³¹². D'organe de contrôle des épidémies, elle déploie son rôle d'institution d'hygiène publique ainsi qu'en témoignent les volumes d'*Histoire et mémoires* que la Société imprime dès 1776. Ce déploiement de l'hygiène nouvelle se réalise premièrement par une attention particulière portée aux observations météorologiques, qui devaient être soigneusement et systématiquement enregistrées dans des tables dont le *Mémoire instructif* fournit le modèle³¹³. Les réponses des correspondants de la Société au questionnaire qui leur a été soumis marquent en effet l'importance de l'environnement dans l'apparition et la propagation des épidémies. Trois types de pathologies dominent dans ces réponses : celles à manifestations respiratoires, celles marquées par des éruptions cutanées et les syndromes diarrhéiques. En réponse, les médecins développent un intérêt pour l'air, l'eau et les lieux. Les éléments environnementaux ont une action pathogène. L'air vicié des villes est préjudiciable à la santé des citadins et fait de celles-ci « le gouffre de l'espèce humaine » selon les mots du philosophe Jean-Jacques Rousseau³¹⁴ (1712-1798). L'eau peut être vectrice de santé et on insiste sur son usage régulier pour les bains et la propreté du corps³¹⁵. Ces « découvertes » engendrent des modifications des lieux de vie : on éloigne les cimetières des centres-ville pour les remplacer par des bains publics. C'est le « triomphe de l'air et de l'espace » dont parle George Vigarello et qui annonce « la perspective d'un "État hygiéniste" »³¹⁶, entendu comme celui « celui qui cherche à changer à l'homme "par une action bien calculée sur l'environnement de l'individu" »³¹⁷.

La rupture est définitivement consommée avec l'hippocratisme et notamment son célèbre traité *Airs, eaux, lieux*. On s'intéresse à l'air, non comme révélateurs des

³¹¹ Vicq d'Azyr, F., 1776, *Mémoire instructif sur l'établissement fait par le roi d'une commission ou Société et Correspondance de Médecine*, s.l. [en ligne, consulté le 25 octobre 2010], <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?cote=56087&do=pdf>, ici, p. 56-58.

³¹² Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 26.

³¹³ Vicq d'Azyr, F., 1776, *op. cit.*, p. 60.

³¹⁴ Rousseau, J.-J., 1762a, *op. cit.*, p. 113.

³¹⁵ Vigarello, G., 1993, *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, p. 189.

³¹⁶ *Ibid.*, p. 183-191, ici, p. 185.

³¹⁷ *Ibid.*, p. 185 : la citation donnée par Vigarello est extraite de Rosenvallon, P., 1993, *L'État en France de 1789 à nos jours*, Paris, Seuil, p. 121.

constitutions particulières des hommes des régions, mais parce qu'on connaît son aspect pathogène et donc l'intérêt de « changer d'air » pour améliorer les conditions sanitaires et lutter contre les causes externes des épidémies. L'hygiène comme modification de l'homme par l'homme en fonction de l'environnement est révolue. On entre dans l'ère de l'action sur l'environnement pour l'amélioration des conditions d'existence des hommes. C'est l'entrée dans l'ère de la médecine sociale si l'on entend sous ce terme et avec Gilles Barroux, « un ensemble de mesures qui ne tendent pas seulement à accompagner les hommes dans leurs maux, mais à les sortir de l'environnement qui les produit »³¹⁸.

Les topographies médicales remplacent la médecine météorologique hippocratique et marque l'avènement de la médecine nouvelle jusque dans la forme de son savoir. Rendant compte de l'état sanitaire des différentes régions et localités, les topographies sont le modèle d'une « information constante et constamment révisée, où il s'agit plutôt de totaliser les événements et leur détermination que de clore le savoir en une forme systématique »³¹⁹. Le savoir par les échanges et les modalités de son acquisition est libéré de son aspect circulaire, clos et donc sclérosé d'Ancien Régime, retrouvant au contraire le modèle spatial digne du paradigme moderne. Nous ne pouvons que nous accorder avec Gilles Barroux³²⁰, lorsqu'il affirme que le renouvellement de la notion d'hygiène engendre toute l'évolution des pratiques et des savoirs médicaux de la seconde moitié du XVIII^e siècle. L'hygiène est en effet le lieu où s'observe le mieux le chevauchement des paradigmes anciens et modernes et l'affirmation d'une première alliance de la médecine et du politique.

La topographie médicale qui caractérise cette hygiène de la fin du XVII^e siècle s'impose en effet comme l'élément paradigmatique d'une médecine qui prend le pas de la spatialisation de son savoir et de son action. Par la connaissance des éléments d'un territoire, la médecine parvient à le posséder et à le maîtriser. La Société royale de médecine se présente ici comme le point d'ancrage d'une conscience médicale et sociale nouvelle, le lieu de la prise en main de son destin par la population médicale. Elle est devenue l'« organe officiel d'une conscience collective des phénomènes pathologiques ; conscience qui se déploie au niveau de l'expérience comme au niveau du savoir, dans la forme cosmopolitique comme dans l'espace de la nation »³²¹.

Autrement dit, comme instance institutionnelle de l'hygiène nouvelle, la Société est le symbole concret de l'intérêt renouvelé pour la santé des populations (tant du côté des gouvernants que de la population elle-même) concrétise les multiples changements qui se déroulent alors. Premièrement, en devenant « peu à peu un point de centralisation du savoir, une instance d'enregistrement et de jugement de toute l'activité médicale »³²², elle s'impose comme la première instance de régulation et d'organisation territoriale du corps médical français, engendrant son unification. Deuxièmement, elle est le point d'ancrage de la concrétisation du statut de profession savante de la médecine puisque c'est par le biais de la nouvelle hygiène qu'elle concrétise ce qui va émerger la réforme des hôpitaux qui seuls pouvaient permettre au savoir anatomo-clinique de se développer pour devenir la seule formation des médecins dans un cursus uniformisé. Ainsi la clôture de la première

³¹⁸ Barroux, G., 2008, *op. cit.*, p. 355.

³¹⁹ Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 28.

³²⁰ Barroux, G., 2008, *op. cit.*, p. 35.

³²¹ Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 28.

³²² *Ibid.*, p. 27.

territorialisation du corps individuel ne pouvait se faire qu'avec le développement d'une seconde territorialisation, celle du corps social, et ce par le biais d'une territorialisation géographique du corps médical. Enfin, elle marque le premier pas de la transformation de la médecine en une profession consultante par l'émergence d'une reconnaissance du rôle des médecins par les politiques. En effet, l'unification du corps médical français marque l'inscription de la médecine dans le champ du politique (au sens large de ce qui relève de la Cité) et dévoile ainsi un nouveau statut social du médecin. Une « sorte d'alliance de la médecine et du pouvoir de l'État »³²³ a vu le jour où les qualités d'observateur du médecin sont mises au service de l'information des pouvoirs publics, mais où, surtout les médecins acceptent un contrôle des instances politiques sur leur profession en échange d'un contrôle par le corps médical de l'ensemble des praticiens.

Le renouveau de l'image du médecin : vers la profession consultante

L'intérêt des politiques pour les médecins s'accompagne d'un regain d'intérêt des populations. « Le personnage acquiert un prestige inédit »³²⁴. Les médecins ont ainsi insufflé l'idée que la santé est l'un des facteurs de prospérité d'une nation et que l'organisation de l'hygiène publique est nécessaire à la paix d'un pays. La médicalisation de la société est en marche, c'est le temps de la police médicale qui vise l'ordre dans la cité grâce à l'instauration d'une politique sanitaire. Les médecins se font également statisticiens (de *Staatistik*, de *Staat*, l'État), calculant les taux de mortalité, l'espérance de vie, bref les éléments d'une médecine de la population. Se dessine ici une nouvelle figure du médecin associée à son rôle préventif nouveau.

Le médecin devient le grand conseiller et le grand expert sinon dans l'art de gouverner, du moins dans celui d'observer, de corriger, d'améliorer le « corps » social et de le maintenir dans un état permanent de santé. Et c'est sa fonction d'hygiéniste, plus que ses prestiges de thérapeute, qui lui assure cette position politiquement privilégiée au XVIII^e siècle avant de l'être économiquement et socialement au XIX^e siècle³²⁵.

Le médecin hygiéniste, de conseiller de vie devient conseiller d'État, à la fois parce qu'il recherche un rôle et une reconnaissance nouveaux et parce le pouvoir politique souhaite « faire de la médecine un instrument du service public ». Les « médecins ont répandu dans les classes gouvernantes leur idéologie savante, vouée au bien de l'humanité et au progrès »³²⁶ et ce en grande partie au moyen du développement de l'hygiène publique. Une volonté grandissante de santé se fait jour et favorise les médecins hygiénistes³²⁷. C'est ce qui favorisa le changement de place de la médecine dans la société et fit de la maladie une question nationale : l'idée d'une prise en charge de la maladie de l'individu par la communauté était lancée.

La médecine accroît son territoire d'action, son champ d'application. Tous les éléments de la vie sociale et intime sont passés en revues par les médecins, ce qui fait

³²³ Peter, J.-P., 1997, *op. cit.*, p. 357.

³²⁴ Vigarello, G., 1993, *op. cit.*, p. 188.

³²⁵ Foucault, M., 1979a, *op. cit.*, p. 736.

³²⁶ Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 259.

³²⁷ Léonard, J., 1978b, *op. cit.*, p. 175 : « La raison profonde de cette omniprésence des hygiénistes réside dans la nouvelle conception de l'existence qui se fait jour au moins dans les milieux aisés et cultivés ».

renaitre l'hygiène individuelle comme outil d'une hygiène publique retrouvant ainsi son statut de professeur de morale. Des villes, on passe rapidement aux individus. Du contrôle des espaces, on passe au contrôle des comportements. Car l'établissement des politiques de santé passe, comme l'a noté Michel Foucault³²⁸, par la médicalisation de la famille et de l'enfance. Le problème des enfants (nombre de naissance et rapport naissance-mortalité) et le problème de l'enfance (organisation de cette phase spécifique pour leur assurer le maximum de survie) favorisent l'organisation d'une codification de la vie des individus au profit de l'hygiène publique de la population. La famille devient le premier acteur de la santé des individus et donc de la société. Tous les aspects de la vie familiale sont alors contrôlés (soin, contact, hygiène, propreté, habillement, allaitement, exercices physiques, etc.). Les corps sont investis des règles médicales et les esprits des préceptes moraux qui les accompagnent. Et très vite, cette volonté de bien se porter et de vivre plus longtemps est incorporée par les individus. À la fois ensemble de préceptes que chacun doit s'imposer à lui-même (mœurs, habitudes, régime) de l'ordre du médecin de soi-même, et ensemble des politiques de prévention qui se mettent progressivement et plus ou moins empiriquement en place en place à l'échelle des villes et des campagnes, pour faire baisser le taux de mortalité, l'hygiène marque le tournant de la médecine contemporaine autant qu'elle annonce les changements du corps social qui vont advenir. « La vieille notion de régime entendue à la fois comme règle de vie et forme de médecine préventive tend à s'élargir et à devenir le "régime" collectif d'une population prise en général »³²⁹. La boucle est bouclée autour de l'hygiène nouvelle qui clôt dans son sillage le règne millénaire de la tradition hippocratique : la médecine devient une technologie politique.

La médecine sociale manifeste et participe au développement de l'idée d'une population comme ensemble d'éléments similaires répondant à des lois communes, comme espace homogène et isotrope. La société française, ses médecins et gouvernants commencent à s'organiser ensemble vers une même idée du corps social. L'ensemble des éléments commence à s'harmoniser dans un modèle commun. La médecine civile s'oriente vers ce qu'est déjà la médecine militaire, un ensemble cohérent où praticiens et population visent un but commun. Car dès la moitié du XVIII^e siècle existait déjà dans le domaine militaire une médecine nouvelle, telle qu'elle n'apparaîtra dans le civil qu'au XIX^e siècle.

Le modèle militaire ou l'appropriation de la machine de guerre

Au cours du XVIII^e siècle, les armées européennes se sont dotées de services de santé chargés de veiller à la santé des soldats. Ces derniers doivent également gérer les services de santé de leur pays quand celui-ci entre en guerre, ainsi : la gestion des hôpitaux par des administrateurs, le maintien de la police et de la propreté des formations sanitaires et la prestation des soins médico-chirurgicaux.

Les hôpitaux militaires, dès 1750, connaissent une profonde restructuration, on sépare les malades, on réaménage les locaux, on réoriente les méthodes d'enseignement et on voit apparaître la clinique nouvelle. Les hôpitaux militaires accueillent dès la réforme du 1^{er} janvier 1747, un enseignement de médecine en parallèle des cours des chirurgiens-majors en chirurgie et anatomie. Le règlement du 22 décembre 1775 ajoute à ces cours disséminés,

³²⁸ Foucault, M., 1979a, *op. cit.*, p. 731-734.

³²⁹ *Ibid.*, p. 734.

des hôpitaux-amphithéâtres d'instruction (Lille, Metz, Strasbourg) et stipule dans son article XIII que « chaque année d'étude doit comprendre un cours de pratique et de clinique des principales maladies qui règnent parmi les troupes dans les armées et dans les garnisons »³³⁰. L'enseignement clinique est déjà légion dans les hôpitaux militaires à partir de la seconde moitié du XVIII^e siècle.

Mais les hôpitaux militaires sont surtout le lieu de développement d'une nouvelle organisation des relations entre les praticiens et entre les praticiens et les patients. Tout d'abord, les médecins, les chirurgiens et les pharmaciens se rapprochent du fait de la spécificité et de l'uniformité des maladies rencontrées (blessés, fiévreux, galeux et vénériens forment plus de 90 % des malades), de l'état de guerre, mais aussi du rôle accru du chirurgien. D'autre part, se fait jour, un nouveau statut du patient. Soumis à la double autorité militaire et médicale les patients militaires sont mieux encadrés, mais plus dociles. On en fait des patients mieux observables que les civils, autrement dit des sujets plus utiles à la médecine.

À cette réorganisation interne, s'ajoute une réorganisation externe par l'extension, la diversification et la multiplication des réseaux nationaux d'hôpitaux militaires : hôpitaux ambulants, spéciaux, d'instruction, *etc.* Les hôpitaux unifonctionnels, centre de spécialisations de soins en fonction des malades, annoncent la médicalisation contemporaine. L'hôpital militaire devient « peu à peu un lieu hautement discipliné tout en demeurant un modèle d'utilité médicale ayant pour objectif ultime de faire progresser les sciences et les techniques par la tenue de statistiques, par l'expérimentation, par la clinique, par les examens et par des fréquentes visites »³³¹.

Le développement d'hôpitaux mixtes, accueillant civils et militaires favorise l'extension du modèle militaire à l'ensemble de la société. Les hôpitaux militaires sont les laboratoires de la nouvelle médecine. On peut d'ailleurs noter que c'est le premier médecin des armées Nicolas Chambon de Montaux (1748-1826) qui demanda en 1787 une réforme des hôpitaux pour les rendre utiles « à la Nation »³³².

La formation à la fois chirurgicale et médicale, pratique et théorique, ainsi que les situations auxquelles sont confrontés les médecins militaires, les conduisent à pratiquer une médecine chirurgicale sans considération des clivages qui organisent habituellement les domaines de l'art de guérir. La médecine militaire annonce ce que sera la médecine d'après la Révolution et fournit donc le modèle des réformes qui vont être entreprises. Car la lutte contre la maladie, l'invasion du choléra de 1832 le montrera³³³, est semblable à la lutte contre une armée étrangère, elle demande de l'organisation et de la discipline.

Avec le modèle militaire apparaît la mutation de la machine de guerre qui va prendre pour objet la guerre contre la maladie. C'est déjà l'annonce de sa fin, puisque la machine de guerre qui « semble bien irréductible à l'appareil d'État, extérieure à sa souveraineté,

³³⁰ Haudesierck, P., 1775, *Règlement fait par ordre du Roi, pour établir dans les hôpitaux de Strasbourg, Metz et Lille, des amphithéâtres destinés à former en médecine, en chirurgie et en pharmacie, des officiers de santé pour le service des hôpitaux militaires du royaume et des armées*, 22 décembre 1775, cité par Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 57.

³³¹ Keel, O., 2001, *op. cit.*, p. 94.

³³² Delaunay, P., 1935, *op. cit.*, p. 401.

³³³ Delaporte, F., 1990, *Le savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris*, Paris, Presses Universitaires de France.

préalable à son droit »³³⁴. D'une autre espèce, d'une autre nature, d'une autre origine que l'appareil d'État³³⁵, la machine de guerre est le fait des nomades, elle est cette puissance qui permet d'ouvrir des espaces vierges, avant que l'appareil étatique viennent strier, quadriller, repérer cet espace. C'est en ce sens que les initiatives des nomades, telles celles des Frères Hunters, vont influencer la Révolution médicale, mais sans pouvoir être appliquées tel quel.

Vers la Révolution

Loin d'être une période sans intérêt pour l'histoire de la médecine³³⁶, ou au mieux comme une période de transition entre la médecine impuissante des Lumières et le « siècle héroïque de la médecine »³³⁷, le XVIII^e siècle

marque un moment important. Quantitativement, ce fut la multiplication des médecins, la fondation de nouveaux hôpitaux ; l'ouverture de dispensaire et, d'une façon générale, une consommation de soins accrue dans toutes les classes de la société. Qualitativement, c'est une formation plus standardisée des médecins, c'est un lien un peu mieux marqué entre leurs pratiques et le développement des connaissances médicales, c'est une confiance un peu plus grande accordée à leur savoir et à leur efficacité, c'est donc aussi une diminution relative de la valeur qu'on prête aux « cures » traditionnelles. Le médecin se détache un peu plus nettement des autres donneurs de soins ; et il commence à occuper dans le corps social une place plus étendue et plus valorisée. Processus lents, dont aucun n'est décisif ni absolument nouveau³³⁸.

La formation d'un savoir nouveau, anatomo-localiste par quelques nomades européens a conduit la médecine sur la voie de sa professionnalisation savante qu'une réforme de l'hôpital allait concrétiser. L'hygiène, qui s'impose comme condition de possibilité de cette clôture de la première territorialisation, annonçait déjà la seconde. La médecine ouvrait son champ d'action au corps social et pouvait ainsi acquérir un statut social nouveau à la hauteur du rôle que lui fournissait un savoir cohérent. Le problème épistémologique qui se posait dans la médecine de l'Ancien Régime tendait à se résoudre à l'instar du problème ontologique de l'inscription du sujet dans le modèle spatialisant du corps. La médecine militaire présentait la viabilité d'un tel modèle et donc d'une médecine nouvelle.

Mais pour qu'adviennent et se concrétisent ces multiples changements, il fallait un changement institutionnel et social fort. Ce sera la Révolution. Elle affirmera le modèle du soldat-citoyen et projettera ainsi la notion de lutte au cœur de la sociabilité politique³³⁹. Au profit d'une unification de leur corps de métier, les médecins acceptent de devenir les soldats d'un ordre politique nouveau. C'est ce qui leur permettra d'asseoir leur profession

³³⁴ Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 435.

³³⁵ *Ibid.*, p. 436.

³³⁶ Charles Daremberg, dans son *Histoire des sciences médicales* dit ainsi : « Le dix-huitième siècle ne constitue pas une période de notre histoire » ! (Daremberg, C. V., 1870, *op. cit.*, p. 1001).

³³⁷ Starobinski, J., 1962, *Histoire de la médecine*, Genève, Éditions Rencontre and Erik Nitsche International, p. 61.

³³⁸ Foucault, M., 1979a, *op. cit.*, p. 726.

³³⁹ Ehrenberg, A., 1993, *Le corps militaire*, Paris, Aubier, p. 17.

comme outil politique, modèle ultime de la lutte comme épreuve au principe de tout pouvoir³⁴⁰, issu de sa guerre contre la maladie, et ouvrira les portes de son autonomisation.

En outre, la Révolution cristallisera le détachement, commencé avec Descartes et complètement réalisé seulement à l'aube du XX^e siècle³⁴¹, de la médecine du paradigme hippocratico-galénique. Le paradigme spatialisant gagne le terrain de la société et annonce la fin d'un principe supérieur et extérieur de mouvement : la tête du système va tomber emportant avec elle l'ordre cosmique aristotélicien.

Ainsi, de la médecine à la politique et de la politique à la médecine, la Révolution va finalement assurer définitivement le passage d'une territorialisation à l'autre, de la maîtrise du corps individuel à la maîtrise du corps social. Elle va concrétiser les apports de la science nomade, de l'anatomo-localisme, en une science d'État, l'anatomo-clinique. Elle s'impose comme cet évènement majeur où « la science nomade exerce une pression sur la science d'État, et où inversement la science d'État s'approprie et transforme les données de la science nomade »³⁴² au profit d'une société nouvelle où la médecine et les médecins vont prendre toute leur place. C'est à ce titre que Jean-Charles Sournia dira, à propos des médecins, que « sous l'Ancien Régime ils n'étaient rien, après la Révolution ils étaient partout »³⁴³.

³⁴⁰ *Ibid.*, p. 27.

³⁴¹ Les révolutions scientifiques sont toujours longues à s'appliquer, à tel point que l'emprise du médecin sur le territoire de la vie comme sur le territoire français ne sera effective qu'au moment où le paradigme spatialisant commence à être remis en question, annonçant une autre révolution.

³⁴² Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 449.

³⁴³ Sournia, J.-C., 1982, *Histoire et médecine*, Paris, Fayard, p. 260.

LA RÉVOLUTION LA MACHINE DE GUERRE MÉDICALE CONTRE L'ÉTAT

Et chaque fois qu'il y a une opération contre l'État, indiscipline, émeute, guérilla ou révolution comme acte, on dirait qu'une machine de guerre ressuscite, qu'un nouveau potentiel nomadique apparaît, avec reconstitution d'un espace lisse [...]. C'est en ce sens que la réplique de l'État, c'est de strier l'espace, contre tout ce qui risque de le déborder³⁴⁴.

Entre la lourdeur du cadre institutionnel et officiel qui pèse sur lui et les initiatives et créations qui se développent autour de lui, le médecin français du XVIII^e siècle tente de faire advenir un nouveau monde médical, qui déjà avait fait son apparition à l'horizon de son regard. Le but des médecins est de rejoindre les charlatans dans leur capacité à guérir autant qu'à séduire le public, tout en s'en distinguant si possible définitivement. Pour cela un renouvellement complet est nécessaire.

Ce renouvellement est également demandé par les médecins pour faire changer leur situation sociale. Car cette dernière est ambivalente. Bien sûr, en tant que corporation, ils jouent un rôle non négligeable dans la société de leur époque et profitent des privilèges qui leur sont ainsi accordés, même si l'existence de ces privilèges leur porte parfois préjudice. Mais en tant que citoyen, le médecin n'est rien, il n'a une place dans la société politique que du fait de son appartenance à une corporation ou à une caste de la hiérarchie politique (clergé, noblesse, tiers-état). Il est donc enfermé au sein de sa corporation nous l'avons vu, mais également au sein de son échelon politique et social. Il ne peut en effet réellement acquérir de richesses du fait de leur clientèle limitée, ni devenir noble (peu étaient alors anobli). Bref, les médecins n'appartenaient ni à la noblesse qui profitait du « capitalisme » naissant, ni au peuple, ils étaient « hors ordre, hors classe »³⁴⁵.

Ce statut ambivalent va les conduire à participer à la révolte qui gronde. Bien qu'essentiellement bourgeois, les médecins sont néanmoins assez proches des populations et donc des problèmes connus par ces dernières. Surtout qu'ils sont également, bien que notables bourgeois, des membres du tiers-état avant tout. Très vite, les médecins vont donc s'associer aux doléances de leurs compatriotes. C'est un certain docteur Joseph Ignare Guillotin (1738-1814), dont l'invention marquera du sang royal le destin de la nation française, qui rédige, le 8 décembre 1788, la célèbre *Pétition des citoyens domiciliés à Paris*, autrement appelée *Mémoire des six corps*, qui peut-être considéré comme le principal manifeste du Tiers-Etat avant la Révolution en tant que préambule à la convocation des États-Généraux

Il était urgent pour les médecins de changer leurs conditions d'exercice et de formation pour constituer un cursus cohérent autour de leur nouveau savoir mais également afin de modifier leur image et leur position sociales. Les médecins vont donc rapidement faire remonter ces doléances de reconnaissance de leur profession et vont s'inscrire dans un mouvement de plainte et d'exaspération qui bientôt change la face de la société française. « Il faut défendre la médecine ! », tel est l'adage de la fin du siècle ; la protéger contre ses agresseurs, les charlatans, les malades insatisfaits, mais également contre des écrivains et

³⁴⁴ Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 480.

³⁴⁵ Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 18.

philosophes, Rousseau par exemple, qui la dénigrent fortement³⁴⁶. Les médecins sont alors seuls contre tous, de Dieu aux charlatans en passant par les malades eux-mêmes, et peu pour se défendre³⁴⁷, même si leur prestige intellectuel certain et leur nature de citoyens instruits leur apportent le soutien de la noblesse qui dans ses cahiers de doléance³⁴⁸ demande également une réforme de l'art de guérir. La demande de réglementation et d'organisation de la part des médecins à laquelle va s'adjoindre la demande de santé des populations, va permettre d'enclencher un retour nécessaire sur la distinction, alors inexistante, entre le médecin et le charlatan, conduisant à la constitution du médecin et de la médecine modernes³⁴⁹. Mais si la Révolution marque un tournant pour les médecins, nous allons voir qu'elle est loin d'être une révolution médicale.

Des médecins engagés à l'aube de la Révolution : les cahiers de doléances

Comme toutes les professions, les praticiens de l'art de guérir sont en effet conviés à rédiger leurs doléances et à participer aux opérations électorales qui précèdent la réunion des États-Généraux du 5 mai 1789. Les cahiers de doléance analysés par Jean-Pierre Goubert et Dominique Lorillot³⁵⁰ montrent que la demande de changement n'est pas une demande de rupture complète, en ce qui concerne les médecins en tout cas qui apparaissent comme plus conservateurs. Car du côté des chirurgiens et des apothicaires, c'est bien une rupture radicale avec l'Ancien Régime qui est réclamée.

Les doléances des médecins, à l'image de ceux de la ville de Reims³⁵¹, se regroupent autour de quatre thématiques principales : la nécessité de réformes des études médicales autour, entre autres, de cours de médecine pratique ; la défense des médecins installés contre les médecins de privilèges (médecins régnicoles) ; le règlement des querelles entre médecins et chirurgiens ; enfin la défense de la corporation contre les divers charlatans. Les demandes médicales de la population tournent autour d'une continuité des soins et d'une gratuité pour les pauvres. Et même si pour elles, le titre importe peu, tant que le praticien soigne, elles vont s'accorder avec les médecins et les chirurgiens sur l'abolition du privilège du Premier chirurgien du roi et des lieutenants de ce dernier ainsi que sur la demande des médecins de protection contre les charlatans.

Enfin et plus généralement, tous réclament la garantie de la liberté individuelle, l'abolition de l'arbitraire et l'établissement d'une constitution, mais également l'extension du réseau de communications, l'uniformisation des poids et mesures, la suppression des douanes intérieures et le droit pour tous de commercer.

Dans ces cahiers de doléances se fait jour la structure de la médecine nouvelle, de ce que les médecins souhaitent faire de leur profession.

L'analyse des cahiers de doléances rédigés en 1789 par le corps médical français nous révèle ses fondements idéologiques, le caractère sacré qu'il

³⁴⁶ Rousseau, J.-J., 1762a, *op. cit.*, p. 106 : « Je ne dispute donc pas que la médecine ne soit utile à quelques hommes, mais je dis qu'elle est funeste au genre humain ».

³⁴⁷ Selon Auguste Corlieu (Corlieu, A., (dir.), 1896, *Le Centenaire de la faculté de médecine de Paris (1794-1894)*, Paris, Imprimerie nationale), on compte à Paris 139 médecins et 1792 pour 610 000 habitants en 1792.

³⁴⁸ Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 18.

³⁴⁹ Stengers, I., 1995, « Le médecin et le charlatan », Nathan, T., Stengers, I., 1995, *Médecins et sorciers*, Paris, Seuil/ Les empêcheurs de penser en rond, 2004, p. 125-177.

³⁵⁰ Goubert, J.-P., Lorillot, D., (éds.), 1984, *op. cit.*, p. 35.

³⁵¹ Lambert, J., 1989, *op. cit.*, p. 75-81.

donne à une profession et à un savoir qui permet au praticien de dire l'ordre du monde et qui justifie son pouvoir. Aux choix qu'il manifeste alors font écho les exclusions qui symbolisent son unité : l'exclusion du profit, du corps, de la culture populaire et du changement social³⁵².

Les exigences des cahiers de doléances témoignent d'une volonté de poursuivre les initiatives nomades qui avaient qualifié le XVIII^e siècle. Mais, comme d'autres projets prérévolutionnaires, toutes les demandes des cahiers ne seront pas mises en place. La science médicale d'État qui va émerger sera loin de la science nomade dont tous rêvent. Surtout que les médecins seront finalement peu impliqués dans les événements de la Révolution. Entre la volonté de développement d'une nouvelle médecine et la défense de leur corporation, les professions de santé sont peu représentées aux États Généraux, devenus Constituante : à peine une quinzaine sur 700 députés aux États généraux et seulement une vingtaine siègeront à la constituante³⁵³. Ils ne seront pas plus de 29 à l'Assemblée législative³⁵⁴ et parvinrent à 59 à la Convention³⁵⁵. Il faudra attendre Napoléon pour voir des médecins anoblis et surtout les voir briguer des postes politiques.

La médecine est pourtant la profession qui a le plus profité des transformations de la Révolution, bien que ce ne fût que de manière indirecte. Elle connaît une véritable révolution au sens où le fonctionnement qui l'a caractérisée sous l'Ancien Régime est détruit pour laisser place à une nouvelle organisation, qui à certains égards, est restée identique jusqu'à aujourd'hui. La remise en question de la rationalité de la médecine va être totale passant par une organisation de la profession, une refonte du système d'enseignement, une réforme des hôpitaux l'ensemble participant à une réorganisation épistémologique de la scientificité menant *in fine* à une revalorisation sociale du médecin. Du désordre de l'Ancien Régime et de la Révolution émergeront finalement les grandes lignes de l'ordre médical moderne.

Mais la médecine ressortira de la révolution moins bien protégée qu'avant, et c'est finalement par eux-mêmes que les médecins vont aller à la quête d'un monopole capable de les faire rivaliser avec les charlatans.

La Révolution : de la table rase à l'officialisation des pratiques

Le projet Guillotin

La Révolution commence par faire table rase de toutes les structures porteuses du monde médical de l'Ancien Régime. « Le cadre corporatif initial commandait à la fois la pensée même scientifique ; son expression didactique et l'exercice de l'art. Ce cadre, la Révolution le brisa »³⁵⁶. Elle impose quatre ans de dérèglements complets de la science et de la profession, inédits dans toute l'histoire de la médecine. De 1789 à 1793, l'Ancien Régime médical fut méthodiquement détruit : la nuit du 4 août 1789, les privilèges sont abolis, le 16 février 1791 ce sont les maîtrises et les jurandes, de 1792 à 1794,

³⁵² Goubert, J.-P., Lorillot, D., (éds.), 1984, *op. cit.*, p. 42.

³⁵³ Olivier Faure parle de 25 sur plus de mille (Faure, O., 1994, *op. cit.*, p. 61), tandis que Jean-Charles Sournia n'en compte que 21 (Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 23).

³⁵⁴ Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 27.

³⁵⁵ *Ibid.*, p. 31.

³⁵⁶ Delaunay, P., 1935, *op. cit.*, p. 519.

l'enseignement de la médecine est suspendu et aucun diplôme n'est décerné jusqu'en 1803. L'idée est d'insuffler de la liberté à la profession médicale, mais c'est le chaos qui va en ressortir.

Pourtant dès 1790, les bases de la nouvelle médecine étaient fixées. Le 12 septembre 1790, le médecin Joseph Ignace Guillotin (1738-1814) demande à l'Assemblée la création d'un comité de santé³⁵⁷ qui « s'occupera de ce qui est relatif à l'enseignement et à la pratique de l'art de guérir, des établissements sanitaires dans les villes et les campagnes tels que les écoles, les hôpitaux, et généralement de tous les objets qui peuvent intéresser la santé publique »³⁵⁸. Un « plan de constitution pour la médecine en France » est présenté le 11 novembre 1790 par Félix Vicq d'Azyr (1748-1794), secrétaire perpétuel de la Société Royale de médecine. Approuvé à une grande majorité, il est soumis à l'Assemblée nationale le 25 novembre. Ce document de 160 pages inspira le projet de décret élaboré par le Comité de Santé lors de l'été 1791. Y été affirmée l'unité de la médecine avec la réunion de la médecine et de la chirurgie au sein d'une seule profession, la suppression des facultés de médecine trop nombreuses et l'ouverture de quatre écoles seulement à Paris, Montpellier, Bordeaux et Strasbourg, toutes rattachées à un hôpital et au sein desquels les cours étaient libres, faits par des professeurs recrutés au concours et les examens à la fois théoriques et pratiques devenaient gratuits. Le projet réinstaurait également la langue française, le latin devenant facultatif. L'exercice ne pouvait se faire qu'au moyen d'un diplôme obtenu dans une des quatre écoles et enregistré à la municipalité du lieu d'exercice. Le projet insistait sur le souci du bien public, mais également l'obligation pour des médecins volontaires de soigner gratuitement les pauvres à leur domicile contre rémunération de 500 livres par an. Enfin, il instituait un appareil national de collectes de données, nous dirions aujourd'hui, un « réseau d'épidémiologie ».

Les titres n'étaient accordés qu'au mérite, la liberté garantissait les études, l'égalité régnait parmi les professions de santé, et le caractère public des quatre écoles garantissait aux médecins les mêmes droits sur tout le territoire national³⁵⁹.

La médecine d'Ancien Régime était ainsi balayée par un projet complet et cohérent.

Du rêve à la réalité politique

Mais les conditions n'étaient pas réunies pour le voir se réaliser. Il faudra pourtant attendre plus d'un siècle pour voir se réaliser toutes ces mesures. Car une fois à l'Assemblée nationale, le texte fut résumé par Charles-Maurice de Talleyrand (1754-1838) qui ne mit pas en avant les innovations du texte qui ne fut finalement jamais voté par l'Assemblée Constituante (1789-1791) plus soucieuse de l'élaboration d'un projet de constitution. À sa suite, l'Assemblée législative (1791-1792) ne fit pas mieux puisqu'elle mit dans les cartons ce projet pour en rétablir un sur de nouvelles bases. Finalement jusqu'en Thermidor 1794, aucun projet concret ne fut adopté et la médecine resta en l'état, dévastée, en crise et sans repère.

³⁵⁷ Bien que le texte présenté à l'Assemblée le nomme « Comité de santé » et que Guillotin défende ce terme, il sera également appelé « Comité de Salubrité ».

³⁵⁸ Duhamel, P., 1993, *Histoire des médecins français*, Paris, Plon, p. 242.

³⁵⁹ Sourmia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 112.

Outre les conditions politiques, Jean-Charles Sournia (1917-2000)³⁶⁰ précise que les tenants d'une ancienne conception de la médecine contribuèrent également à la non réalisation de ce projet novateur. Car quelques mois avant l'initiative de Guillotin, le 21 janvier 1790, le duc de La Rochefoucauld-Liancourt (1747-1827) avait constitué un Comité de suppression de la mendicité. Très vite, Liancourt vit d'un mauvais œil le comité de Guillotin, surtout que ce dernier était membre du Comité de Liancourt et l'accuser publiquement de vouloir intervenir dans les affaires de la médecine alors qu'aucun médecin n'était présent à son comité. Deux jours à peine après la création du Comité de Santé, la guerre était donc déclarée entre Guillotin et Liancourt. Mais plus qu'entre deux hommes, « il faut voir aussi l'affrontement de deux conceptions de la médecine »³⁶¹ : Liancourt défend une médecine traditionnelle, comme palliatif, car respectant l'idée traditionnelle selon laquelle la maladie porte en elle le destin du malade. Tandis que Guillotin, plus progressiste, sait que l'étude des lésions est désormais nécessaire au progrès, que l'étude des cadavres va permettre de comprendre les maladies et de les soigner. De là deux conceptions de l'hôpital, lieu social de refuge et d'hébergement pour Liancourt, lieu de soin et de recherche scientifique pour Guillotin. Liancourt étant finalement responsable de la réforme des hôpitaux, on comprend que leur vocation sociale dura encore quelques années. Et ce défenseur de la sécularité de la médecine et de la tradition freina également le projet de réforme de la profession et des études de Guillotin, par l'intermédiaire de son ami, et membre du comité de mendicité, Talleyrand.

Pendant que les discussions et les affrontements d'égos grippent toute volonté de renouvellement, les décisions révolutionnaires continuent en parallèle à saper la médecine.

Le 2 mars 1791, le décret « sur les patentes », devenant loi Allarde, supprimés dès le 1^{er} avril suivant toutes les maîtrises et les jurandes. Désormais, « il sera libre à toute personne de faire tel négoce, ou d'exercer telle profession, art ou métier qu'elle trouvera bon ». Sous couvert de l'idéal de liberté et d'égalité, la médecine était livrée aux charlatans. Mais ce n'était que le début, le 14 juin 1791 avec le vote de la proposition Le Chapelier on assiste à « l'anéantissement de toute espèce de corporation des citoyens de même état et profession ».

Toute l'organisation médicale du pays s'effondrait, même si dans les faits, sociétés et collèges continuèrent à se réunir. La Convention (1792-1795) se chargea d'annihiler ces foyers de particularisme le 8 août 1793 en supprimant toutes les académies et sociétés, tous les jardins botaniques, les muséums, les cabinets, les bibliothèques dans l'attente d'une nouvelle organisation de l'instruction publique. Il faudra attendre la loi du 30 novembre 1892 pour que les médecins aient le droit de se réunir à nouveau.

« Plus d'obligations professionnelles ; plus de censeurs ; plus de monopole professoral ou professionnel. Le médecin étudiant, exerçant et pensant put désormais travailler, prescrire, enseigner, philosopher, publier à sa guise »³⁶². Le praticien passe ainsi de la tutelle de la Faculté ou du collègue à « l'isolement dans la Liberté »³⁶³. Mais très vite, le public fut livré à toutes sortes de charlatans. Un message du Directoire (1795-1799) de l'an VI sonne l'alarme :

³⁶⁰ *Ibid.*, p. 95-116.

³⁶¹ *Ibid.*, p. 99.

³⁶² Delaunay, P., 1935, *op. cit.*, p. 519.

³⁶³ *Ibid.*

Le public est victime d'une foule d'individus peu instruits qui, de leur autorité, sont érigés en maîtres de l'art, qui distribuent des remèdes au hasard, et compromettent l'existence de plusieurs milliers de citoyens [...] qu'une loi positive astreigne à de longues études, à l'examen d'un jury sévère, celui qui prétend à l'une des professions de l'art de guérir³⁶⁴.

Paradoxalement la profession sort moins bien protégée de la Révolution qu'elle l'était sous l'Ancien Régime et ce du fait de la dissolution des compagnies et collèges, Le maître de chirurgie P. Robin en 1794 se plaint en ces termes :

Dans le bouleversement d'où est sortie la République française, la Convention décida la dissolution de toutes les compagnies et collèges d'Arts et sciences. Ainsi, nous sommes contraints de finir ici par ces mots. Car dans ce désordre général, la licence la plus effrénée tient lieu de liberté, et l'art dont dépendent le salut et la vie des citoyens devient le partage des ignorants. Comme on l'a dit, tous se croient médecins : prêtres, moines, juifs, comédiens, barbiers, vieilles femmes, et la multitude des vendeurs ambulants de remèdes³⁶⁵.

Mais pendant cette période de Terreur (1793-1794), loin de Paris, les médecins se mobilisent pour continuer les enseignements et c'est finalement « sur ces contrevenants qu'allait se fonder une nouvelle médecine »³⁶⁶. Très vite, le projet avorté de Guillotin revint sur le devant de la scène, aidé par deux fortes personnalités de l'époque le chimiste Antoine-François de Fourcroy (1755-1809) et le médecin Pierre Jean Georges Cabanis.

Des espoirs de la Terreur aux déceptions de 1803

Le 7 frimaire de l'an III (27 novembre 1794), Fourcroy, successeur de Jean-Paul Marat (1743-1793) comme député et membre du Comité d'instruction publique, lit à la tribune de la Convention nationale un rapport portant réorganisation de l'enseignement de la médecine :

Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire, telle sera la base du nouvel enseignement que les Comités vous proposent de décréter. Ce qui a manqué jusqu'ici aux écoles de médecine, la pratique même de l'art, l'observation au lit des malades, deviendra une des principales parties de cet enseignement³⁶⁷.

Le décret de réforme de l'enseignement médical du 14 frimaire de l'an III (4 décembre 1794) marquera le renouveau de la médecine. Moins ambitieux que le projet Guillotin, il en garde pourtant les grandes lignes. Sont créées les écoles de santé de Paris (qui ouvre le 20 janvier 1795 et devient école de médecine en 1796), Montpellier et Strasbourg. Elles sont désormais indépendante de l'Église et quitte pour le prouver la dénomination de Faculté. Les trois écoles créées le 14 frimaire devaient enseigner

[...] les symptômes et les signes des maladies, la physiologie humaine, la matière médicale (plantes et drogues usuelles), la chimie, les opérations et

³⁶⁴ Cité par Bariéty, M., Coury, C., 1963, *op. cit.*, p. 589. Ils citent Foucault, sans référence.

³⁶⁵ Cité par Lambert, J., 1989, *op. cit.*, p. 90.

³⁶⁶ Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 128.

³⁶⁷ Cité par Ackerknecht, E. H., 1967, *Medicine at the Paris hospital, 1794-1848*, Baltimore, Johns Hopkins Press, *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Payot, 1986, trad. fr. F. Blateau, p. 47.

les bandages, et les « devoirs publics des officiers de santé ». Cet enseignement comportait une pratique acquise au lit des malades dans les hospices voisins des écoles, ainsi que dans les cabinets d'anatomie, les salles de dissection et les laboratoires³⁶⁸.

Chacun peut désormais s'y inscrire quelque soit sa confession. Ce rapport réunit également la médecine et la chirurgie – ainsi crée-t-on en 1797 une école de dissection adjointe à l'école de médecine – sous un terme, choisi par Fourcroy pour sa neutralité, mais qui marquera le retour d'une hiérarchie inégalitaire dans la médecine du XIX^e siècle, l'officier de santé. Dans cette même école, trois cliniques sont créées pour l'inoculation, le traitement des maladies syphilitiques et la pratique des accouchements. Ce même décret du 14 frimaire de l'an III marque la rupture en créant une chaire d'histoire de la médecine, visant certainement à montrer le maintien de traditions.

Un grand pas est réalisé, mais tout n'est pas encore là. En effet, chacun peut encore, à sa guise être médecin, aucun diplôme n'organise la profession. Le même Fourcroy, devenu Directeur de l'Instruction publique le 10 décembre 1802, s'attache, avec le chimiste Jean-Antoine Chaptal (1756-1832), ministre de l'Intérieur, en 1803 à une seconde réforme, fortement inspiré par Cabanis. Et le 19 ventôse de l'an XI 19 (10 mars 1803), Fourcroy présente à l'assemblée la loi d'organisation de la profession médicale, qui fixera l'ordre médical jusqu'en 1892, voire, pour partie, jusqu'à aujourd'hui. Le cœur de la loi est moins le monopole médical que la structure interne du corps médical. L'exercice d'une profession de santé est désormais suspendu à la détention d'un diplôme, réglant ainsi dans le droit au moins le problème du charlatanisme, mais annulant la liberté de l'art de guérir. Fixant les décisions de 1794, la loi de 1803 affirme également la place de la police de la médecine et de la pharmacie, elle réglemente la préparation et la vente des médicaments, et décide de créer un concours d'élèves-internes des hôpitaux chargés de surveiller les malades en l'absence du médecin.

Mais les vieilles habitudes ont encore bonne presse, puisqu'il est proposé de créer, à nouveau et à l'image de l'ancienne distinction médecin/chirurgien, des médecins de second ordre, les officiers de santé. C'est le retour des débats sur les deux classes de médecins, Cabanis est contre, mais Michel-Augustin Thouret (1749-1810), directeur de l'École de médecine de Paris est pour. « Les législateurs de 1803 optent donc pour un compromis entre l'idéal civique et scientifique d'une part et les dures réalités sociales de l'époque de l'autre »³⁶⁹. L'officiât de santé est créé le 19 ventôse an XI. Il s'agit surtout de lutter contre les charlatans que la liberté de la Révolution a laissés libres de pulluler. Les guérisseurs non diplômés et non déclarés sont considérés *ipso facto* comme charlatans.

La différenciation du doctorat et de l'officiât de santé, outre le retour en arrière qu'elle implique, correspond implicitement à deux sortes de clientèle, à deux classes. Les médecins soignent les classes favorisées. Ils le sont également, leur diplôme est cinq fois plus cher que l'officiât (1000 fr). Ils doivent passer au moins 4 ans dans une école de médecine, subir cinq examens et soutenir une thèse. Ils peuvent s'installer où bon leur semble, peuvent recevoir des élèves et devenir professeur, et, bien sûr, demander des honoraires plus élevés que les officiers. Ces derniers ainsi que les sages-femmes sont dans

³⁶⁸ Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 132.

³⁶⁹ Léonard, J., 1981, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Paris, Aubier Montaigne, p. 48.

l'obligation de les appeler pour les accouchements laborieux. Enfin, c'est parmi eux que sont choisis les médecins des hôpitaux et des prisons, les experts judiciaires ou les jurys médicaux.

Les officiers de santé, au contraire, n'ont que trois examens, une scolarité moins chère (200 fr), ils peuvent se contenter de trois ans d'études en école, ou bien de cinq ans de pratique hospitalière ou encore s'attacher pendant six ans en tant qu'élève à un docteur. Ils peuvent combiner ces trois voies et comptabiliser les nombres de trimestres nécessaires. Leurs examens sont pauvres en médecine théorique et se déroulent devant des médecins. Enfin, ils ne peuvent s'établir que dans le département où ils auront passé leur examen et ils ne peuvent pratiquer les grandes opérations que sous le contrôle de médecins. On retrouve donc le statut du chirurgien d'Ancien Régime, si ce n'est qu'ils peuvent s'installer en ville et effectuer de la médecine interne. Mais la loi les invite à s'installer en campagne et réitère donc les erreurs du passé en confiant la majorité de la population à la classe la moins bien formée. Pire, la loi de 1803 autorise les praticiens qui au cours de la Révolution se sont fait une clientèle, exerçant la médecine depuis au moins trois ans, ils n'auront besoin que d'un certificat délivré par le préfet. Bien qu'on tente *in extremis* de contraindre ces personnages à soumettre des preuves d'études, le mal est fait.

En réformant l'enseignement médical, par l'abandon du latin, l'association pratique/théorie, l'annulation de la hiérarchie médicale et l'uniformisation de l'enseignement sur le territoire national, la Révolution (1789-1799) et le Consulat (1799-1804) avaient permis à la médecine de sortir de sa sclérose. La réforme de la corporation qui en suivit favorisa une nouvelle image des médecins. La libéralisation des médecins associée à la centralisation de l'hôpital public allait leur assurer un plus grand champ d'action. L'Empire, avec ses codes, civil et pénal en tête, finira d'organiser la profession : des médecins sont placés au service de l'expertise judiciaire³⁷⁰, il exige une comptabilité des décès par les municipalités (code civil art. 77, 81, 82) qui renvoie le problème aux médecins. Les naissances sont gérées également par ces deux codes. Le *Code civil* (art. 1382-1383) crée les négligences et les imprudences médicales que précise le *Code pénal* (317, 319, 320). Enfin le secret médical, issu du Serment d'Hippocrate, fait l'objet de l'article 378 du Code pénal. Napoléon a conscience du pouvoir des médecins qu'il utilise, mais qu'il restreint également en les plaçant sous le contrôle des hommes de loi.

Avec la Révolution, comme le souligne Jacques Léonard, « l'ère du savant isolé est révolue »³⁷¹ et les médecins, enfin réunis en corporation plus ouverte que sclérosante, peuvent commencer à gagner ce qui était désormais à leur portée : un rôle national (pouvoir social et politique), des moyens et une liberté de soigner, d'enseigner et d'enrichir leurs connaissances, et enfin, une association libre au capitalisme naissant et donc à l'argent³⁷².

La concrétisation de ces acquis va être favorisée par la médecine hospitalière, qui seule pouvait assurer la formation de tous à l'anatomo-clinique. Car pour devenir profession consultante, la médecine devait d'abord asseoir son statut de profession savante.

³⁷⁰ *Code civil*, article 81, *Code pénal*, article 475.

³⁷¹ Léonard, J., 1984, « La Révolution française et la science », communication inédite au séminaire « Science, histoire et société », Université Rennes 2 ; repris dans Léonard, J., 1992, *Médecins, malades et société dans la France du XIX^e siècle*, Paris, Sciences en Situation, p. 249-259, ici, p. 258.

³⁷² *Ibid.*

C'est dans des espaces rénovés, repensés, aptes à l'exercice de la nouvelle médecine que commence cette genèse de la modernité médicale.

La médecine hospitalière³⁷³ : mythe et réalité institutionnelle de la naissance de la clinique

La fin de l'ère du savant isolé est annoncée par la volonté politique d'offrir des lieux d'étude et de recherche aux médecins. Les cliniques privées avaient montré qu'elles pouvaient être le lieu d'innovations, les hôpitaux seront désormais, officiellement investis de cette même mission : devenir un lieu médical réunissant les professions, favorisant l'enseignement clinique, la pratique de l'anatomie pathologique et surtout offrant enfin aux médecins les moyens de soigner les populations. L'hôpital devait donc être le moteur de la nouvelle médecine autant que l'étendard d'une pratique plus efficace de l'art de guérir et donc d'un renouveau de l'image du médecin.

[L]es promoteurs de la politique de santé voient donc l'hôpital comme un lieu où la problématique empirico-pratique (médecine opératoire, approche anatomolocaliste) pourra investir la science médicale et où, en retour, la médecine pourra enrichir les disciplines pratiques des bases scientifiques qui leur font encore défaut³⁷⁴.

La médicalisation des hôpitaux devait donc s'enclencher pour permettre tant aux populations de se soigner et de regagner confiance en la médecine, qu'au médecin de devenir proprement moderne dans leur approche et leur raisonnement. Pour achever la socialisation de la médecine, il faut médicaliser les secteurs traditionnels du social. L'hôpital est le dernier maillon de constitution de l'ordre médical, au sens où il assure, par le truchement de l'hygiène, le passage vers la clinique nouvelle et la médecine qui l'accompagne, scientifique, bénéfique, progressiste, sociale, englobante. Mais cette médicalisation ne parviendra à terme qu'à l'aube du XX^e siècle et l'association des hôpitaux et des Facultés ne sera effective qu'avec la réforme Debré de 1958.

À l'aube de la Révolution, nous l'avons vu, les hôpitaux sont à la dérive. Les critiques se multipliaient donc, que l'on veuille améliorer ces lieux d'accueil, nécessaire à une société d'humanité et de progrès ou les fermer parce que l'aumône avilie ceux qui la reçoivent ou parce que les infections qui y pullulent risquent de se répandre dans la ville, chacun a à dire sur ces structures à la fin du XVIII^e siècle.

Mais les premiers pas de la Révolution, ne firent qu'aggraver les choses. La suppression des privilèges la nuit du 4 août 1789, participa à leur ruine progressive par la suppression des petites recettes qu'ils touchaient des municipalités, ou des seigneuries avoisinantes. Le 10 octobre suivant, la nationalisation des biens de l'Église continua leur appauvrissement puisqu'ils obtenaient également des fonds de différentes congrégations. Mais à l'entrée en vigueur de la Législation (1791-1792), rien n'avait changé. On revint donc sur les décisions de la Constituante (1789-1791), mais le 18 août 1792, par souci de laïcisme, cette dernière acheva l'hôpital en interdisant les dernières congrégations restantes « même celles uniquement vouées au service des hôpitaux et au soulagement des malades »³⁷⁵, ainsi après le retrait des moyens, ce fut les personnels, prêtres, moines et

³⁷³ Ackerknecht, E. H., 1967, *op. cit.*

³⁷⁴ Keel, O., 2001, *op. cit.*, p. 29.

³⁷⁵ Article Premier, cité par Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 82.

religieuses qui durent quitter les hôpitaux. Dès lors, pendant la Convention (1792-1794) et la Convention thermidorienne (1794-1795), les hôpitaux avaient atteint une misère extrême. Le 23 messidor an II (11 juillet 1794), la convention avait pris la décision radicale de nationaliser les biens des hôpitaux, les villes à court d'argent vendent donc les biens des hôpitaux. Il fallut attendre le Directoire (1795-1799) pour que les hôpitaux reprennent lentement vie en rationalisant leur gestion et leur administration. Le 9 fructidor an III (26 août 1795), on restitua aux hôpitaux les biens non vendus et on permit même le remplacement des biens déjà vendus par des biens de valeur équivalente. Le 2 brumaire an IV (24 octobre 1795), la jouissance de leurs revenus qui avaient été détournés fut rendue aux hôpitaux. Ce fut finalement le retour du droit des pauvres et de l'octroi aux portes des établissements qui permirent aux hôpitaux de se relever.

En écartant l'Église de la gestion et du financement des hôpitaux, la Révolution avait engagé sa laïcisation, mais au prix d'une période de misère préjudiciable aux soins, d'une quasi-destruction de ces institutions et finalement d'un retour à des droits abolis. Certes, un élément important avait eu lieu sous la Révolution : la prise en main par l'État des hôpitaux et la centralisation de leur administration. Le Conseil des Hôpitaux est créé en 1801 sous l'influence de Chaptal, qui poursuit avec la création du Bureau Central des Admissions pour les hôpitaux parisiens, puis celle de l'Internat et de l'Externat des hôpitaux en 1802. En conséquence, en 1801, on organise, autour de Thouret, l'assistance publique parisienne. Le bureau central des admissions commence à distribuer les malades en fonction de leur pathologie menant ainsi à une spécialisation de certains lieux. Malgré le froid et les vieux lits de bois, chaque malade est désormais seul dans son lit dès 1801 (à l'Hôtel-Dieu). Le recrutement par concours des médecins favorisa la qualité de l'encadrement médical. On sépare désormais les malades chirurgicaux des autres et les hommes des femmes. L'hôpital moderne prend forme dans le microclimat favorable de la capitale.

Finalement, et malgré les rénovations et les constructions de nouveaux hôpitaux, peu de choses avaient changé et les hôpitaux du premier tiers du XIX^e siècle, à l'exception de certains centres parisiens, ressemblaient fort à ceux de l'Ancien Régime.

Partout ailleurs, les religieuses reprennent discrètement leur place ; les médecins manquent face à l'afflux de pauvres et de malades que drainent dans son sillage la guerre qui fait alors rage. Les Écoles devenues facultés en 1808 ne parviennent pas à répondre à la demande, reste les hôpitaux qui abritent des cours libres. On décide alors de faire des hôpitaux d'instruction des Écoles secondaires de médecine subordonnées aux Facultés. Se basant sur des lieux existants, les écoles ne sont pas très bien réparties sur le territoire et de nombreux doublons apparaissent entre écoles et facultés. Alors que la Révolution à ses débuts rêvait d'effacer l'hôpital, l'aggravation du paupérisme et le renouvellement de la pédagogie médico-chirurgicale en font au contraire le centre focal de l'assistance et rarement le lieu privilégié de la recherche. Les différentes fonctions de l'hôpital cohabitent : fonction religieuse, fonction d'assistance, fonction de régulation sociale, et c'est dans les interstices de ces différentes fonctions que la fonction sanitaire et médico-scientifique et médico-pédagogique se développe néanmoins. C'est ainsi que sans véritablement changer, les hôpitaux ont pu devenir des centres de savoir médical ou les laboratoires de la formation et de la transmission de ce savoir avant même d'être réellement médicalisés. Autrement dit, les hôpitaux parisiens ne constituaient pas au départ un lieu favorable au développement de la médecine clinique.

On est encore loin de l'hôpital comme nouveau monde médical offrant aux médecins des moyens de soigner, d'enseigner et d'enrichir leurs connaissances, à peine devient-il « un élément fonctionnel dans un espace urbain où ses effets doivent pouvoir être mesurés et contrôlés »³⁷⁶. Le passage de sa fonction d'assistance à sa fonction proprement médicale, autrement dit son devenir de « machine à guérir » où s'articulent en lui le savoir médical et l'efficacité thérapeutique³⁷⁷, n'est pas encore advenu. L'hôpital du XIX^e siècle n'est pas très différent de celui du XVIII^e siècle³⁷⁸, si ce n'est que la Révolution lui a confié officiellement la tâche de l'enseignement universitaire.

Pour voir réellement évoluer l'hôpital, il fallait donc attendre une autre évolution qui ne pouvait venir que de la médecine : l'hôpital des malades, autrement dit la médicalisation des hôpitaux, plutôt que sa laïcisation (qui d'ailleurs n'arrivera pas avant le XX^e siècle). Évolution conjointe de la médecine et de l'hôpital qui conduirait à la naissance de la médecine hospitalière et de l'hôpital médical. « [L]e médical devait peu à peu émerger du social et s'en distinguer »³⁷⁹.

L'officialisation de l'enseignement clinique

C'est donc moins le renouveau des hôpitaux que leur association directe avec la Faculté qui va permettre l'essor de la clinique comme enseignement et nouvelle médecine. Car, la médecine nouvelle ne pouvait apparaître qu'avec une nouvelle École, un nouvel enseignement. « Une conception nouvelle ne peut s'imposer que si elle est soutenue par un enseignement officiel, et si les chercheurs deviennent les professeurs de la nouvelle génération »³⁸⁰. Abrogée par la loi du 18 août 1790, la Faculté n'était plus qu'un corps sans vie. Mais les réformes de 1794 insistaient sur le retour de l'enseignement au lit du malade.

On l'a vu, « la clinique ne part pas de zéro »³⁸¹ et ne date donc pas de 1795 et l'anatomie pathologique non plus. Mais la Révolution l'officialise. Le plan de Constitution pour la médecine en France de Vicq d'Azyr énonçait déjà la nécessité de placer le nouvel enseignement dans les hôpitaux³⁸². Les réformes menées en médecine remettaient à l'ordre du jour l'observation par les sens : « Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire [...]. Ce qui a manqué jusqu'ici aux écoles de médecine, la pratique même de l'art, l'observation au lit des malades, deviendra une des principales parties de cet enseignement »³⁸³ disait Fourcroy. C'est pour cette raison que Cabanis défendait l'idée que « ce n'est pas dans les livres, mais au lit du malade, que se fait l'apprentissage véritable du jeune médecin »³⁸⁴. Observation et dissection étaient les disciplines principales de ce nouvel enseignement pratique. Cette réforme était facilitée par le rapprochement des médecins et des chirurgiens, les premiers profitant ainsi des acquis et des avancées des seconds en ce qui concerne le rapport au corps. Et tout ceci se faisait au sein des hôpitaux. Et déjà, « sans que les

³⁷⁶ Foucault, M., 1979a, *op. cit.*, p. 738.

³⁷⁷ *Ibid.*, p. 739.

³⁷⁸ Voir à ce propos la description faite par Jacques Léonard (Léonard, J., 1981, *op. cit.*, p. 98-100).

³⁷⁹ Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 66.

³⁸⁰ Ackerknecht, E. H., 1967, *op. cit.*, p. 46.

³⁸¹ Léonard, J., 1981, *op. cit.*, p. 23.

³⁸² Vicq d'Azyr, F., 1776, *op. cit.*, p. 161.

³⁸³ Cité par Ackerknecht, E. H., 1967, *op. cit.*, p. 47.

³⁸⁴ Cabanis, P. J. G., 1804, *op. cit.*, p. 308.

contemporains en aient conscience, ils entamaient la grande dialectique du normal et du pathologique »³⁸⁵.

Car la dissection et l'autopsie, enseignements devenus obligatoires au sein de l'hôpital depuis le 3 frimaire an VI (23 novembre 1797), permettaient d'instruire de la même manière le médecin et le chirurgien. À cela s'ajoute un enseignement complet de 12 disciplines : Anatomie et Physiologie ; Chimie médicale et Pharmacie ; Physique médicale et Hygiène ; Pathologie externe ; Pathologie interne ; Histoire naturelle médicale ; Médecine opératoire ; Clinique externe, Clinique interne ; Clinique de Perfectionnement ; Accouchements ; Médecine légale et Histoire de la médecine. Au-delà de la réunion des professions de l'art de guérir, la formation laisse apparaître l'importance des sciences naturelles dans la formation médicale et le retour à la clinique. Mais il ne faut pas s'y tromper, la Faculté était un lieu d'enseignement plus que de recherche, son organisation « reflétait la conception utilitariste de la philosophie du XVIII^e siècle et la défiance jacobine vis-à-vis du caractère "aristocratique" de l'homme de science »³⁸⁶. Les scientifiques étaient donc écartés de ces Écoles spécialisées destinées à former des praticiens et rassemblés au sein du Muséum ou du Collège de France. Il faut dire aussi que dans les facultés associées à des hôpitaux où l'on formait les étudiants à la médecine nouvelle, on cherchait « non de nouveaux remèdes, mais une bonne méthode d'employer ceux que nous possédons »³⁸⁷. Cette nouvelle méthode sera formalisée et utilisée dans les premières années du XIX^e siècle par l'École de Paris.

La Révolution aura donc marqué un tournant en réformant effectivement le cadre de la médecine et en insufflant des idées nouvelles qui s'installeront progressivement. C'est bien un virage moderne que prennent la médecine et surtout le médecin avec la Révolution française. On a assisté au croisement du XVIII^e et du XIX^e siècle,

[...] à l'émergence dans le domaine médical d'un processus de transformation profonde et durable, qui débouche sur un nouveau style de pratique, un nouveau regard médical, une manière inédite de concevoir la maladie, son déroulement, son issue. De même, à terme – sans doute encore distant – vont se jouer de nouvelles modalités d'envisager la thérapeutique. Cette médecine, supposée s'appliquer systématiquement au lit du malade, et révolutionner de la sorte la pratique médicale au XIX^e siècle, se double d'une révolution sur le plan institutionnel également. L'organisation même de l'hôpital, son architecture, ses fonctionnalités multiples, son rôle social et culturel vont eux aussi subir de profondes mutations : l'hôpital asile, ou hospice, est peu à peu entraîné dans une dynamique visant à l'établissement d'institutions vouées de plus en plus exclusivement aux soins, à la spécialisation. Là encore, ce qui semble en être l'issue inéluctable, l'hôpital médicalisé actuel, mettra un temps très long à s'imposer, de même que, à la faveur de mouvements complexes,

³⁸⁵ Sournia, J.-C., 1989, *op. cit.*, p. 167.

³⁸⁶ Ackerknecht, E. H., 1967, *op. cit.*, p. 53.

³⁸⁷ Cabanis, P. J. G., 1804, *op. cit.*, p. 383.

l'émergence de la faculté de médecine moderne, visant à l'unification professionnelle et à la systématisation de l'enseignement médical³⁸⁸.

Mais c'est finalement moins le changement institutionnel et pédagogique³⁸⁹ apporté par la Révolution qui importe dans le virage épistémologique qui qualifie la médecine postrévolutionnaire. L'évènement de la Révolution est autre. Il est anthropologique et ontologique.

³⁸⁸ Barras, V., 2002, « Avant propos », Vaj, D., 2002, *Médecins et voyageurs. Théorie et pratique du voyage médical au début du XIX^e siècle d'après deux textes genevois inédits*, Genève, Georg, Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé.

³⁸⁹ Foucault, M., 1963, *op. cit.*

L'ÉVÈNEMENT DE LA RÉVOLUTION

La Révolution détruira beaucoup, révélera beaucoup d'espoirs, mais l'avènement d'un nouvel ordre médical³⁹⁰ ne se fera que très progressivement. La Révolution veut certes marquer la rupture en qualifiant la période qui la précède d'Ancien Régime³⁹¹. Mais il ne faut pas pour autant croire aux miracles révolutionnaires : le médecin du XIX^e siècle luttera contre les mêmes ennemis (Église, charlatans, médecins de second ordre, épidémies galopantes, hôpitaux vétustes), sera raillé à nouveau par le public et pour les mêmes raisons (retour des systèmes avec Broussais, inefficacité contre les épidémies, discussion de salons avec les oppositions d'écoles) et demande toujours la même chose tout au long du siècle (reconnaissance publique, plus grande médicalisation, réforme de leur corporation). À comparer deux époques, le XIX^e siècle ressemble pour beaucoup à l'Ancien Régime, il faudra attendre 1900 pour vraiment observer une médecine différente de celle du XVIII^e siècle. Les révolutions sont plus courtes à advenir qu'à provoquer des changements effectifs.

La Révolution n'a donc fait que cristalliser des exigences de réforme déjà là mais éparses et étouffées par la lourdeur de l'Ancien Régime. Son importance se situe plus du côté de l'alliance nouvelle qui se noue entre médecine et politique, car c'est bien la prise en charge politique et institutionnelle des problèmes de santé rendue possible par la Révolution qui a modifié en profondeur et de manière durable les conditions d'exercice de la médecine. « En somme, la Révolution concrétise le projet d'articulation entre médecine et politique, en faisant de la santé du sujet devenu citoyen une affaire d'État »³⁹².

La Révolution fige la rencontre entre une anatomo-métaphysique de la pensée spatialisante et une technico-politique que magnifie le corps militaire. Le corps devient « objet et cible de pouvoir »³⁹³. Le corps intelligible a rencontré le corps utile. Et c'est désormais au profit de son utilité que son intelligibilité va être accrue. Un contrôle minutieux du corps et de ses opérations assure désormais un assujettissement constant de ses forces et impose un rapport d'utilité/docilité. Ce sont les méthodes de ce processus que M. Foucault nomme les disciplines³⁹⁴. La médecine sociale est la plus importante de ces méthodes, elle fonde et représente l'anatomie politique qui fabrique les corps dociles et utiles divisant le pouvoir des corps au profit du collectif. C'est cette interaction du pouvoir disciplinaire et de la médecine qui déploie la scientificité de cette dernière. Mais, si nous suivons ici l'analyse foucauldienne, nous souhaitons nous éloigner de l'analyse que le philosophe présente dans sa conférence de 1977 sur « la naissance de la médecine sociale ». Si ce dernier a raison d'insister sur l'importance de la médecine urbaine dans la formation

³⁹⁰ Peter, J.-P., 1975, « Le grand rêve de l'ordre médical, en 1770 et aujourd'hui », *Autrement*, 4, p. 183-192.

³⁹¹ Le terme d'« Ancien Régime » est inventé en 1790 pour qualifier cette période de monarchie allant des premiers Valois aux derniers Bourbons. Il vise à marquer la rupture qui se met alors en place et à spécifier le changement total de société, avec ses pouvoirs, ses traditions, ses usages, ses mœurs et donc ses mentalités et ses institutions, et surtout son régime : la monarchie. Voir à ce propos, Tocqueville, A., 1856, *L'Ancien régime et la Révolution*, Paris, Gallimard, 1952 ; Goubert, P., 1969, *L'ancien régime. 1 : la société*, Paris, Armand Colin ; Goubert, P., 1973, *L'ancien régime. 2 : les pouvoirs*, Paris, Armand Colin.

³⁹² Goubert, J.-P., Rey, R., (dir.), 1989, *Atlas de la Révolution française*, vol. 7, *médecine et santé*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, p. 8.

³⁹³ Foucault, M., 1975a, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, Tel, 2002, p. 160.

³⁹⁴ *Ibid.*, p. 161.

de la médecine sociale, expliquant que c'est par le biais de cette urbanisation que la médecine a rejoint le corpus des sciences physico-chimique³⁹⁵, il nous semble manquer un élément essentiel. Car contrairement à ce qu'il affirme c'est bien du fait d'un plus grand intérêt pour l'individu qu'on est passé à une médecine scientifique, seulement, cet intérêt pour l'individu émerge paradoxalement ou est rendu possible par un intérêt pour le collectif. Donc, certes, « l'introduction de la médecine dans le fonctionnement général du discours et du savoir scientifique se fit à travers la socialisation de la médecine »³⁹⁶, mais c'est en créant un intérêt nouveau pour l'individu que cette socialisation a permis la scientification de la médecine. C'est ici qu'intervient la figure du citoyen.

C'est par la territorialisation du citoyen, tout à la fois corps individuel et membre du corps social, par la médecine que s'engage, selon nous, tant la clôture de sa professionnalisation savante que l'engagement de son devenir profession consultante. Le citoyen est en effet le modèle de l'homme complet dont la médecine avait besoin pour concrétiser son nouveau savoir « scientifique » et « résoudre » la question ontologique et épistémologique du dualisme qui laissait la médecine d'Ancien Régime dans l'accumulation stérile. Par la discipline l'individu devient objet et effet de pouvoir comme de savoir. En d'autres termes, la Révolution n'offre les conditions épistémologiques de la nouvelle médecine que parce qu'elle ouvre une voie de règlement du problème de l'inclusion du sujet dans le monde matériel et acosmique des sciences modernes, par le biais de la figure du citoyen. La Révolution est un évènement entendu comme « une cristallisation de déterminations historiques complexes »³⁹⁷; et cet évènement est la concrétisation du citoyen comme modèle anthropologique cohérent avec la pensée spatialisante.

La constitution du sujet social spatialisé

Pierre Rosanvallon détaille dans son ouvrage sur le *Sacre du citoyen*³⁹⁸, la manière dont la Révolution a fondé une nouvelle image du citoyen qui tout en permettant la souveraineté du peuple et sa constitution comme sujet politique collectif, la dépassait dans un modèle du citoyen comme sujet politique individuel. Du modèle du citoyen-proprétaire, tel qu'il apparaît par exemple dans le *Contrat social*, la Révolution aurait inauguré une conception de l'individu-citoyen votant. Selon l'historien, c'est en effet le suffrage universel qui est au cœur de l'économie politique moderne qui voit le jour avec la Révolution. En tant que sacrement de l'égalité des hommes, il produit la société laïque moderne elle-même³⁹⁹ et les relations sociales qui l'accompagnent. Mais surtout, en tant que condition de possibilité de l'unification du corps social en sujet politique, il est également le lieu de naissance de l'individu-citoyen comme corps-sujet autonome. Point d'ancrage de la souveraineté de la nation, le suffrage universel contient déjà en germe son

³⁹⁵ Foucault, M., 1977, « El nacimiento de la medicina social » (« La naissance de la médecine sociale » ; trad. D. Reynié), *Revista centroamericana de Ciencias de la Salud*, n° 6, janvier-avril 1977, p. 89-108. (Deuxième conférence prononcée dans le cadre du cours de médecine sociale à l'université d'État de Rio de Janeiro, octobre 1974), *Dits et écrits*, texte 196, vol. 2, p. 207-236, ici, p. 222.

³⁹⁶ *Ibid.*

³⁹⁷ Revel, J., 2002, *Le vocabulaire de Foucault*, Paris, Ellipses, p. 30.

³⁹⁸ Rosanvallon, P., 1992, *Le Sacre du citoyen*, Paris, Gallimard.

³⁹⁹ *Ibid.*, p. 15.

dépassement dans une souveraineté de l'individu-citoyen. C'est dans sa concrétisation que se réalise le passage du consentement du sujet membre de la nation à l'autogouvernement de l'individu-citoyen comme sujet libre et autonome. C'est en ce sens que « [l']égalité politique marque l'entrée définitive dans le monde des individus »⁴⁰⁰.

Mais dans un premier temps, l'exigence du suffrage universel va voir le jour dans une conception renouvelée de la société.

En instaurant un mode de gouvernement nouveau, où la volonté générale est première, la Révolution instaure la nation comme association des volontés particulières au profit de la collectivité et inaugure ainsi le sujet social et politique moderne. La *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* qui fait figure de préface à la Constitution proclame le transfert de la souveraineté du prince à la nation, le renouvellement du lien social par l'avènement de l'État de droit, et enfin la constitution d'un grand corps social dont les membres sont compris comme citoyens. Le corps social a pour caractéristique une souveraineté une et indivisible sur le mode de la République, imprescriptible et inaliénable comme la liberté et l'égalité de ses membres. Ainsi, tous les individus appartiennent à un même corps social et politique, pensée sur le mode de l'association rousseauiste du *Contrat social*, où chaque aliène une partie de sa volonté au profit de la volonté générale⁴⁰¹. C'est désormais la volonté générale du peuple, qui s'exprime par la loi, qui est souveraine. La *Déclaration* introduit l'égalité civile sur la base de l'égalité politique. La participation à l'expression de la volonté générale qu'est la Loi (art. 6) est l'assurance d'une égalité de tous les citoyens. L'enjeu de 1789 est avant tout de manifester une identité collective, celle de la nation et de la souveraineté du peuple⁴⁰², face à l'ancienne société de corps. Ainsi l'égalité politique exprime surtout un fait d'appartenance sociale. Et c'est en ce sens que Rosanvallon peut affirmer que l'idée de la citoyenneté ne relève donc pas d'une théorie de la démocratie mais d'un idéal de société. C'est bien en vue de l'unification de la société en un sujet politique collectif que la citoyenneté est dans un premier temps pensée. Les Etats-Généraux poursuivent en ce sens le rationalisme politique des Lumières où le gouvernement des capacités peut seul assurer le progrès. L'individu est individu-peuple entendu comme sujet collectif sur lequel se fonde l'égalité de statut. Chacun est égal en tant qu'il est membre du corps collectif, en tant qu'il permet la constitution d'un sujet social et politique collectif. Si l'avènement de l'individu-citoyen comme sujet individuel n'est pas encore advenu, un changement majeur, qui fixe les conditions de son apparition et éclaire notre analyse, s'est pourtant opéré.

Car la théorie politique qui s'impose alors apparaît comme la mise en pratique du modèle systématique de la pensée spatialisante des sciences modernes à la politique et au corps social. L'idée d'association qui régit ce nouveau mode de gouvernement sans tête répond en effet politiquement au rejet de l'extériorité du mouvement sur l'objet mu et retrouve au contraire le modèle d'un ordre émergent de la situation spatiale des différents éléments de la communauté. Jan Marejko précise que l'originalité de Rousseau fut bien « d'inventer un nouveau mode de participation à partir du paradigme cartésien, c'est-à-dire un mode de participation qui surmontera, d'une certaine manière, l'obstacle de l'exil dans le rapport au monde »⁴⁰³. La conception de la participation politique qui émane du *Contrat*

⁴⁰⁰ *Ibid.*, p. 14.

⁴⁰¹ Rousseau, J.-J., 1762b, *Du contrat social*, Livre I, chap. 6, Paris, Garnier Flammarion, 1966, p. 50-52.

⁴⁰² L'association du peuple à la nation est également une mutation profonde de la perception du social.

⁴⁰³ Marejko, J., 1989, *op. cit.*, p. 132.

social, et dont on ne peut nier l'influence qu'elle a eue sur la Révolution française et la *Déclaration solennelle*, propose un archétype du pouvoir qui répond à l'exclusion du sujet du monde matériel. La participation à la communauté politique ne peut se faire que par le dépouillement de tout ce qui fait du sujet un sujet de désir individuel. C'est en ce sens que la volonté générale du *Contrat social* est totalement extérieure aux individus qui la suivent, à l'instar du sujet connaissant la nature qui n'y a aucune place. Comme le résume Jan Marejko « La physique moderne, en tendant à placer le moteur dans la chose mue encourageait les théoriciens des affaires humaines à placer le principe du dynamisme politique dans chaque membre du corps politique »⁴⁰⁴. L'idée d'un ordre consubstantiel aux éléments ordonnés glisse de la cosmologie à la politique. La conception acosmique des corps individuels trouve son reflet et son pendant dans la conception similaire du corps collectif. La Révolution marque la territorialisation du corps social par la pensée spatialisante ; territorialisation à laquelle la médecine participe dans son rôle nouveau de technologie de gouvernement.

L'extension du paradigme spatialisant est ici importante, car derrière l'intégration du corps social se dévoile la spatialisation d'un sujet social entendu comme sujet libre. « cet acte d'association produit un corps moral et collectif [...] lequel reçoit de ce même acte son unité, son *moi* commun, sa vie et sa volonté »⁴⁰⁵. La liberté des sujets est désormais reconnue par le monde acosmique : la liberté dans laquelle s'exprime la nation⁴⁰⁶ est la liberté du sujet constituant comme sujet de droit. Ainsi, par le truchement du corps social, le sujet humain retrouve dans le monde acosmique une liberté qui n'est plus pure extériorité. La résolution du problème épistémologique et ontologique du sujet semble pouvoir s'opérer à partir de ce sujet social qu'est le peuple. Mais en fallait-il que se développe une conception du sujet individuel qui puisse être pris en compte par le paradigme spatialisant. Le passage de l'individu-peuple, à l'individu-citoyen ne peut se réaliser, comme le montre Rosanvallon, que par un changement de la conception de la citoyenneté du citoyen-proprétaire du XVIII^e siècle un citoyen-sujet individuel. C'est par le biais d'une participation et d'une mobilisation particulière que cette mutation pourra se réaliser : celle du vote. Car si l'expression de la volonté générale de la nation ne peut se faire que par le vote, elle implique alors une mobilisation individuelle, une implication politique des individus. Autrement dit, la concrétisation du sujet collectif de la nation qu'est le corps social et politique souverain n'a pu se réaliser que par l'universalisation du suffrage qui lui-même implique l'avènement du citoyen-individu entendu comme sujet autonome et responsable moderne.

Le citoyen autonome

Pour fonder cet universalisme du citoyen et du suffrage, encore fallait-il statuer sur le sujet politique de l'être humain. La primauté de l'individu, qui fait suite à la mise à mal de la société de corps, nécessite une structure sociale forte pour tenir ensemble le monde social. C'est le droit des contrats civils et politiques qui assure l'architecture sociale

⁴⁰⁴ *Ibid.*, p. 28.

⁴⁰⁵ Rousseau, J.-J., 1762b, *op. cit.*, Livre I, chapitre 6, p. 52.

⁴⁰⁶ Larrère, C., 1993, « La nation chez Sieyès : l'inflexion révolutionnaire de l'universalité des Lumières », Bourgeois, B., D'Hondt, J., (dir.), 1993, *La philosophie et la Révolution française*, Paris, Vrin, p. 143-154.

moderne⁴⁰⁷. Mais à quelles conditions un système d'obligations contractuelles peut-il s'ériger ? La construction de sujets juridiques efficaces demande une reconnaissance de l'autonomie de la volonté. Le principe d'autonomie de la volonté est l'expression des conditions de l'efficacité juridique, il est l'alpha et l'oméga de la philosophie juridique moderne⁴⁰⁸. Seuls les individus libres et autonomes peuvent participer à la vie politique. Cette subjectivisation du droit trouve son expression philosophique la plus aboutie chez Kant. Sa théorie du sujet vaut pour théorie de l'individualisme juridique et politique « à la française »⁴⁰⁹. La *Doctrine du droit* définit en effet les trois attributs juridiques indissociables de l'essence de la citoyenneté : la liberté légale de n'obéir à aucune autre loi qu'à celle à laquelle les citoyens ont donné leur consentement ; l'égalité civile et l'autonomie⁴¹⁰.

[Cette dernière] consiste à ne devoir son existence et sa conservation qu'à ses propres droits et ses propres forces comme membre de la république et non à l'arbitre d'un autre dans le peuple, par conséquent la personnalité civile qui consiste à ne devoir être représenté par aucun autre dans les choses de droit⁴¹¹.

Ainsi le vote, qui seul qualifie, pour les révolutionnaires comme pour Kant, quelqu'un comme citoyen, est une aptitude qui présuppose une articulation entre sujet collectif et sujet individuel. Elle « présuppose l'autonomie au sein d'un peuple de quelqu'un qui n'est pas seulement une partie de la collectivité, mais également un membre de celle-ci agissant de sa propre *Willkür*, de son propre libre choix volontaire en communauté avec d'autres »⁴¹². Ainsi, seule la capacité des individus à l'autonomie peut fonder le corps social par l'acte du vote. En d'autres termes, « diffusion de la citoyenneté et mouvement d'individualisation du social vont ici de pair »⁴¹³ sous l'égide de la mobilisation, de la participation individuelle au collectif.

Le citoyen occupe le lieu de la synthèse entre l'individu et l'Homme (l'espèce morale). Il est le véritable sujet moderne, le sujet de droit naturel rationnel [...] Synthèse de la condition (l'Homme) et du conditionné (le sujet – *Untertan*)⁴¹⁴.

Les citoyens incarnent la souveraineté et « la dimension symbolique de la citoyenneté ne pourra plus désormais être séparée de sa dimension technique, le droit et la fonction devenant pratiquement indissociables dans l'exercice du suffrage »⁴¹⁵.

Le citoyen est un individu qui participe à l'expression du collectif. C'est d'ailleurs ce qui distingue, à l'époque, le citoyen du sujet. Rousseau déjà distinguait les citoyens, qui

⁴⁰⁷ Rosanvallon, P., 1992, *op. cit.*, p. 107.

⁴⁰⁸ *Ibid.*, p. 108.

⁴⁰⁹ *Ibid.*, p. 109.

⁴¹⁰ La traduction de Philonenko parle d'« indépendance », mais nous rejoignons ici J.-P. Lefèvre et la traduction qu'il donne dans Tosel, A., 1988, *Kant révolutionnaire, droit et politique*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 112.

⁴¹¹ Kant, E., 1796, « Doctrine du droit », *Métaphysique des mœurs*, trad. fr. A. Philonenko, Paris, Vrin, 1993, §46, p. 196.

⁴¹² Traduction de Rosanvallon, P., 1992, *op. cit.*, p. 109-110.

⁴¹³ *Ibid.*, p. 110.

⁴¹⁴ Raullet, G., 2003, « Kant. Histoire et citoyenneté », Clavier, P., Lequan, M., Raullet, G., Tosel, A., Bouriau, C., (éds.), 2003, *La philosophie de Kant*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 217-412, ici, p. 222.

⁴¹⁵ Rosanvallon, P., 1992, *op. cit.*, p. 59.

participent à l'autorité souveraine, des sujets qui sont soumis aux lois de l'État. C'est cette distinction que reprendra Kant, dans sa *Doctrine du droit*⁴¹⁶ en instaurant une différence entre les citoyens actifs qui sont les membres de la société civile ou de l'État et dont l'autonomie se concrétise par la participation, et les citoyens passifs qui ne sont que les parties du tout de la République et restent sous dépendance d'un autre. Cette idée apparaît d'ailleurs dans la Constituante de 1791 qui distingue les citoyens actifs qui, payant une contribution, ont droit de vote et les citoyens passifs indignes de voter par leur condition. Ainsi, le citoyen se distingue du sujet par son autonomie, entendue comme indépendance, qui se manifeste par sa mobilisation dans la société civile. C'est en ce sens que la notion de citoyen prend une tournure morale : elle relève d'un contrat de confiance (et d'argent puisque le citoyen est celui qui paie l'impôt) entre l'individu et la société. Le sujet est simplement présent, tandis que le citoyen est un membre actif de la communauté. Cette distinction pose problème, en tant qu'elle interdit l'universalisation de la catégorie de citoyen. Kant note d'ailleurs que la définition du citoyen passif entre en contradiction avec la définition générale du citoyen.

En effet, l'universalisation de la citoyenneté trouve donc une double borne à la fois dans la clôture de l'espace social et l'exclusion des dépendants et dans la distinction anthropologique des personnes en fonction de leur capacité à être de vrais individus. L'indépendance intellectuelle (être un homme mûr, doué de raison), l'indépendance sociologique (ne pas être membre d'un corps) et l'indépendance économique (gagner sa vie et avoir une profession indépendante) se superposent pour qualifier l'indépendance du citoyen. Ainsi sont exclus les femmes, les mineurs, les aliénés, les domestiques, voire les bourgeois⁴¹⁷. Certes, la distinction entre citoyens actifs et citoyens passifs sera abolie le 11 août 1792, mais cela ne permettra pas la réintégration de ces non-citoyens. Car la définition du citoyen par l'autonomie comme indépendance, qui exclut nombre de sujets, est le ciment du corps social et politique. En effet, cette autonomie ne définit plus une frontière au sein du corps social, mais entre la société et la nature, l'espace domestique et l'espace politique. C'est à ce titre que les femmes se verront exclues du côté de la nature et de l'espace domestique.

Mais au-delà de ces contradictions internes, ce modèle du citoyen comme individu autonome pose un problème à l'égard de la résolution du problème du sujet qui fait l'objet de notre analyse. Car si le citoyen se qualifie par son autonomie et son indépendance qui lui permettent de participer à la vie collective, elles l'engagent également dans un rapport d'obéissance à la volonté générale à laquelle il participe. Autrement dit, l'indépendance qui permet le vote vise à être annihilée à la suite du vote. Comment dès lors concilier l'inclusion de la liberté du sujet individuel dans le monde acosmique comme il était possible de le faire avec la liberté du sujet collectif ? Pour envisager de répondre à cette interrogation, revenons-en à la mobilisation, à cette participation qui est le lieu d'affirmation de la liberté et de l'autonomie du sujet individuel comme le lieu de sa possible aliénation au profit du collectif.

⁴¹⁶ Kant, E., 1796, *op. cit.*, §46, p. 196.

⁴¹⁷ Voir à ce sujet l'analyse de Simone Goyard-Fabre : Goyard-Fabre, S., 1996, *La philosophie du droit de Kant*, Paris, Vrin, p. 194.

La discipline de l'autonomie : le citoyen-soldat

Comme l'a vu Alain Ehrenberg, « ce qui s'organise avec l'instauration de la démocratie à la fin du XVIII^e siècle, c'est un rapport du citoyen à l'autorité politique qui est un rapport de la puissance à la puissance »⁴¹⁸. En d'autres termes sa liberté dépend entièrement, en tant que liberté conventionnelle, à la liberté du peuple, du sujet social pris dans son ensemble. Le problème du citoyen se situe donc dans l'articulation de sa liberté, entendue comme autonomie, à l'obéissance au pouvoir politique. La clé de compréhension de ce nouveau sujet qui tire sa liberté individuelle d'une liberté collective assurée à l'homme dans son universalité par le droit, et donc par l'aliénation de ses droits individuels à la communauté qui par ailleurs les lui assure, se trouve dans un modèle qui a déjà fait ses preuves en termes d'articulation de l'autonomie et de l'obéissance : celui du militaire. Avec la Révolution s'institue l'idée selon laquelle la guerre n'est plus cause de chaos, mais outil de sociabilité⁴¹⁹. Ainsi le député Edmond Louis Alexis Dubois-Crancé (1747-1814) peut-il déclarer en 1789 : « Chaque citoyen doit être soldat et chaque soldat un citoyen »⁴²⁰. La mobilisation qui qualifie le citoyen est une mobilisation de type militaire. Rosanvallon note d'ailleurs que c'est la guerre qui va permettre d'asseoir le lien entre l'État et le peuple. On pense ici à la guerre contre l'Autriche, engagée en 1791, qui unifie le peuple dans une croisade pour la liberté, mais surtout à l'engagement de la Prusse au côté de l'Autriche qui intervient ensuite et qui met alors en danger la nation française, renforçant par là, l'engagement du peuple auprès de l'État⁴²¹. La volonté générale tient à cette mobilisation militaire qui fait de la guerre le lien entre l'État et le peuple. Le militaire, qui fut longtemps un danger pour le peuple en temps de paix, se mut à l'aune de cette nouvelle considération de la guerre, en modèle du citoyen.

Le soldat-citoyen est « celui qui sait se comporter au combat sans que soit rendue nécessaire la présence d'un chef indiquant la voie à suivre »⁴²². Comme modèle d'une économie concrète de la liberté, le militaire représente cet individu « dont l'autonomie conditionne la docilité »⁴²³. Ainsi la docilité à une souveraineté qui le transcende peut se réaliser en toute harmonie avec l'autonomie. C'est que l'autonomie marque le passage de l'exigence exogène à la norme endogène : « elle est aussi l'épreuve d'une manière d'obéir où le consentement doit être vécu sur le mode d'une nécessité interne plutôt que d'une obligation imposée de l'extérieur »⁴²⁴. C'est parce qu'il choisit de se soumettre à la volonté générale, d'aliéner sa liberté naturelle qui lui apporte inégalité au profit d'une liberté conventionnelle qui lui assure l'égalité, que le citoyen reste libre. Il n'est dépendant de personne. Ainsi émerge « une économie concrète de la liberté individuelle dans laquelle l'autonomie de chacun constitue la mesure de son obéissance »⁴²⁵ ; l'autonomie de

⁴¹⁸ Ehrenberg, A., 1993, *op. cit.*, p. 27.

⁴¹⁹ *Ibid.*, p. 45.

⁴²⁰ Cité par Ehrenberg (*Ibid.*).

⁴²¹ Le 11 juillet 1792, l'Assemblée législative demandent à tous les volontaires pour l'enrôlement de venir à Paris afin de constituer une défense contre l'envahisseur (Godechot, J., 1988, *La Révolution française*, Paris, Perrin, p. 108).

⁴²² Ehrenberg, A., 1993, *op. cit.*, p. 52.

⁴²³ *Ibid.*, p. 10.

⁴²⁴ *Ibid.*, p. 173.

⁴²⁵ *Ibid.*, p. 53.

l'individu n'est pas la limite de l'exercice du pouvoir, mais un moyen d'éprouver sa docilité⁴²⁶.

Par cette discipline de l'autonomie que modélise le militaire, le citoyen trouve le moyen de clôture de son modèle d'individu inclus dans le monde acosmique. La liberté extérieure au monde matériel dans le nouveau savoir est réintégrée à la vie d'un corps mécanique et docile, par le biais de la maîtrise de soi-même, de la discipline de soi. Le soldat est ce modèle de formation d'un homme qui bien que formé par un autre a pour principale qualité de pouvoir s'extraire de cette souveraineté créatrice. Le militaire représente l'homme total, l'homme unifié dans le paradigme du savoir nouveau. La liberté s'inscrit dans le corps par le biais de la discipline et de la promotion de l'autonomie qui l'accompagne. Cette intégration de la liberté, loin de mettre en danger le modèle spatialisant, le renforce, car à partir du moment « où l'individu devient le sujet d'une liberté illimitée, illimitées sont alors les technologies de l'obéissance »⁴²⁷.

Le modèle militaire, outre la mise en pratique des acquis nouveaux dans un système cohérent de médecine à la fois individuelle et collective, de traitement et de recherche, d'hôpital et de terrain, répond parfaitement aux contraintes nouvelles qu'impose l'espace acosmique infiniment ouvert de la révolution galiléo-cartésienne. Mieux, il assure la cohésion, au sein de son modèle disciplinaire, de la science collective et de la science individuelle, de la politique et de la médecine. Modèle d'utilisation, de répartition et de gestion des corps dociles⁴²⁸, le modèle militaire répond à la fois aux exigences médicales de savoir et de pratique des corps individuels, qu'aux exigences politiques de régulation et de gestion du corps collectif. La discipline militaire est le modèle par excellence de l'organisation du monde acosmique par l'homme. La connaissance de son environnement répond directement et sans intermédiaire à sa possession et sa maîtrise. La tactique militaire est l'image de ce savoir iconique du monde qui à peine constituer vaut pour réalité maîtrisée. L'espace organisé par les militaires est un espace cartésien investi par l'homme et enfin médicalement⁴²⁹ et politiquement utile. La discipline rend dans un même mouvement de savoir et de pouvoir l'espace intelligible et contrôlable. Le monde sans ordre de la science moderne demande à être organisé, non tant pour lui donner un sens, une signification, que pour lui donner une direction. Avec le modèle militaire, le monde prend sens et s'assure un développement vers le progrès, la discipline servant à la fois à répartir les corps qu'à les organiser pour qu'ils produisent le maximum d'effets possibles. La discipline répond au paradigme spatialisant qui a laissé l'homme au centre d'un monde dont il lui faut reconstruire le sens et auquel il peut par-là même assigner une direction. Ainsi, Michel Foucault a raison d'affirmer que

Pendant que les juristes ou les philosophes cherchaient dans le pacte un modèle primitif pour la construction ou la reconstruction du corps social,

⁴²⁶ *Ibid.*, p. 166.

⁴²⁷ *Ibid.*, p. 172.

⁴²⁸ Foucault, M., 1975a, *op. cit.*, p. 159-199.

⁴²⁹ *Ibid.*, p. 169 : « Peu à peu un espace administratif et politique s'articule en espace thérapeutique : il tend à individualiser les corps, les maladies, les symptômes, les vies et les morts [...] Naît de la discipline, un espace médicalement utile ».

les militaires et avec eux les techniciens de la discipline élaboraient les procédures pour la coercition individuelle et collective des corps.⁴³⁰

Car c'est bien l'avènement de la discipline que réalise l'évènement de la Révolution. La discipline de l'autonomie⁴³¹ qui qualifie le militaire-citoyen est le signe d'un changement de technologie politique, de mode d'application du pouvoir collectif ou individuel qui ne va cesser de se renforcer au cours du XIX^e siècle, à mesure que s'affirmera, au gré des tâtonnements politiques le dénouement de l'articulation difficile de l'individu-citoyen et du rationalisme politique des Lumières⁴³². La mobilisation qui permet au citoyen d'être membre à part entière du corps social est également « une tactique de pénétration du politique dans les moindres pores du corps social »⁴³³.

Le régime disciplinaire

La Révolution marque l'avènement du pouvoir disciplinaire entendu comme modalité d'application du pouvoir qui se caractérise par un certain nombre de techniques de coercition s'exerçant selon un quadrillage systématique du temps, de l'espace et du mouvement des individus. Faisant suite au pouvoir souverain, pouvoir identifié en la personne du souverain, s'appliquant de manière verticale par les supplices et selon un modèle de l'exemple, le pouvoir disciplinaire se veut lui anonyme, horizontal et s'appliquant par le biais de la rééducation et du contrôle. Du « laisser vivre et faire mourir » on passe alors au « faire vivre et laisser mourir ». Le pouvoir souverain s'impose dans la lumière, par les symboles de la force fulgurante de l'individu qui le détient, dans une macrophysique ; au contraire le pouvoir disciplinaire est silencieux, discret, réparti, diffus, il fonctionne selon une microphysique. Le pouvoir disciplinaire « anonyme, sans nom, sans visage, c'est un pouvoir réparti entre différentes personnes »⁴³⁴, à l'image des géôliers asilaires de Georges III⁴³⁵, mais qui porte sur les individus, sur le corps individuel, ses usages, ses postures, ses comportements.

[C'est] une forme en quelque sorte terminale, capillaire du pouvoir, un dernier relais, une certaine modalité par laquelle le pouvoir politique, les pouvoirs en général viennent au dernier niveau, toucher les corps, mordre sur eux, prendre en compte les gestes, les comportements, les habitudes, les paroles, la manière dont tous ces pouvoirs, se concentrant vers le bas jusqu'à toucher les corps individuels eux-mêmes⁴³⁶.

La discipline est le lieu où s'articulent le pouvoir politique et le pouvoir des individus, le pouvoir sur tous et le pouvoir sur chacun, le pouvoir sur le corps social et le pouvoir sur l'individu-citoyen. La discipline permet, par le biais du contrôle de l'individu-citoyen sur lui-même, de maintenir le pouvoir sur le corps social.

⁴³⁰ *Ibid.*, p. 199.

⁴³¹ Ehrenberg, A., 1993, *op. cit.*, 169-177.

⁴³² Rosanvallon, P., 1992, *op. cit.*, 38.

⁴³³ Ehrenberg, A., 1993, *op. cit.*, p. 45.

⁴³⁴ Foucault, M., 2003, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Paris, Gallimard Seuil, p. 23.

⁴³⁵ Michel Foucault voit, dans le récit donné par Pinel de l'internement de Georges III, le modèle du passage d'un pouvoir à un autre (*Ibid.*, p. 21-39).

⁴³⁶ *Ibid.*, p. 42.

La discipline est, au fond, le mécanisme de pouvoir par lequel nous arrivons à contrôler dans le corps social jusqu'aux éléments les plus ténus, par lesquels nous arrivons à atteindre les atomes sociaux eux-mêmes, c'est-à-dire les individus. Techniques de l'individualisation du pouvoir⁴³⁷.

Par la discipline des corps, il s'agit de régir la multiplicité des hommes en tant que cette multiplicité peut se résoudre en corps individuels à surveiller, dresser, utiliser, punir. La démarche n'est pas négative : il ne s'agit pas d'ôter des capacités ou des propriétés de l'homme. On n'opère donc pas essentiellement par interdictions et privations, mais par structuration et orientation des comportements pour aboutir à une réelle construction raisonnée des individus.

Le moment historique des disciplines, c'est le moment où naît un art du corps humain, qui ne vise pas seulement la croissance de ses habiletés, ni non plus l'alourdissement de sa sujétion, mais la formulation d'un rapport qui dans le même mécanisme le rend d'autant plus obéissant qu'il est utile, et inversement⁴³⁸.

La discipline de l'autonomie du soldat-citoyen est le modèle du pouvoir disciplinaire qui voit le jour et qui forge le sujet moderne qu'est l'individu-citoyen. Modèle qui permet de pallier aux trop grandes discontinuités du pouvoir souverain, à ses mailles trop larges qui favorisaient trop de conduites échappant au pouvoir : contrebande, communautés nomades, savoirs hérétiques, *etc.* ; et qui a pour avantage d'être moins onéreux et de s'accorder avec le capitalisme qui prend son essor. Ainsi se perfectionnent, dans la perspective du libéralisme, comme mode de gouvernementalité visant à gouverner moins, et du capitalisme bourgeois naissant⁴³⁹, les technologies de pouvoir de discipline et d'anatomopolitique qui permettent de contrôler le corps social, en en surveillant les individus, leurs conduites, attitudes, tout en intensifiant les performances individuelles et les capacités de chacun.

Vers une nouvelle anthropologie

Avec l'avènement sur le territoire national d'un pouvoir de type disciplinaire se fait jour une nouvelle conception de l'homme qui demande encore à être explicitée. L'ensemble du corps politique repose en effet sur une conception du corps social comme composé d'individus dont le corps est naturellement siège de force, de capacités et de liberté qu'il convient de gérer et de contrôler. C'est bien un modèle anthropologique nouveau qui voit le jour au croisement de la discipline et de la souveraineté populaire ; un modèle où empirique et transcendantal se joignent sous l'égide de l'autonomie de la volonté.

[le droit] relève de la nature empirico-sensible de l'homme, comme force naturelle développant ses dispositions, et de la nature rationnelle, intelligible, du même homme, agissant non seulement sous la détermination de son rapport à l'extériorité (utilisation de la nature

⁴³⁷ Foucault, M., 1981, « As malhas do poder » (« Les mailles du pouvoir », trad. P. W. Prado Jr ; conférence prononcée à la faculté de philosophie de l'université de Bahia, 1976), *Barbarie*, 4, été 1981, p. 23-27, *Dits et écrits*, texte 297, vol. 2, p. 1001-1012, ici, p. 1010.

⁴³⁸ Foucault, M., 1975a, *op. cit.*, p. 162.

⁴³⁹ Foucault, M., 2004a, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979*, Paris, Gallimard-Seuil.

comme objet et des autres hommes comme moyens), mais aussi sous la détermination de la loi pratique qu'il se donne à lui-même⁴⁴⁰.

Mais si ce modèle est donné dans le principe du droit, reste à le penser à la fois dans la particularité du médical et dans le général du philosophique. Autrement dit, il faut qu'émerge un modèle de l'individu apte à asseoir le modèle du corps social. L'émergence du citoyen-individu coïncide en effet avec une redéfinition de la nature du pouvoir politique à partir des besoins des individus. L'égalité se fonde sur une naturalité abstraite de l'individu-citoyen étendu comme membre, lui-même abstrait de la nation, c'est-à-dire considéré en lui-même, indépendamment de toute détermination économique ou sociale. On n'accepte alors plus que des distinctions reconnues comme purement naturelles⁴⁴¹. L'individu-citoyen est un sujet de droit du fait de sa nature d'homme, de membres de l'humanité. L'universalisme du citoyen est un naturalisme abstrait. L'autonomie de la volonté doit être une faculté inhérente à la nature de l'homme. L'homme doit être libre parce qu'il est homme. La discipline s'appuie en effet sur la norme pour s'appliquer, elle met au jour une règle naturelle qu'il s'agit de suivre. Cet accent mis sur la norme est permis du fait de la « naturalité » de l'institution politique positive. Pour que le droit naturel et le droit positif s'articulent dans un espace où un éloge de la Loi comme institution des hommes pour les hommes et un éloge de la norme dans la disciplinarisation des technologies du pouvoir coïncident ; il faut repenser toute la nature de l'homme. C'est toute une représentation de la nature humaine individuelle qui émerge avec la discipline :

[L]a discipline *fabrique* à partir des corps qu'elle contrôle [...] une individualité qui est dotée de quatre caractères : elle est cellulaire (par le jeu de répartition spatiale), elle est organique (par le codage de ses activités), elle est génétique (par le cumul du temps), elle est combinatoire (par la composition des forces)⁴⁴².

Cette individualité nouvelle, naturelle, exige un savoir pour la constituer comme objet de connaissance et donc de pouvoir. Car si l'individualité n'est plus, en principe, produite par des mécanismes historico-rituels, reste encore à laisser émerger les mécanismes technico-scientifiques formateurs de l'individu nouveau. Les individus, comme premiers éléments du corps social, doivent être connus et légiférés à leur tour. La médecine se voit donc investir d'un pouvoir par le corps social pour percer les secrets de ses éléments, et donc produire un corpus législatif des corps individuels. Pour cela, le corps médical se réorganise à l'image du corps social, selon un ordre global et sans tête. Et c'est par la réunion des branches de l'art de guérir que peut se produire alors le mouvement de connaissance de l'homme individuel qui compile la clinique hospitalière, l'anatomopathologie et les sciences physico-chimiques et naturelles.

Le premier des éléments de ce nouvel individu sera son corps, un corps naturel⁴⁴³, non plus envisagé comme corps mécanique composé de solides et affectés de mouvements, mais comme corps porteur de force et siège d'une durée. C'est seulement à cette condition que pourra s'articuler à lui une liberté apte à forger l'individualité concrète du citoyen. La médecine a donc pour tâche de décrire ce corps nouveau, disciplinaire donc

⁴⁴⁰ Tosel, A., 2003, « Kant révolutionnaire », Clavier, P., Lequan, M., Raulet, G., Tosel, A., Bouriau, C., (éds.), 2003, *op. cit.*, p. 413-522, ici, p. 442.

⁴⁴¹ C'est ce qui conduit, entre autres, à exclure les femmes et les enfants de la citoyenneté.

⁴⁴² Foucault, M., 1975a, *op. cit.*, p. 196, nous soulignons.

⁴⁴³ *Ibid.*, p. 182.

disciplinarisable, autrement dit un corps qui trouve en lui-même le principe de son organisation. C'est pour cette raison que l'anatomo-clinique, qui peut être comprise comme un effort vers la connaissance enfin permise de cet homme individuel global, va tout d'abord émerger autour d'une physiologie qui tente de rompre avec le vitalisme. Le corps vivant une fois unifié comme organisme, c'est-à-dire tout qui trouve dans ses parties le principe de son organisation, pourra ouvrir la voie à une véritable anthropologie support d'une médecine comme véritable science de l'homme.

Tout comme l'entrée fracassante de l'individu souverain en tant que moteur de la sphère politique pendant la Révolution ne balaie pas immédiatement le rationalisme politique des Lumières où le gouvernement des capacités peut seul assurer le progrès, de même la constitution d'un modèle anthropologique spatialisé cohérent, qui permet à la médecine de devenir discours scientifique, sera longue à advenir. Les tâtonnements épistémologiques et politiques du XIX^e siècle témoignent du long dénouement de ces deux situations.

Ainsi, si la Révolution a eu pour rôle de rêver d'une société nouvelle où notamment la médecine, accessible à tous, ferait disparaître très vite la maladie de la condition humaine, cette société émergera lentement et difficilement. Néanmoins, ce rêve modèlera notre société moderne, tant les utopies ont un rôle non négligeable dans l'histoire de la médecine comme dans l'histoire en général⁴⁴⁴, et ce bien que la société qui se fera finalement jour au XX^e siècle en soit assez différente. La Révolution est par conséquent cet événement où la constitution d'un corps politique mû par ses propres membres coïncide avec l'avènement d'un corps médical uni, également mû par ses propres membres (comme en témoigne le comité de santé de Guillotin), et apte à diriger le corps social vers son épanouissement et son progrès. En ce sens, la Révolution marque l'association étroite de la médecine et du politique, association qui ne se dénouera plus jamais et qui permettra à la médecine d'acquérir son statut tant espéré de profession consultante. Mais le chemin est encore long sur la voie de cette professionnalisation et demande surtout – ce qui sera le labeur de toute la médecine du XIX^e siècle – la « fabrication » de l'homme moderne.

⁴⁴⁴ Faure, O., 1994, *op. cit.*, p. 75.

CHAPITRE II

LE DÉVELOPPEMENT DU DISCOURS MÉDICAL MODERNE

(1792-1945)

L'ambition portée par la médecine de s'intégrer dans les normes épistémologiques et ontologiques du monde nouveau dévoilé au XVII^e siècle l'a finalement conduit à de voir mettre en place une alliance politique tant pour envisager de devenir une profession à part entière que pour offrir une réponse cohérente au problème de la subjectivité qui grevait jusqu'alors sa cohérence épistémologique. La territorialisation de l'homme dans laquelle s'est engagée la médecine impliquait beaucoup plus qu'une simple cartographie de son corps. Le passage de la pensée spatialisante des sciences de la nature à une discipline qui a définitivement pour objet l'homme impliqua que la médecine se penche sur toutes les dimensions de la nature humaine, tant pour les décrire que pour, finalement, les modeler. Car, comme nous l'avons vu, le rêve de la médecine moderne, guidé par des normes scientifiques et ontologiques, l'obligea à produire un modèle anthropologique nouveau et complet pour établir à nouveau frais la liaison entre théorie et pratique. La réponse au problème de la subjectivité qu'elle constitua ainsi se voulait moins descriptif que normatif. Il ne voulait pas tant rendre compte de l'être humain tel qu'il était, mais plutôt de fournir un modèle à de l'homme dans lequel il fallait ensuite faire entrer les individus. Tout savoir induit un pouvoir et la formation des contours d'une nouvelle science de la médecine, une science proprement moderne, impliquait pour les médecins d'acquérir un pouvoir nouveau. Si la Révolution française établit les conditions d'obtention de ce dernier, la médecine devait encore lutter près d'un siècle et demi pour voir se concrétiser son acquisition. Car il convenait tout d'abord qu'elle réalise ce que le XVIII^e siècle avait fait naître sous forme de germe.

Le développement effectif de la médecine moderne, que nous allons suivre dans ce second chapitre, demandait en effet de concrétiser un savoir unifié de l'homme et de son corps, mais également de produire un modèle anthropologique, unifiant corps et âme le nouvel homme, en vue de fournir une réponse au problème de la subjectivité. C'est le seul moyen, nous l'avons vu, d'assurer l'équilibre épistémologique du nouvel ensemble gnoséologique de la médecine. Pour ce faire, et ainsi que nous le verrons, la médecine du XIX^e siècle devra faire appel, constamment, dans une fuite en avant effrénée, à des domaines qui lui sont extérieurs : la philosophie tout d'abord, la politique ensuite, les sciences naturelles et humaines enfin. Car sa quête d'un modèle anthropologique nouveau, qu'elle définira comme celui de l'homme normal et qui l'occupera tout au long du XIX^e siècle, allait toujours l'entraîner vers plus de globalisation, vers de nouvelles territorialisations qui, certes, allaient la mener vers son statut de profession autonome, mais qui la confronteront aussi au risque de sa propre dispersion. Ainsi, dans la première moitié du XX^e siècle, la médecine aura acquis le savoir, le pouvoir et la reconnaissance qu'elle cherchait, mais elle aura également changé de visage autant que d'idéaux. À la fin de ce parcours, ne restera finalement plus qu'un rêve, tout à la fois accompli et inachevé, d'une médecine devenue science de l'homme tant individuel que collectif et profession à monopole, mais dont l'équilibre et l'unité ne tiennent plus qu'à un faible fil, plus idéologique qu'effectif.

LA POSITIVITÉ DU SAVOIR MÉDICAL

La science royale n'est pas séparable d'un modèle « hylémorphique » qui implique à la fois une forme organisatrice pour la matière, et une matière préparée pour la forme ; on a souvent montré comment ce schéma dérivait moins de la technique ou de la vie que d'une société divisée en gouvernants-gouvernés, puis intellectuels-manuels. Ce qui le caractérise, c'est que toute la matière est mise de côté du contenu, tandis que toute la forme passe dans l'expression. Il semble que la science nomade soit plus sensible immédiatement à la connexion du contenu et de l'expression pour eux-mêmes, chacun de ces deux termes ayant forme et matière⁴⁴⁵.

La Révolution fixe, en France, nous l'avons vu, les conditions ontologiques, épistémologiques et institutionnelles d'épanouissement de la nouvelle médecine. Réunies et libérées de leurs corporations sclérosantes, les professions de l'art de guérir vont pouvoir se réunir et participer conjointement à l'émergence d'un savoir médical nouveau, en germe dans les initiatives de l'Ancien Régime, mais auquel manquait une réflexion ontologique et épistémologique capable de rendre crédible cette nouvelle médecine aux yeux de tous. Le développement des hôpitaux comme espaces d'accueil des malades et lieu de formation, le renouveau de l'enseignement vers le théorico-pratique et la clinique, la considération naissante de l'individu ouverte par la figure du citoyen, tout concordait pour voir se répandre la médecine nouvelle, l'anatomo-clinique que certains nomades avaient inaugurée. Déjà, l'anatomie pathologique de type morgagnienne était acceptée par tous comme science des altérations visibles que l'état de maladie produit dans les organes du corps humain. La lésion avait déjà changé de statut, puisque d'effet ou de cause de la maladie, elle en était devenue l'essence⁴⁴⁶. De même, comme nous l'avons vu, la clinique n'avait pas attendu la Révolution pour être pratiquée en France et notamment à Paris. Mais resté à unir les deux approches par un lien systématique.

L'induction analytique

L'anatomo-clinique de l'École de Paris s'affirme comme nouvelle médecine par le biais de l'analyse, mais non parce que cette méthode aurait permis l'avènement de l'anatomo-clinique. Nous avons vu, avec Othmar Keel contre Michel Foucault, que c'est plutôt dans les modèles étrangers de Morgagni, des Frères Hunters, d'Albrecht von Haller (1708-1777) ou de James Carmichael Smyth (1741-1821) qu'il faut chercher les véritables racines des travaux de Philippe Pinel ou de Bichat. Si l'analyse est mise en avant, revendiquée comme modèle, par exemple dans la fameuse *Nosographie* de Pinel qui a pour titre complet, *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*⁴⁴⁷, c'est parce qu'elle représente en tant que telle une rupture consommée avec

⁴⁴⁵ Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 457.

⁴⁴⁶ Bayle, G., 1812, « Anatomie pathologique », *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, Panckouke, vol. 2. p. 61-79, ici, p. 64.

⁴⁴⁷ Pinel, P., 1797, *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, Paris, De crapelet.

l'ancienne médecine et ses méthodes. À ce titre, Jacques Léonard a raison d'y voir « la première révolution médico-biologique »⁴⁴⁸ qui oriente la pensée médicale vers scientificité et la médecine expérimentale que magnifiera Claude Bernard (1813-1878).

Premièrement, la méthode analytique figure l'entrée de la méthodologie scientifique des sciences naturelles, l'assise mathématique de l'étude du monde, dans la médecine. À l'instar de ce que fait l'anatomie, l'analyse fonctionne par décomposition d'un tout en ses parties afin de mieux le comprendre et insiste sur la nécessaire comparaison entre les éléments observés.

[E]lle doit d'abord décomposer les apparences, disséquer les organes et les tissus, recenser les symptômes, passer en revue les circonstances [...] elle doit ensuite glisser des effets aux causes, classer les signes instructifs en fonction des analogies les plus courantes et des implications les plus fréquentes [...], comparer de manière différentielle les résultats des interventions thérapeutiques, etc.⁴⁴⁹.

L'analyse est avant tout une méthode anti-scolastique : elle refuse les classifications *a priori* et les systèmes *ex cathedra*, réclamant la liberté de critique et de recherche. Elle inaugure la critique et la réconciliation de l'empirisme et du rationalisme. En ce sens, elle est un pur produit des Lumières : elle est d'ailleurs décrite comme un enseignement de la nature elle-même. Étienne Bonnot de Condillac (1715-1780), habituellement considéré comme le père de l'analyse, parce que sous l'influence de son maître John Locke (1632-1704) et pour se démarquer de Descartes⁴⁵⁰, il fonde, dans sa *Logique*, la science sur la pierre de l'analyse, la décrit en ces termes : « Il suffira de continuer comme la nature nous a fait commencer ; c'est-à-dire, d'observer, et de mettre nos jugemens à l'épreuve de l'observation et de l'expérience »⁴⁵¹. Ainsi l'analyse est l'unique moyen humain d'acquérir des connaissances. L'*Analyse* est une méthode naturelle et en ce sens universelle :

Analyser n'est donc autre chose qu'observer dans un ordre successif les qualités d'un objet, afin de leur donner dans l'esprit l'ordre simultané dans lequel elles existent. C'est ce que la nature nous fait faire à tous⁴⁵².

L'Analyse condillacienne rompt explicitement avec la scolastique et la théorie aristotélécienne des quatre causes. L'accent est mis sur la notion de loi qui résume l'enchaînement causal. C'est la chaîne causale qui prime au-delà des distinctions de causes, car c'est elle qui unifie la maladie et permet de penser les relations symptomatiques dans le temps. L'important est que la chaîne causale n'ait pas de rupture et on peut alors parler d'une seule et même maladie. L'individuation nosologique passe désormais par la continuité causale au-delà de la multiplicité phénoménale disparate. Condillac avait déjà attaché l'analyse au déroulement causal : « on fait cette composition et cette décomposition en se conformant aux rapports qui sont entre les choses, comme principales et comme

⁴⁴⁸ Léonard, J., 1983a, « La pensée médicale », *Revue de synthèse*, IIIe S., n°109, janvier-mars, 1983, repris dans Léonard, J., 1992, *op. cit.*, p. 217-240, ici, p. 220-221.

⁴⁴⁹ *Ibid.*, p. 221.

⁴⁵⁰ L'abbé de Condillac reprend en partie la méthode cartésienne mais l'applique à l'ensemble des sciences tandis que Descartes l'avait réservée aux sciences exactes.

⁴⁵¹ Bonnot de Condillac, E., 1780, *La logique ou les premiers développemens de l'art de penser*, I, 1 ; repris dans Le Roy, G., (éd.), 1948, *Œuvres philosophiques*, Paris, Presses Universitaires de France, Tome XXXIII, vol. 2, p. 374.

⁴⁵² *Ibid.*, I, 2, p. 376.

subordonnées »⁴⁵³. La science est dans la mise en évidence des relations causales qui lient les phénomènes, dans les lois et non directement dans les causes. La rupture est consommée avec « l'étude des conditions générales et particulières, dans un esprit de synthèse »⁴⁵⁴ qui caractérise le néo-hippocratismes.

Si l'Analyse est revendiqué par les auteurs de l'École de Paris comme pierre d'achoppement d'un savoir médical proprement scientifique, c'est parce qu'elle fonctionne selon une induction synthétique apte à faire émerger des cas particuliers des lois générales :

Parce qu'on n'analyserait pas une campagne, si la vue ne l'embrassait pas toute entière, on n'analyserait pas sa pensée, si l'esprit ne l'embrassait pas toute entière également. Dans l'un ou l'autre cas, il faut tout voir à-la-fois⁴⁵⁵.

L'Analyse n'est pas, à proprement parler, une méthode analytique puisqu'elle fait appel à la synthèse. Grâce à elle, l'induction n'est plus controversée, elle devient un instrument essentiel et permet d'assurer la liaison entre l'observation des lésions par l'anatomopathologie et l'observation des signes vitaux par la clinique. Cette liaison que réalise l'analyse est au cœur de la démarche scientifique :

[Pour que les] faits aient quelques valeurs dans la question de la causalité, il faut d'abord prouver qu'ils n'ont pas simplement coïncidé avec les phénomènes morbides ; et, de plus, montrer les rapports qui existent entre eux et les phénomènes. C'est ce qui s'appelle proprement faire de la science⁴⁵⁶.

Autour d'une méthode commune d'observation qui permet ensuite la synthèse des éléments observés, l'anatomopathologie qui, basée sur la dissection, l'ouverture de cadavres, a pour but d'autopsier, c'est-à-dire de constater *post-mortem* les lésions anatomiques dues aux maladies, et ce, afin d'expérimenter les théories médicales, peut dialoguer avec la clinique comme observation sur le vivant des signes correspondants à ces lésions pathologiques. Ainsi, René-Théophile-Marie-Hyacinthe Laennec (1781-1826) dans la préface de la seconde édition de son célèbre *Traité sur l'auscultation médiate* de 1819, qu'il publie en 1826, peut-il décrire sans problème la méthodologie médicale selon la méthode anatomo-clinique :

1) distinguer sur le cadavre un cas pathologique, aux caractères physiques que présente l'altération des organes ; 2) le reconnaître sur le vivant, à des *signes* certains, et autant que possible, physiques et indépendants des symptômes, c'est-à-dire du trouble variable des actions vitales qui l'accompagnent ; 3) combattre la maladie par les moyens que l'expérience a montré être les plus efficaces⁴⁵⁷.

⁴⁵³ *Ibid.*

⁴⁵⁴ Léonard, J., 1983b, *op. cit.*, p. 219.

⁴⁵⁵ Bonnot de Condillac, E., 1780, *op. cit.*, p. 376.

⁴⁵⁶ Dubois d'Amiens, F., 1833, *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*, Paris, Deville Cavellin, p. 119-120.

⁴⁵⁷ Laennec, R., 1826, *Traité de l'Auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur*, Paris, J.-A. Brosson et J.-S. Chaudé, vol. 1, p. XXV.

Laennec est le représentant par excellence de l'anatomo-clinique de l'École de Paris. Formé par Corvisart à la clinique et par Gaspard Bayle (1774-1816) à l'anatomopathologie, il est l'image de la nouvelle médecine, notamment du fait de son « invention » du stéthoscope qui inaugure la médecine instrumentale moderne. Mais ce qui nous intéresse ici est qu'il manifeste le renversement qui s'est opéré dans la médecine française : la validation méthodologique du lien entre les observations de lésions physiques par l'anatomopathologie et l'observation de signes sur les malades vivants par la clinique. L'anatomopathologie s'accorde avec la clinique par le biais d'une conception inductive de la démarche médicale. Comme le rappelle Laennec dans la préface de son traité sur l'auscultation : « en transposant l'anatomie pathologique dans la médecine-pratique, il faut suivre le principe d'Hoffmann : *Nunquam aliquid magni facias, ex merà conjecturâ aut hypothesi* »⁴⁵⁸. L'esprit de la science moderne a bien envahi la médecine, ainsi Laennec peut-il affirmer que les seules preuves qu'il expose dans son ouvrage sont celles « que pourront facilement acquérir tous les médecins qui voudront répéter mes expériences »⁴⁵⁹. Les lois qui lient les atteintes organiques aux manifestations vivantes sont fondées sur la répétition de corrélations entre les deux types d'observation. À partir des observations, des lois générales de liaison du visible (signes cliniques) et de l'invisible (lésions pathologiques) sont induites.

Mais quel lien existe entre le visible et l'invisible, entre l'homme malade et le cadavre, entre le vivant et la mort? Telle est la difficile question à laquelle se confrontent les médecins de l'École de Paris et sans laquelle aucune anatomo-clinique épistémologiquement cohérente ne peut advenir. Car dans la méthodologie anatomo-clinique, si la lésion physique est en premier lieu, c'est bien, en dernier terme, l'altération des fonctions vitales, donc la lésion vitale, qui est au fondement, à l'essence même de la maladie. Les lésions physiques sont des effets, certes essentiels, mais des effets tout de même, de la maladie qui trouve son siège dans un dérangement des fonctions vitales. L'anatomie clinique demande donc pour se fonder une physiopathologie apte à mettre en lumière les lésions vitales qui sont seules les causes réelles de la maladie. Car l'anatomie pathologique ne sert qu'à connaître les lésions organiques. Restent les lésions vitales. Or, la maladie est la réunion des lésions vitales, dont les symptômes comme les lésions organiques ne sont que les effets. Il faut pour faire réellement communiquer la clinique et l'anatomopathologie que le vivant fasse corps avec la mort. Car l'anatomopathologie reste une médecine des morts qui a des difficultés à s'accorder avec la clinique des vivants :

C'est là la pierre d'achoppement des anatomo-pathologistes ; ils ne veulent croire que lorsque les preuves physiques ne restent pas dans le silence, il en résulte qu'ils font en effet la médecine la plus positive, mais la médecine du cadavre⁴⁶⁰.

L'anatomoclinique, pour s'imposer comme médecine des vivants, doit donc faire basculer épistémologiquement le champ de la vie et de la mort. Cela impose de comprendre l'apparition de la mort dans les éléments premiers de la vie et donc de constituer une physiopathologie, à l'instar de celle qu'avaient mise en place les frères Hunters, afin de

⁴⁵⁸ Laennec, R., 1819, *De l'Auscultation médiate*, Paris, J.-A. Brosson et J.-S. Chaudé, vol. 1, p. XXII.

⁴⁵⁹ *Ibid.*, p. XXVII.

⁴⁶⁰ Dubois d'Amiens, F., 1833, *op. cit.*, p. 399.

faire exister une réelle anatomoclinique épistémologiquement cohérente prolongeant et rectifiant l'anatomopathologie morgagnienne.

La notion de tissu

La constitution d'une physiopathologie exigeait de cerner la manière dont la morbidité gagne le vivant et ainsi la manière dont peuvent se former des lésions vitales. C'est ici que la notion de tissu s'impose. Si les lésions d'organes ne sont que des effets de lésions plus profondes, il faut changer d'échelle et passer de l'organe à ce qui le constitue pour comprendre leur mode d'affection. D'autant que l'on constate des altérations de type similaire mais sur des organes différents, ce qui a pour conséquence de compliquer inutilement la nosographie et de signifier plus clairement encore l'absence d'un lien systématique efficient.

L'étude des tissus ou membranes va permettre de résoudre cette question en mettant en lumière que les différents organes sont tous constitués de certains types de membranes et que deux organes pourtant éloignés peuvent donc être altérés de la même façon du fait de leur composition tissulaire similaire. C'est donc toute une anatomie générale qui se dévoile avec la notion de tissu, puisque l'organisme peut être repensé non en fonction de ses organes mais selon une carte tissulaire. Ainsi est-il possible d'admettre que toutes les membranes d'un même système ont une structure analogue et éprouvent des lésions analogues quelle que soit la région du corps où elles se trouvent. La maladie trouve son emplacement dans le corps, non du fait du lieu de l'organe, mais de la nature de la membrane (muqueuse ou séreuse). Le siège de la maladie se situe au niveau du tissu et non pas au niveau de l'organe, ce qui permet de distinguer de nouveaux types d'altérations et d'inflammations selon le type de tissu qu'elles atteignent. Ainsi les médecins peuvent comprendre pourquoi un organe peut être partiellement altéré, et surtout la manière dont se développe, dans cet organe, l'altération en question. Se développe ainsi une nouvelle conceptualisation du corps, une seconde spatialisation : l'idée du corps spatialisé selon une topographie laisse la place à un corps géométrique pensée sur le modèle de l'emplacement et de la relation. Nous pouvons expliciter cette conception nouvelle dans le *Traité des membranes* de Xavier Bichat.

Ainsi que l'a montré Othmar Keel, les idées de Xavier Bichat ne sont pas neuves. Le vitaliste montpelliérain Théophile de Bordeu (1722-1776) avait mis en place, en 1751, une anatomie générale fondée sur la notion de sensibilité. Pour lui, chaque organe d'un être vivant est sensible à sa manière et possède donc en quelque sorte une « vie propre ». La physiologie tissulaire expérimentale du Suisse Haller avait déjà tenté d'étudier et de différencier les propriétés des différentes parties du corps⁴⁶¹. William Hunter (et à sa suite Matthew Baillie (1761-1828)) avait, dans ses *Medical observations* de 1764, signalé que le siège de la maladie pouvait être au niveau du tissu et non de l'organe, déployant ainsi une physiopathologie tissulaire comparée. Enfin, l'écosais Smyth⁴⁶² avait eu l'idée de distinguer les phlegmasies selon la structure des membranes qu'elles affectaient. Il considérait, dans ses *Medical Commentaries* de 1793, l'inflammation comme le seul processus pathologique qui se diversifie selon les tissus. Ainsi, même si Bichat n'a pour

⁴⁶¹ Von Haller, A., 1757-1766, *Elementa physiologiae corporis humani*, Lausanne, Francisci Grasset, 8 vols.

⁴⁶² Keel, O., 1979, *La généalogie de l'histopathologie. Une révision déchirante. Philippe Pinel, lecteur discret de James Carmichael Smyth (1741-1821)*, Paris, Vrin.

mérite que de compiler avec brio⁴⁶³ les acquis de ces prédécesseurs, reste qu'il parvient à mettre en œuvre, dans un cadre épistémologique et ontologique cohérent, ces différentes idées et qu'il est surtout celui par qui s'impose cette physiopathologie tissulaire en France. C'est à ce titre, mais également parce qu'il adjoint à sa théorie physiologique une conceptualisation ontologique nouvelle dépassant les débats de l'Ancien Régime, que nous pouvons nous baser sur ces travaux pour expliciter cette nouvelle conceptualisation du corps qui assoit la positivité du savoir médical moderne.

L'ensemble des travaux de Bichat repose sur l'ontologie du vivant qu'il instaure à la base de son anatomie générale. Il tente d'organiser les fonctions du vivant, non à partir des organes qui les soutiennent, mais à partir d'elles-mêmes. Dès lors, c'est sur la notion de tissu qu'il se fixe : puisque chaque tissu a sa manière propre d'être affecté, on peut comprendre les maladies en comprenant l'altération des tissus qui les supportent. Dans son *Traité des membranes* de 1799, il indique déjà que la différence entre deux membranes (tissus), même éloignées, réside dans leur forme⁴⁶⁴, ce qui le conduit à distinguer les organes selon leur nature physiologique et non plus selon leur place dans l'organisme. Il propose donc de reconnaître les membranes similaires selon leur identité de « conformation extérieure, de structure, de propriétés et de fonctions »⁴⁶⁵, ce qui lui permet de respecter la variété des membranes qu'avait négligée Haller. Il distingue donc les membranes complexes des membranes simples, ces dernières se distinguant en trois classes : les membranes muqueuses, les membranes séreuses et enfin les membranes fibreuses. Ainsi est-il en mesure de reconstituer l'ensemble du corps sur la base de cette physiologie histologique. C'est ce qu'il fera dans ses ouvrages ultérieurs, notamment son *Anatomie générale* de 1801 et son *Anatomie descriptive* de 1801-1803. Les tissus simples sont les « éléments organisés de l'économie vivante » qui en se combinant forment les organes. La réunion des différents tissus en organe rend ceux-ci propres à remplir une fonction. La totalité de chaque tissu simple dans le corps est un système (système nerveux par exemple). Et c'est donc dans l'union d'éléments de plusieurs systèmes que se forme un organe. L'union de plusieurs organes concourant à une même fonction est appelée appareil (l'appareil digestif par exemple). Ainsi le corps humain est constitué selon une hiérarchie organisationnelle qui, des tissus aux appareils, en passant par les systèmes et les organes, rend compte de l'économie vivante autour d'un élément commun. De l'invisible tissu à l'appareil où s'opèrent les manifestations vitales visibles, chaque niveau possède sa propre organisation et inclut des éléments de l'organisation du niveau précédent, ce qui permet de faire dialoguer entre eux chaque niveau d'organisation dans une conception unitaire.

Ces travaux d'histologie permettent un rapprochement de l'anatomie et de la physiologie autour d'une même conception du vivant. Or, c'est bien le problème qui se posait à l'Ancien Régime, car si l'anatomie peut exister sans la physiologie, la physiologie elle ne peut se passer d'anatomie, au risque d'errer de système en système, selon les mots de Vicq d'Azyr dans son *Nouveau plan de constitution pour la médecine en France* de

⁴⁶³ Keel démontre que Bichat n'a fait qu'allier comme le disait déjà Flourens, avec brio, les découvertes et théories qui l'ont précédé (Keel, O., 2001, *op. cit.*, p. 363).

⁴⁶⁴ Bichat, X., 1799, *Traité des membranes en général et de diverses membranes en particulier*, Paris, Richard, Caille et Ravier, p. 5.

⁴⁶⁵ *Ibid.*

1790⁴⁶⁶. Il fallait donc pouvoir faire dialoguer le cadavre de l'anatomiste et le corps vivant du physiologiste, il fallait que l'étude des fonctions (physiologie) prenne pour outil l'étude des organes (anatomie), sans quoi la science médicale ne parviendrait pas à acquérir une positivité digne de celle que Newton donna à la physique. Or, l'association de ces deux sciences ne pouvait se faire qu'au prix du règlement du problème ontologique de l'Ancien Régime qu'est l'harmonisation d'une vision mécaniste et spatialisante du corps humain avec l'idée d'un principe vital organisateur qui ne pouvait plus trouver sa place dans le monde matériel mais qui devait bien se voir réintroduire en son sein pour forger enfin la science médicale de l'individu dont la Révolution avait assuré les conditions épistémologiques, ontologiques et institutionnelles⁴⁶⁷. Pour que les études anatomiques et physiologiques se croisent, il fallait donc repenser la notion de vivant elle-même. C'est ce à quoi s'attacha Bichat dans ses *Recherches physiologiques la vie et la mort* publiées en 1800.

Le couple vie/mort comme clé de voûte de la positivité du savoir médical

La théorie tissulaire devait s'asseoir sur une ontologie du vivant explicite afin d'assurer une cohérence épistémologique à la physiopathologie que demandait l'anatomoclinique comme lieu d'association pratique de l'anatomie (pathologique) et de la physiologie. Il fallait penser l'économie animale dans son ensemble afin de saisir la finalité qui qualifie la vie au sein même du vivant. Si, avec le vitalisme, l'idée selon laquelle le vivant est une matière organisée s'est répandue, le principe de cette organisation est encore inaccessible à la connaissance. L'approche de Bichat va permettre de saisir les rapports interorganiques totaux qui rendent possible la finalité du vivant, sa tendance à la conservation, à la stabilité et à la reproduction.

Les principes de cette compréhension sont posés dans la première partie des *Recherches* qui concerne la vie. Bichat distingue tout d'abord deux formes de vie. Si tous les vivants peuvent être rassemblés au sein de la vie organique, c'est-à-dire la succession habituelle d'assimilation et d'excrétion, les animaux se distinguent néanmoins des plantes par la possession d'une seconde classe de phénomènes vitaux qui leur permet de vivre non seulement en eux, mais au dehors d'eux. C'est ce que Bichat nomme la vie animale. Cette distinction permet à Bichat de préciser les conditions de vie des animaux et plus particulièrement des humains tout en assurant une ontologie globale du monde vivant. Mais pour comprendre l'articulation de ces deux vies et la mise en chantier épistémologique d'une science du vivant, il faut se reporter à la seconde partie des *Recherches* consacrée à la mort. Car, si l'anatomie générale fonde la science du vivant par la présentation de ces premiers principes, c'est à la physiologie que revient sa constitution comme science en rendant disponibles les outils et attitudes qui permettent à cet ensemble de principes d'être en prise sur les phénomènes réels et de donner lieu à une connaissance des processus en jeu.

⁴⁶⁶ Vicq d'Azyr, F., 1790, *Nouveau plan de constitution pour la médecine en France présenté à l'Assemblée nationale par la Société royale de médecine*, [en ligne, consulté le 25 octobre 2009], <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?07319>, p. 16.

⁴⁶⁷ Philippe Huneman fait remarquer que « la physiologie de Bichat manifeste comme la réintériorisation des changements de structure dans l'hôpital et la médecine [...] au sein d'une conception du vivant et de la mise en place d'un accès à son intelligibilité » (Huneman, P., 1998, *Bichat, la vie et la mort*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 86).

Or, l'ensemble de la physiologie de Bichat est construit à partir de l'expérimentation de la mort. Comme il l'avait indiqué dès la première page, la vie est désormais définie par rapport à la mort. C'est la célèbre définition de la vie qui inaugure les *Recherches* : « La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort »⁴⁶⁸. Si la vie est un principe de réaction contre la mort, c'est que la mort est le point d'ancrage de la physiologie.

L'association de la mort à un processus inhérent à la vie n'est pas chose nouvelle. Philippe Ariès⁴⁶⁹ explique que dès le XVI^e siècle, l'idée de mort progressive s'est inscrite dans les esprits. Le mécanisme assoit d'ailleurs cette conception par le biais de l'idée d'usure. Puis le vitalisme poursuit en montrant que si la vie est la somme des vies propres de plusieurs organes, la mort du corps entier ne peut être que la suite des morts d'organes particuliers, ou même, certains organes peuvent continuer à vivre après la mort de l'ensemble. L'idée de mort progressive du mécanisme est donc déjà réinterprétée par le vitalisme qui offre alors une place au nouveau concept de « mort apparente ». Bichat s'inscrit dans cette ligne de pensée mais y apporte des modifications radicales visant l'abandon définitif du dualisme vie/mort.

C'est à partir de sa distinction entre vie organique et vie animale qu'il précise la compréhension de la mort apparente et de la mortalité inhérente à la vie. Il constate un intervalle entre la mort de la vie organique, mort définitive et irréversible, et la mort de la vie animale. La distinction entre les propriétés vitales et les propriétés de tissus confortent cette idée d'une mort progressive. L'altération de tissus n'engage pas nécessairement l'altération des propriétés vitales et même si un organe « meurt », l'être vivant dans son ensemble ne meurt pas instantanément. Au contraire, la mort est le résultat d'un processus qui prend effet dans la mortalité de la vie animale. L'atteinte d'un organe annonce le processus mortifère, qui va se propager à d'autres organes pour finalement produire la mort de la vie organique. En situant le siège de la vie organique dans le cœur, de la vie animale dans le cerveau et en faisant des poumons l'organe d'articulation de ces deux formes de vie, Bichat va expliciter les différents types de dépendance qu'entretiennent les organes et les vies. Ainsi est-il possible de comprendre comment l'atteinte du cerveau n'engendre pas nécessairement la mort de la vie organique et à l'inverse comment un cadavre peut avoir encore des manifestations que l'on prend à tort pour des signes vitaux. C'est dans l'interconnexion des organes et des vies que se situe et se comprend la mortalité à l'œuvre dans la vie. Et, par renversement, c'est donc dans l'étude de cette mortalité à l'œuvre que peut se comprendre la vie elle-même. En les annulant, la mort met au jour les conditionnements interorganiques qui constituent la vie. Ainsi, une investigation de la vie organique est rendue possible par l'étude des processus de mort apparente de la vie animale.

Le savoir histologique ne pouvait en effet directement déboucher sur une physiologie générale, car les forces vitales dans un organe sont variables. Tandis que, dans la mort, l'enchaînement mortifère est invariant. Cet enchaînement de la mortalité, c'est l'invariant sur lequel une science du vivant peut se constituer, car il donne à voir, en négatif, les liens de dépendance entre les organes. Ainsi est levé l'obstacle épistémologique issu de la première partie des *Recherches* et du projet d'une physiologie vitaliste. L'anatomie comme

⁴⁶⁸ Bichat, X., 1800, *Recherches physiologiques la vie et la mort*, Paris, Bechet jeune et Gabon, 1822, 4^e édition, p. 2.

⁴⁶⁹ Ariès, P., 1977, *L'homme devant la mort*, Paris, Armand Colin.

étude des organes vient compléter la physiologie comme étude des fonctions afin d'établir, par le truchement de la mort et de l'expérimentation, une science du vivant individuel. Si les tissus sont caractérisés par des propriétés, c'est pour pouvoir entrer dans des enchaînements avec d'autres tissus, et par là accomplir des fonctions. L'étude expérimentale de la mort violente (syncopes, asphyxies, *etc.*) que mène Bichat sur des animaux lui permet de préciser le rôle de chaque organe et les enchaînements mortifères (l'arrêt du cœur arrête le cerveau et donc les poumons comme à l'inverse l'arrêt du cerveau engendre l'arrêt des poumons et donc du cœur) qui relèvent en négatif le fonctionnement normal de la vie. La circularité des phénomènes vitaux est affirmée à partir de leurs interdépendances. L'organicité du vivant explique sa circularité au sein d'un modèle global où les parties sont à la fois cause et effet du tout.

La physiologie générale qui accompagne cette ontologie du vivant résout le paradoxe du mécanisme et du vitalisme en réconciliant l'anatomie et la physiologie. Par le biais d'une physiopathologie histologique, c'est toute une science du normal et du pathologique de l'homme global qui apparaît au fondement d'une anatomoclinique trouvant son protocole dans la clinique anatomopathologique. La médecine entre dans la positivité si l'on entend sous ce terme le « moment à partir duquel une pratique discursive s'individualise et prend son autonomie »⁴⁷⁰. C'est donc l'ensemble des sciences médicales qui se trouve renouvelé dans un discours médical nouveau, système scientifique cohérent soutenu par une ambition anthropologique assumée : la création de l'individu médical, pendant de l'individu politique et social de la Révolution, deuxième face de l'individu disciplinaire constamment normalisé. Le discours médical trouve sa positivité et la profession médicale son statut de profession savante, dans un mouvement qui inaugure sa reconnaissance politique et publique et son devenir de profession consultante. En fabriquant un individu naturel proprement positif, la médecine offre au pouvoir politique un homme concret à gouverner et au public une espérance de vie à la naissance qui passe de 30 ans en 1770-1779 à plus de 38 ans en 1820-1829⁴⁷¹. Mais en donnant vie, par le truchement de la mort⁴⁷², à cet individu moderne, elle le marque définitivement du sceau de la négativité. La positivité de l'individu moderne reflète la négation inhérente de sa particularité. L'homme de l'anatomo-clinique est devenu individu en perdant sa qualité de sujet conscient, d'être de parole, de sens, de valeurs et d'histoire.

⁴⁷⁰ Foucault, M., 1969, *op. cit.*, p. 252.

⁴⁷¹ Léonard, J., 1981, *op. cit.*, p. 64.

⁴⁷² Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 200 : « de la mise en place de la mort dans la pensée médicale née une médecine qui se donne comme science de l'individu ».

L'INDIVIDU COMME FONCTION-SUJET

L'anthropologie physiologique de Bichat

En déplaçant la distinction du physique et du moral autour de l'articulation de la vie organique et de la vie animale, Bichat peut réintégrer les passions comme les actions de l'entendement au sein de la vie. Si les passions appartiennent entièrement à la vie organique, les actions de l'entendement relèvent elles de la vie animale⁴⁷³. La vie extérieure est ce qui assure à l'homme sa grandeur et qui « l'éloigne des attributs grossiers sous lesquels nous nous représentons la matière »⁴⁷⁴. Les arts, les sciences, l'industrie, la vie animale est le lieu du perfectionnement de l'homme, tandis que la vie organique lui assure un substrat parfait et invariant. Mais les deux vies communiquent et s'influencent mutuellement. Ainsi les passions si elles naissent et aboutissent dans la vie organique, elles ne sont pas indépendantes de la vie animale sur laquelle elles ont des effets. Ce sont d'ailleurs ces effets des passions sur la vie animale qui compose le caractère, ce coloris nuancé qui colore le dessin de nos actes extérieurs, mais qui, comme tout élément de la vie organique le fait de manière involontaire⁴⁷⁵, proprement inconsciente. Mais le fait que les deux vies fassent preuve de sensibilités, même si cette sensibilité leur est propre, assure le continuum vital, car les deux sensibilités sont d'une même nature et ne diffèrent que par degré. La sensibilité animale est plus forte que la sensibilité organique. La sensibilité est le caractère vital⁴⁷⁶ de tous les organes et donc le lieu commun de la vie organique et de la vie animale. Il y a une somme toujours égale de sensibilité allouée à l'individu et répartie selon son caractère et selon son histoire dans les différents organes. Chaque organe possède donc son propre « stock » de sensibilité, mais les organes internes en possèdent moins que les organes externes, ce qui explique leur fonctionnement inconscient. Ainsi l'éducation peut focaliser la vie de l'homme sur un organe, ce qui prive les autres de la ressource sensible ; à l'inverse, la maladie prive de sensibilité un organe et engendre donc un trop-plein dans d'autres.

En d'autres termes, l'individualité est un équilibre particulier des forces vitales réparties dans les organes en fonction du caractère comme de l'histoire de cet individu. La notion de sensibilité permet à Bichat de relier la vie en général et l'âme humaine comme sensibilité consciente. Les interactions conscientes de l'individu avec le monde et avec les autres sont ainsi envisagées comme un ensemble de processus physiologiques dont l'organisme garde la trace. Bichat déploie donc une anthropologie physiologique complète mais une anthropologie où l'historicité subjective est balayée par une historicité organique. L'histoire individuelle apparaît ici comme histoire naturelle de l'organisme humaine, des rapports entre les deux vies. L'histoire du vivant individuel se voit donc subsumée sous la fonction (au sens mathématique du terme) rendant compte de ses mouvements et déplacements. L'histoire de l'individu est une histoire physiologique de ses modifications et de ces normalisations. Sous la plume de Bichat, l'histoire de l'organisme individuel est réduite à la lutte de ses fonctions contre la mort, et c'est ce déplacement de l'historicité vers

⁴⁷³ Bichat, X., 1800, *op. cit.*, article 6, p. 65-98.

⁴⁷⁴ *Ibid.*, p. 67.

⁴⁷⁵ *Ibid.*, p. 98.

⁴⁷⁶ *Ibid.*, p. 113.

les structures générales du vivant qui assure sa réintégration dans la pensée spatialisante. Certes, le modèle de Bichat, en tant que relationnel et fonctionnel fait une place importante au temps, et relève d'une pensée plus « historique », que spatiale⁴⁷⁷, mais la temporalité comme histoire naturelle de l'homme permet un renforcement de la pensée spatialisante : Bichat fait entrer dans l'espace du corps la temporalité des relations entre les fonctions vitales. Ainsi est-il en mesure de penser la vie en termes d'espace, de coordonnées : il y a la vie intérieure « au-dedans de soi » qu'est la vie organique et la vie extérieure, la vie des relations avec le monde physique et avec les autres vivants qu'est la vie animale.

La pensée de Bichat détermine en effet le « rapport de l'homme à sa propre vie »⁴⁷⁸ et non le rapport de l'homme à lui-même. C'est d'ailleurs pour cette raison que Schopenhauer en fera l'éloge⁴⁷⁹, car il trouve dans la construction médico-philosophique de Bichat les racines de sa conception du Vouloir inconscient comme source de toute volonté réfléchie et consciente. La volonté consciente ne serait donc qu'une manifestation du vouloir essentiel qui est la chose en soi. L'anthropologie de Bichat soumet donc l'histoire individuelle, comme histoire du sujet conscient, à l'histoire naturelle de l'homme, ce qui lui permet de réintégrer l'individu dans le champ de la pensée spatialisante. Les organismes vivants qui relevaient d'une dynamique de type historique et ne parvenaient pas à être subsumés sous les lois de la mécanique et de la physique des êtres inorganiques, dont l'approche restait principalement géographique (au sens moderne du terme d'étude des espaces, incluant donc la géométrie), ont trouvé leurs lois, et celles-ci s'expriment dans le partage du normal et du pathologique.

Le déplacement que Bichat opère par rapport à l'anthropologie médicale de Cabanis en déplaçant la continuité du physique et du moral vers l'influence de la vie organique sur la vie animale, lui permet finalement d'asseoir l'individu sur la distinction du normal et du pathologique qui ouvre la voie d'une science médicale de l'individu. L'intrusion de la mort dans la vie comme phénomène qui constitue la vie en tant que résistance permet à Bichat d'établir une relation mesurable entre la persévérance de la vie et l'avancée du morbide. La mesure de la vie est « la différence qui existe entre l'effort des puissances, et celui de la résistance intérieure. L'excès des unes annonce sa faiblesse ; la prédominance de l'autre est l'indice de sa force »⁴⁸⁰. Les phénomènes physiologiques se rapportent aux propriétés vitales à l'état naturel tandis que les phénomènes pathologiques dérivent de leur augmentation, diminution ou altération. Et c'est dans les tissus que s'observent ces propriétés vitales. Ainsi, la pathologie tissulaire n'est qu'un dérivé de la physiologie tissulaire, et devient une physiopathologie tissulaire qui étudie les dérèglements de la physiologie. La connaissance du normal (de la vie) se réalise par le biais d'une étude de la mort en cours. Certes, la maladie comme état intermédiaire à la santé et la mort ne peut être imitée et donc expérimentée – et même si cela était le cas, cela n'apporterait rien puisque les lois vitales y sont modifiées – et c'est donc dans la mort, et principalement la mort violente que Bichat étudie le vivant. Néanmoins, les maladies comme phénomènes mortifère peuvent être envisagées désormais comme lieu d'analyse des lois normales. C'est

⁴⁷⁷ Laplantine, F., 1986, *op. cit.*, p. 281-285.

⁴⁷⁸ Huneman, P., 1998, *op. cit.*, p. 125.

⁴⁷⁹ Schopenhauer, A., 1844, *Le Monde comme volonté et comme représentation*, Paris, Presses Universitaires de France, 1966, Supplément XX au livre II, p. 970.

⁴⁸⁰ Huneman, P., 1998, *op. cit.*, p. 5.

finalement tout un déplacement de la conception de la maladie qui s'opère : en devenant « un état intermédiaire à la santé et à la mort », la maladie est intégrée à la vie à l'instar de la mortalité. Si la santé est équivalente à la vie comme libre réalisation des fonctions vitales et pleine possession de ses forces, la maladie en devient une variante. La santé et la maladie ne sont plus de natures différentes : il y a simplement un changement quantitatif (diminution ou augmentation ou altération) entre les deux et non plus un changement qualitatif (de nature). Cette réorganisation du couple maladie/santé va être conceptualisée par le philosophe Auguste Comte (1798-1857) sous le nom de « principe de Broussais ». Les maladies comme la santé sont des expressions de la vie : l'individu apparaît dans le grand partage de la modernité entre normal et pathologique où prime le normal. L'individu est pensé à l'aune de ses possibles modifications et l'équilibre spécifique des deux vies dans son organisme. Chaque individu sain représente en effet une modalité de la normalité comprise dans les limites de l'équilibre des sensibilités.

La complexification de la pensée spatialisante

La physiologie naît donc comme science autonome de l'individu sur la base de cette considération renouvelée du normal et du pathologique. En s'imposant comme anthropologie physiologique, la physiologie acquiert son autonomie de science naturelle de l'individu et inclut l'homme dans le monde acosmique. Mais cette réalisation implique un double déplacement.

Premièrement, en faisant de la physiologie une histoire naturelle de l'homme, une anthropologie physiologique comme « l'exploration de ce que la nature fait de l'homme »⁴⁸¹, Bichat engage la séparation de la physiologie et de la physique.

L'histoire des phénomènes dans lesquels les forces vitales ont leur type naturel nous mène, comme conséquence, à celle des phénomènes où ces forces sont altérées. Or dans les sciences physiques il n'y a que la première histoire : jamais la seconde ne se trouve⁴⁸².

C'est par la pathologie que les sciences du vivant se distinguent des sciences physiques, car seul le vivant peut s'altérer et s'épuiser. La physiologie prend *in fine* son sens, contre la physique, avec l'appui de l'Anthropologie comme science du normal et du pathologique. Bichat distingue l'étude du vivant (physiologie) de l'étude de la nature (physique) tout en lui assurant des fondements scientifiques aussi forts. En d'autres termes, Bichat fonde une science expérimentale de l'individu qui n'est plus partie de la science de la nature, tout en reprenant les méthodes (induction de lois générales) et protocoles (expérimentations multiples et comparatives). La circularité des fonctions organiques s'oppose à la linéarité de la nature matérielle, ce qui interdit à la physiologie d'être la simple prolongation de la physique. Ainsi, l'organisme peut être étudié dans son individualité à la fois parce qu'il s'oppose et se rapporte à son milieu. « Le physique en l'homme [est] de la nature, sans être de la physique »⁴⁸³. La science de la physique ne peut plus recouvrir l'étude du corps humain, mais l'étude de l'organisme peut néanmoins s'affirmer comme science de la

⁴⁸¹ Kant, E., 1798, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, Paris, Vrin, 2009, p. 83.

⁴⁸² Bichat, X., 1801, *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine*, Paris, Brosson, Gabon et Cie, p. LIV.

⁴⁸³ Foucault, M., 2009, « Introduction à l'Anthropologie de Kant », Kant, E., 1798, *op. cit.*, p. 11-79, ici, p. 71.

nature, une science naturelle de l'individu : « ce qui est pour *le* corps *le* physique » est désormais décollé de ce qui est « pour *les* corps, *la* physique »⁴⁸⁴.

À ce premier déplacement fait écho un autre qui témoigne de la nouvelle forme de problématisation de la pensée spatialisante lorsqu'elle atteint l'individu vivant. Dans le mouvement d'autonomisation de la physiologie sous la figure d'une anthropologie qui la distingue de la physique, la pensée spatialisante atteint l'individu mais en le reconfigurant. Loin d'être une reconnaissance du sujet qualitatif dans le monde acosmique, le développement d'une possible science de l'individu est au contraire une problématisation plus profonde du problème ontologique inhérent au paradigme spatialisant. Ce déplacement, condition de possibilité de la science de l'individu, conduit à diviser l'homme d'avec lui-même. Cette division, qui seule permet son intégration comme vivant individuel au grand chantier de connaissance et de maîtrise de l'espace matériel du monde, a pour corrélatif d'emporter avec elle « le secret de son individualité »⁴⁸⁵. L'individu médical moderne perd toute singularité au profit de la construction par le savoir médical de séries thérapeutiques et pathologiques de cas comparables.

L'individu comme cas

En effet, à l'instar de ce que réalise la pensée politique de la Révolution en incluant l'individu-citoyen dans le corps social, Bichat ne pouvait intégrer l'être humain individuel dans le vivant sans enfreindre quelque peu le modèle spatialisant. Jan Marejko⁴⁸⁶ montre en effet que pour faire cohabiter les deux idées apparemment contradictoires d'individualisme et de système, la République, tout comme la médecine anatomopathologique, a dû contrevenir aux règles du modèle cartésien en y important des éléments finalistes. Ainsi, tout comme Newton avait réintroduit de la finalité et du centre à sa physique en définissant un espace absolu, quasi-divin et, nous l'avons vu, un temps paradoxalement intemporel, Bichat se devait de proposer un individu non-individuel. C'est l'idée de cas qui s'impose avec la médecine anatomoclinique. Le cas est à la fois :

[...] un individu atteint d'une maladie, sujet d'une séquence d'évènements qui finalement donne lieu à une « histoire de cas » retracée au cours d'une leçon clinique, et un élément d'un ensemble de cas similaires sous un point de vue et dissimilaires sous d'autres (traitements, antécédents, opérations, etc.), c'est-à-dire une variation dans une population d'individus semblables⁴⁸⁷.

A l'instar du citoyen-individuel, tout à la fois individu autonome et membre d'un corps social le transcendant dans sa singularité, l'individu de la science médicale reste égal et abstrait. Ses particularités de sujet médical sont subsumées sous l'intérêt collectif de son cas comme exemple particulier d'un champ plus général du savoir médical. Le sujet est vidé de son contenu qualitatif et singulier pour n'en laisser qu'une carcasse décharnée, la fonction-sujet. Le modèle spatialisant de la clinique anatomique, qui favorise l'espace au profit de la temporalité et de l'historicité de la médecine hippocratique, inscrit le malade lui-même, espace observable de la maladie, dans un espace plus grand, celui de la

⁴⁸⁴ *Ibid.*

⁴⁸⁵ Huneman, P., 1998, *op. cit.*, p. 125.

⁴⁸⁶ Marejko, J., 1989, *op. cit.*, p. 29.

⁴⁸⁷ Huneman, P., 1998, *op. cit.*, p. 84-85.

communauté des vivants. C'est en ce sens qu'il n'est qu'un cas. Le malade est l'un des éléments de la vie biologique et du mal qui la ronge. Le cas n'existe qu'en fonction de la multitude des autres cas qui permet de le reconnaître comme cas individuel et de le traiter. Ainsi, Michel Foucault a raison d'associer le sujet de l'anatomoclinique au cas⁴⁸⁸, mais le maintien de la notion de sujet est problématique. Dans la clinique anatomique, le sujet humain est réduit à l'objectivité du cas accidentel de la maladie qui l'habite. En ce sens, il n'est qu'une fonction sans contenu : il est l'« être ou [le] principe actif susceptible de posséder des qualités ou d'effectuer des actes »⁴⁸⁹, mais pris indépendamment de ces qualités ou de ces actes. Dès lors, tout comme la parole singulière du citoyen n'avait finalement que peu d'impact sur la volonté générale⁴⁹⁰, de même la singularité du malade importe peu pour la médecine positive, ainsi que l'explique le changement de statut du symptôme. L'individu comme cas singulier cerné dans un diagnostic reposant sur des fréquences se substitue à l'individu particulier de l'art hippocratique de l'observation des symptômes. L'histoire du malade comme sujet individuel spécifique disparaît, avec le symptôme, au profit d'une étude de l'histoire du corps comme histoire naturelle de l'homme. Le corps individuel a certes trouvé alors son emplacement (et non plus son lieu) dans l'espace matériel et homogène de l'univers galiléen, permettant ainsi la fondation d'une science de l'individu, mais c'est au prix d'une disparition radicale de l'individu, de sa subjectivité du champ de la médecine. Seul ce déplacement permettait de dépasser l'interdit aristotélicien d'une science du particulier. C'est que l'individu visé par cette nouvelle science médicale n'est plus le sujet vivant particulier, mais un vivant individuel singulier qui annonce déjà sa disparition en tant qu'individu. En atteignant l'homme lui-même, la pensée spatialisante engendre l'effacement de toute signification vivante au profit d'une géométrie massive⁴⁹¹ qui emporte tout sur son passage, comme le regard clinique qui la soutient, elle « brûle les choses jusqu'à leur extrême vérité »⁴⁹². Et c'est premièrement le symptôme qui succombe à ce feu et avec lui l'ancienne médecine.

Conception anatomoclinique de la maladie : la fin du symptôme

L'ensemble du diagnostic clinique et de l'établissement d'une physiopathologie renouvelée inclut une diminution du rôle du symptôme, qui n'est plus qu'un effet corrélatif de la maladie, dans le champ médical. En rattachant la maladie à la lésion, Laennec assoit l'idée selon laquelle le symptôme n'est qu'un effet de la maladie. C'est le début du renversement de la médecine des symptômes telle que pratiquée par les hippocratiques. Les symptômes ne définissent plus la maladie, ils n'en sont que le reflet lointain. Le symptôme n'est que le signe visible d'une altération invisible sur le vivant. De ce fait, il ne caractérise plus la maladie ni dans son essence, ni dans sa reconnaissance, il est devenu, comme nous l'avons vu avec Laennec, un élément de confirmation de moins de la lésion que de l'altération corrélatrice des fonctions vitales. Le symptôme est désormais, comme le

⁴⁸⁸ Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 59 : « À l'hôpital, le malade est sujet de sa maladie ; c'est-à-dire qu'il s'agit d'un cas ».

⁴⁸⁹ Article « sujet », *TLFi*.

⁴⁹⁰ Rousseau, J.-J., 1762b, *op. cit.*, Livre II, chapitre 3, p. 66-67 : « Si, quand le peuple suffisamment informé délibère, les citoyens n'avaient aucune communication entre eux, du grand nombre de petites différences résulterait toujours la volonté générale ».

⁴⁹¹ Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 162.

⁴⁹² *Ibid.*, p. 121.

souligne à juste titre Foucault, un signe parmi d'autres signes⁴⁹³, n'ayant plus aucune prééminence dans le travail séméiologique d'interprétation. De plus, tous les signes cliniques ne sont plus que les manifestations d'un processus qui trouve sa manifestation première, sa nature dans l'altération physique. Le symptôme qui était au cœur de la médecine hippocratique est désormais un épiphénomène.

La clinique avait engagé cette relégation du symptôme. Comme retour au corps du malade dans son lit, mais également au corps du médecin dont les sens sont au centre de l'investigation clinique, la clinique développait une relation de corps à corps entre le médecin et le malade. Par l'auscultation, la palpation, la percussion ou la reconnaissance des odeurs, le corps médecin peut analyser le corps malade. Mais paradoxalement, ce retour à l'empirisme du corps est ce qui favorisa le détachement du symptôme des autres signes cliniques, car le symptôme devenait proprement ce signe qui se révèle de lui-même, qui ne nécessite pas d'examen pour advenir. Le symptôme, parole du corps malade qui s'exprime dans l'espoir d'une réponse, de l'ouverture d'un dialogue, est relégué au rang des obstacles à l'examen médical où le médecin va à la recherche des signes qui méritent une attention. Ce sont les signes repérés ou même créés par le médecin qui font sens, le symptôme n'est plus entendu comme une parole créatrice de sens. S'il conduit à la consultation, il n'est désormais plus indicateur de la maladie et ne demande donc plus de dialogue pour le comprendre, il devient le départ du monologue du médecin sur le corps. Le symptôme ne révèle plus la cause de la maladie, il n'est plus la voie d'accès à l'étiologie, mais devient simplement le signe d'un nécessaire commencement du travail du médecin. Il constitue, selon l'expression de Foucault, une « couche primaire indissociablement signifiante et signifiée »⁴⁹⁴, il est déchu de son rôle d'indicateur souverain, et très vite, il sera conduit à disparaître, du fait du développement des instruments de diagnostic et de la prophylaxie qui ne laisse plus de place au corps malade avant que le médecin se penche sur lui.

La médecine clinique s'accompagne en effet dans sa tâche d'observation du développement ou du renouveau de nombre d'instruments. Corvisart répandit la pratique de la percussion, reprise à Auenbrugger dont le livre de 1761 fut traduit par Corvisart en 1818. Laennec inventa le stéthoscope en 1816 et rédigea son célèbre traité en 1819 : *De l'auscultation médiate ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur*. Pierre Adolphe Piorry (1794-1879) inventa en 1826 le plessimètre et la percussion médiate. L'histologie accentue le besoin d'instruments puisque l'étude des tissus ne peut se faire qu'au microscope comme en témoigne l'étymologie de cette branche médicale : anatomie microscopique. Le sens n'est définitivement plus du côté du corps malade, mais du côté de l'analyse intellectuelle et technique du médecin. Le symptôme dans l'analyse est réduit au langage. Le langage n'est plus le moyen d'expression du symptôme, il en devient l'essence du fait même du rattachement du symptôme à un système sémiologique qui le dépasse (tout signe n'est pas symptôme bien que tout symptôme soit signe). Car les nouvelles modalités de perception appellent la création d'un langage nouveau apte à rendre compte des observations effectuées. C'est ainsi que Laennec dû développer, en parallèle de son auscultation médiate faite au stéthoscope, un catalogue nuancé des types de bruits entendus pour pouvoir rendre compte de ses observations et ainsi combler le hiatus entre la clinique et la pathologie.

⁴⁹³ *Ibid.*, p. 93.

⁴⁹⁴ *Ibid.*, p. 90.

C'est à cet égard qu'apparaît également l'importance de l'unification des poids et des mesures mise en place à la Révolution qui aboutit à l'application, par une loi consulaire de 1799, à l'application du système métrique décimal à compter du 23 septembre 1801. Le langage mathématique fait son entrée dans la médecine qui peut désormais suivre la voie de la physique pour la transcription en langage mathématique de la réalité des corps vivants. La méthode numérique rapidement instaurée tente alors de remplacer le « sens clinique » trop proche du « flair » des empiristes. Philippe Pinel⁴⁹⁵, Pierre-Charles Alexandre Louis (1787-1872)⁴⁹⁶, Louis Villermé (1792-1863)⁴⁹⁷, Louis-Adolphe Bertillon (1821-1883)⁴⁹⁸, ou le polytechnicien Jules Gavarret (1809-1890)⁴⁹⁹ participent à l'établissement de cette méthode de recueil et de traitement des données cliniques et anatomopathologiques, qui étudie les symptômes selon leur fréquence et leur répétition. Les mathématiques permettent de fixer la nature de l'homme moyen, et ainsi de favoriser l'apparition de la configuration nouvelle du normal et du pathologique qui marque la médecine anatomoclinique. C'est par le biais de l'adoption du langage mathématique en clinique que se joue le passage de la maîtrise des espaces, de la multiplicité des corps, des populations, à la maîtrise progressive de l'organisme individuel.

Le symptôme sort du champ du *logos*, car le langage change de forme. Le langage était alors la première ébauche d'un ordre dans les représentations du monde. Mais avec le XIX^e siècle, le langage devient lui-même objet de connaissance. Ce qui renforce l'extériorité de celui qui parle. La loi du discours se détache de la représentation : le symptôme n'exprime plus rien, il ne représente pas une plainte, il est devenu le commencement absolu du langage médical. Le travail du médecin est maintenant un effort de description où

Décrire, c'est suivre l'ordonnance des manifestations, mais c'est suivre aussi la séquence intelligible de leur genèse ; c'est voir et savoir en même temps, parce qu'en disant ce qu'on voit, on l'intègre spontanément au savoir ; c'est aussi apprendre à voir puisque c'est donner la clef d'un langage qui maîtrise le visible⁵⁰⁰.

Le regard anatomoclinique est donc un regard de surface cherchant dans les concomitances visibles la trace de la maladie. La clinique met l'accent sur le visible face au dicible, et retourne autrement dit, la perspective de l'Ancien Régime où le dicible prévalait sur le visible qui ne consistait qu'à retrouver dans le visible le déjà-dit de la maladie. Avec l'anatomoclinique, le visible devient énonçable pour lui-même, entièrement visible car entièrement énonçable⁵⁰¹. Cette articulation du voir et du dire se renforce avec l'extension du visible à des domaines habituellement invisibles. En fixant le regard sur la lésion,

⁴⁹⁵ Pinel, P., 1807, « Résultats d'observations et constructions des tables pour servir à déterminer le degré de probabilités de la guérison des aliénés », *Mémoires de la classe des sciences mathématiques et physiques de l'Institut national de France*, Paris, Baudouin, p. 169-205.

⁴⁹⁶ Louis, P. C. A., 1835, *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*, Paris, J.-B. Baillière.

⁴⁹⁷ Villermé, L. R., 1839, « De la santé des ouvriers employés dans les fabrications de soie, de coton et de laine », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, tome XXI, 2^e partie, p. 338-420.

⁴⁹⁸ Bertillon, L. A., 1857, *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine, précédées d'un essai sur la méthode statistique appliquée à l'étude de l'homme*, Paris, Masson.

⁴⁹⁹ Gavarret, J., 1840, *Principes généraux de statistique médicale*, Paris, Béché Jeune & Labé.

⁵⁰⁰ Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 115.

⁵⁰¹ *Ibid.*, p. 116.

l'anatomopathologie donne en effet la prééminence à l'invisible. Le regard entre dans les profondeurs du corps, dans cet « espace qu'il s'est donné pour tâche de parcourir »⁵⁰². La maladie n'est plus de surface mais s'inscrit dans la profondeur et la matérialité du corps, la maladie coïncide avec l'espace du corps :

[...] elle est un ensemble de formes et de déformations, de figures, d'accidents, d'éléments déplacés, détruits ou modifiés qui s'enchainent les uns aux autres selon une géographie qu'on peut suivre pas à pas⁵⁰³.

L'individu au corps transparent

Ainsi, avec la parole, c'est le corps même de l'individu comme sujet vivant qui s'efface au profit du nouvel individu disciplinaire de la science. L'individu constitué par la pensée spatialisante n'a ni intériorité subjective, ni corps. C'est que l'anatomoclinique repose plus sur l'anatomopathologie que sur la clinique, plus sur l'expérimentation de la mort que sur l'observation du vivant. Le corps vivant commence donc à se dissiper derrière un regard médical dont la cible est la mort en cours, la pathologie. « La nuit vivante se dissipe à la clarté de la mort »⁵⁰⁴ comme l'a magnifiquement résumé Michel Foucault. Le corps vivant, comme l'individu, n'est plus que le voile que le médecin doit soulever pour cerner, en transparence, la pathologie. Le regard clinique en restaurant une « coïncidence exacte du “corps” de la maladie et du corps de l'homme malade »⁵⁰⁵ conduit à l'utilisation du corps malade comme un média pour l'herméneutique nécessaire à l'identification de la maladie. Avec l'anatomoclinique, le corps malade individuel devient l'accident de sa maladie, son exposition matérielle, sa déclinaison particulière, et c'est en ce sens que le symptôme perdait sa suprématie au profit du signe. À l'instar d'un cryptogramme, le corps est alors considéré comme un ensemble de signes masquant la nature de la maladie qui l'habite. Le regard du médecin doit donc savoir utiliser ce corps à son profit : dépasser sa matérialité afin d'atteindre le niveau herméneutique des signes qui permettrait une lecture de la maladie que le malade ne fait qu'exemplifier.

Le médecin n'est plus confronté à un espace plat duquel il doit faire émerger des significations, il est désormais plongé dans l'étendue tridimensionnelle du corps au sein de laquelle il doit fixer son regard sur des volumes⁵⁰⁶. L'espace du corps est entièrement strié au profit de la guerre contre la maladie. Car le corps est devenu l'environnement de la maladie dans lequel le médecin clinicien moderne peut observer cette maladie vivre. La maladie ne fait plus sens, elle n'implique plus une direction ou une signification extérieure au corps vivant/mourant. Elle est intégrée, par le truchement de la mort, à l'espace clos du corps, et par là même, à l'espace infini mais clôturé sur la matière de l'ontologie acosmique. La conception anatomoclinique de la maladie où la lésion n'est ni cause, ni conséquence de la maladie, mais son essence est ce moment où le corps malade, mort comme vivant, devient le lieu d'observation de la maladie. Le monde médical hippocratique organisé sur le visible et les manifestations symptomatiques localisées s'efface dans une configuration générale du savoir et de la maladie où l'étendue du corps et

⁵⁰² *Ibid.*, p. 138.

⁵⁰³ *Ibid.*

⁵⁰⁴ *Ibid.*, p. 149.

⁵⁰⁵ *Ibid.*, p. 1.

⁵⁰⁶ *Ibid.*, p. 166.

la profondeur de ses strates tissulaires valent comme unique environnement. L'invisible du corps, devenu visible par l'anatomie pathologique, dissout le symptôme et donc la relation extériorisée d'un corps souffrant à un corps savant, dans la relation de la vie à la mort, d'un regard brulant à un corps mourant. Ainsi, avec l'apparition du regard anatomo-clinique, la transparence du corps et de l'individu s'impose comme un critère de progression de la maladie dans sa lutte contre les maladies, comme une condition de sa scientification.

La spatialisation de l'individu, à travers la tridimensionnalisation transparente de son corps et la naturalisation de son histoire individuelle, solidifie et spatialise la maladie par le biais de ce nouveau regard médical qui « à lui seul, domine tout le champ du savoir possible »⁵⁰⁷. Le savoir médical a pris la forme du savoir spatialisant, c'est-à-dire un savoir entièrement iconique qui rend compte d'une image qu'il a lui-même produite. C'est en ce sens que l'individu médical moderne, du corps à l'âme, est un individu fictif produit par la discipline en vue de sa connaissance et de sa maîtrise. C'est toute la problématique disciplinaire de la Révolution qui prend forme scientifique. Tout comme le citoyen, individu abstrait, se devait d'être transparent, égal, non singulier, et ce au profit de la force de la collectivité, le corps vivant perd ici sa particularité au profit d'une individualité qui participe au renforcement du savoir sur le vivant en général. Ainsi, le schéma panoptique de la discipline assure ici la majoration du pouvoir et du savoir médical tout comme il le fera avec l'éducation, le productif ou le punitif⁵⁰⁸.

L'individu disciplinaire et la fonction-sujet

La discipline est au cœur de la compréhension de la médecine moderne et de l'importance de la Révolution dans son avènement. Car c'est bien dans l'avènement d'un pouvoir de type disciplinaire avec la Révolution que se déploie la médecine comme savoir disciplinaire de l'individu. Au croisement de la pensée politique et sociale de la Révolution et de la pensée médico-philosophique de l'anatomo-clinique, naît une anthropologie de l'homme nouveau, l'homme disciplinaire dont le corps militaire fut le laboratoire⁵⁰⁹.

Le pouvoir disciplinaire a pour effet majeur « le remaniement en profondeur des rapports entre la singularité somatique, le sujet et l'individu »⁵¹⁰. La discipline fabrique l'individu moderne au croisement du corps social de la politique et du corps vivant de la physiologie en lui assurant une « subjectivité » nouvelle : la fonction-sujet.

C'est parce que le corps a été « subjectivisé », c'est-à-dire que la fonction-sujet s'est fixée sur lui, c'est parce qu'il a été psychologisé, parce qu'il a été normalisé ; c'est à cause de cela que quelque chose comme l'individu est apparu, à propos de quoi on peut parler, on peut tenir des discours, on peut essayer de fonder des sciences⁵¹¹.

L'événement de la médecine positive et de la Révolution est la constitution du sujet moderne comme fonction-sujet disciplinaire. Il faut ici entendre le terme de fonction en son sens mathématique, qui a depuis envahi le monde biologique et social⁵¹², c'est-à-dire la

⁵⁰⁷ *Ibid.*, p. 171.

⁵⁰⁸ Foucault, M., 1975a, *op. cit.*, p. 240-241.

⁵⁰⁹ Ehrenberg, A., 1993, *op. cit.*, p. 18.

⁵¹⁰ Foucault, M., 2003, *op. cit.*, p. 56.

⁵¹¹ *Ibid.*, p. 58.

⁵¹² Article « Fonction », *TLFi*.

« relation constante entre deux ou plusieurs variables, telle qu'à toute modification de valeur de l'une correspond régulièrement un changement de valeur des autres ». La fonction rend compte de l'activité d'un élément (le tissu, l'organe ou l'être humain) par rapport à un ensemble plus vaste dans lequel il s'inscrit. Ainsi la fonction-sujet « citoyen » est cette qualité d'agir en fonction de la loi comme émanation de la volonté générale, tout comme la fonction-sujet « vivant » est cette qualité d'agir selon la loi vitale comme émanation de la vie elle-même. La fonction-sujet, en grammaire, se distingue du sujet qui donne contenu à cette fonction. C'est à ce titre que l'individu-cas comme l'individu-citoyen est « l'individu abstrait, à la fois au-delà et en deçà de toutes les déterminations économiques, sociales ou culturelles qui le font riche ou pauvre, intelligent ou demeuré : il figure l'*homme égal* »⁵¹³. L'homme nouveau est un cas, un exemplaire particulier, d'une composante universelle, autrement dit, un universel concret. Le citoyen est Monsieur tout le monde⁵¹⁴, l'individu vivant est un exemple de la vie.

Mais pour que la discipline s'émancipe, il lui fallait l'appui d'une philosophie pour penser cette fonction-sujet et notamment la penser comme objet d'une connaissance rigoureuse. La conséquence de la médecine anatomo-clinique est en effet de modifier « la disposition plus générale du savoir qui détermine les positions réciproques et le jeu mutuel de celui qui doit connaître et de ce qui est à connaître »⁵¹⁵. Il revient donc à une philosophie, comme « élément d'universalité par rapport auquel se situe toujours la particularité de l'ordre médical »⁵¹⁶ de statuer sur la fonction-sujet et par là même de produire un modèle anthropologique nouveau où l'homme peut se saisir comme objet d'une connaissance où il est fonction-sujet. Cette philosophie ne pourra être que transcendantale au sens où la fonction-sujet ne dépend pas de l'expérience.

⁵¹³ Rosanvallon, P., 1992, *op. cit.*, p. 87-88.

⁵¹⁴ C'est en ce sens que l'usage du terme citoyen remplace celui de « Monsieur ». Voir à ce propos l'article « citoyen » du *TLFi*.

⁵¹⁵ Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 139.

⁵¹⁶ Foucault, M., 2009, *op. cit.*, p. 30 : « La philosophie est l'élément d'universalité par rapport auquel se situe toujours la particularité de l'ordre médical ».

LA PHILOSOPHIE TRANSCENDANTALE AU SECOURS DE LA PENSÉE MÉDICALE

Emmanuel Kant (1724-1804) est au cœur de renversement de la philosophie comme philosophie transcendantale, c'est-à-dire pensée critique de la connaissance *a priori*, indépendante de l'expérience. Son œuvre qui a, à la fois, côtoyée la Révolution française⁵¹⁷ et la médecine physiologique de son temps⁵¹⁸ s'impose ici comme incontournable. De la *Critique de la raison pure* où il énonce sa conception du sujet comme fonction à l'*Anthropologie d'un point de vue pragmatique* où il la confronte à l'empirisme médical, nous pouvons suivre à ses côtés la fondation philosophique de l'anthropologie de l'individu disciplinaire.

Le sujet transcendantal comme figure de la fonction-sujet

Dans sa *Critique de la raison pure*, publiée pour la première fois en 1781, Kant se propose de refonder l'ensemble de la théorie de la connaissance en explicitant les conditions de possibilités. Le sujet transcendantal est l'une de ces conditions de possibilités : il est le sujet auquel se rapportent les prédicats. Il n'a aucune portée ontologique, mais est pensé comme un *a priori* nécessaire à la connaissance. Il n'est qu'une fonction logique rendant compte de la forme de la pensée elle-même. Le sujet transcendantal « n'est rien d'autre que le nom de la transcendance elle-même »⁵¹⁹ ; comme sujet des catégories, il n'est que la construction nécessitée par l'objet qu'il qualifie en tant qu'objet en général (objet transcendantal). Dès lors, le sujet n'est ici que le pur artefact logique de l'objet⁵²⁰. L'existence du sujet transcendantal tient simplement à la nature de la pensée qui est d'unir des représentations dans une conscience, mais la conscience ici n'est qu'une idée d'identité qui tient à la nature de la logique elle-même. La thèse du sujet transcendantal apparaît donc comme une tautologie⁵²¹, mais une tautologie qui fonde logiquement la connaissance. Le sujet transcendantal ne fait que dire le rapport à l'objet dans la connaissance, il est le sujet du jugement en tant que celui-ci qualifie l'objet comme objet. Le *je pense* comme sujet transcendantal n'est que l'essence du jugement en général. En ce sens, il n'est pas. Selon le vocabulaire kantien, l'être est en effet réduit à une catégorie de l'objet, or, le sujet transcendantal n'est pas un objet. Il accompagne seulement l'expérience c'est-à-dire le fait de la donation, mais en tant que transcendantal il est nul de donation et par-là même lui est retiré toute valeur ontologique. Mais rien n'autorise à en faire un objet, l'objet « sujet ». Le sujet transcendantal n'est pas un objet, il est inconnaissable, nous ne pouvons que connaître les prédicats qui l'impliquent en tant que fonction. « Le *Je pense* est posé comme un en-soi, sans parvenir à s'atteindre pour soi. Le *Je pense* ne peut se connaître Moi »⁵²². Dans le *je pense*, je ne peux me penser que comme

⁵¹⁷ Tosel, A., 1988, *op. cit.*

⁵¹⁸ Witt, E., 2005, « Du mécanisme à l'organisme. Une comparaison des conceptions du vivant chez Albrecht von Haller et Emmanuel Kant », Theis, R., Sosoe, L., (éds.), 2005, *Les sources de la philosophie kantienne. XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Vrin, p. 369-378.

⁵¹⁹ Benoist, J., 1996, *Kant et les limites de la synthèse. Le sujet sensible*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 89.

⁵²⁰ *Ibid.*, p. 90.

⁵²¹ *Ibid.*, p. 83.

⁵²² Canguilhem, G., 1967, « Mort de l'homme ou épuisement du cogito », *Critique*, 242, p. 599-618, ici, p. 615.

n'importe quel autre objet en général. Le je pense ne peut connaître que le moi empirique, mais dans cette connaissance *a posteriori*, le sujet se reconnaît néanmoins comme sujet transcendantal.

Le fait que la conscience de soi ne soit pas connaissance de soi marque en fait la distinction de Kant avec la métaphysique cartésienne. En effet, le *cogito* cartésien faisait du doute le moyen pour le sujet connaissant de se connaître en tant qu'objet, objet « sujet » apte à refonder l'ensemble de la connaissance. Or, cette « psychologie rationnelle » où la conscience de soi vaut pour connaissance de soi est l'ennemi premier de Kant qui y voit une métaphysique idéaliste contre laquelle l'ensemble de la philosophie transcendantale se fonde. Le premier geste de Kant, dans les paralogismes, est de dénoncer cette croyance en une possible connaissance du sujet comme objet en la qualifiant d'illusion. Illusion nécessaire de la raison, mais illusion néanmoins. Le sujet a conscience de lui-même, mais non comme une substance, comme un être et donc un objet. L'attribution d'un statut ontologique au moi perçu dans la réflexivité consciente relève d'un mésusage de la raison, d'une illusion fondamentale.

Mais que Je, moi qui pense, doive toujours dans la pensée avoir la valeur de *sujet*, de quelque chose qui ne puisse pas être considéré simplement comme prédicat attaché à la pensée, c'est là une proposition apodictique et même *identique* ; mais elle ne signifie pas que je suis, comme *objet*, un être *subsistant* par moi-même ou une *substance*⁵²³.

Mais ce rejet de la substantialisation du moi, n'est pas pour autant un rejet de l'existence du moi comme être pensant. La conscience ne peut simplement pas être considérée comme un étant conscient. Mais l'individu conscient peut pourtant se réclamer d'une conscience. Kant poursuit bien en un sens, même en le vidant de son contenu ontologique et substantiel, le geste cartésien de penser le sujet dans son rapport à l'objet⁵²⁴. Le *Je* ne peut se donner à lui-même le statut d'objet. Pour autant, Kant ne peut nier une forme de réflexivité : il y a bien une évidence empirique de la capacité du sujet à être conscient de lui-même. Le sujet connaissant ne peut faire l'objet, en tant que sujet connaissant, de sa propre connaissance, mais le sujet connaissant se fait jour, comme sujet transcendantal dans l'existence empirique du moi conscient.

La synthèse du sujet sensible

Bien qu'un gouffre ontologique sépare le sujet transcendantal, en tant qu'il est personne et donc moi pur, du sujet empirique, pour autant le *je pense*, dans l'acte concret de se penser, se pense comme conscience. Le *je pense*, en tant qu'aperception transcendantale, participe en fait du moi empirique comme du moi pur.

Dans le *je pense*, je me saisis comme moi empirique, et dès lors comme n'importe quel autre objet en général. Autrement dit, je me saisis comme un autre objet déterminé dans son divers empirique, mais également et surtout, comme généralité de l'objet qui est

⁵²³ Kant, E., 1787, *Critique de la raison pure*, Gallimard, Folio essais, 1980, trad. fr. J. Barni, A. J.-L., Delamarre, F. Marty, B 407, p. 358.

⁵²⁴ L'expérience du « morceau de cire » que Descartes rapporte dans sa *Seconde méditation* vise bien à fournir au sujet un objet à partir duquel se penser comme sujet pensant (Descartes, R., 1647a, *Méditations sur la philosophie première*, Paris, la veuve Camusat et Pierre le Petit, Descartes, R., 1953, *op. cit.*, 257-547, ici, p. 279-283).

de faire intervenir, comme prédicat, un sujet. Ainsi, bien que je ne me saisisse que comme chose, comme objet, dans cette saisie elle-même, je m'apparais néanmoins à moi-même comme le sujet tel qu'il est affecté par lui-même. L'autoaffectation de l'esprit dans la saisie de lui-même en tant que *n'importe quel objet* explique que dans le *je pense*, je me saisisse à la fois de moi comme objet et de moi comme sujet. Il y a bien, comme le précise Pascal Dupond « une trace que le Moi pur laisse de lui-même au moment où il se retourne sur lui-même pour se saisir, se manque (puisqu'il est pur acte) et ne trouve entre ses mains que l'objet du sens interne »⁵²⁵. Ainsi, dans le *je pense*, le Moi pur, comme acte de synthèse de l'aperception transcendantale, se meut en Moi empirique et peut dès lors se saisir comme objet dans le mouvement même de sa synthèse. Mais cette objectivation n'épuise pas la subjectivité transcendantale et ainsi se maintient dans l'acte de donation qui détermine l'objet comme objet, une figure du sujet transcendantal.

Toutes les représentations sont pour Kant relatives au sens interne, puisque nous en sommes conscients, mais en elles se distinguent celles qui relèvent du sens externe (représentations des objets en dehors de nous), celles qui relèvent uniquement du sens interne (conscience de l'esprit quand il se représente en général quelque chose). Le sens interne désigne donc tantôt la sensibilité en général (réception des représentations dans l'esprit), tantôt la sensibilité comme attention de l'esprit à son propre état, qui se distingue de la sensibilité externe comme ouverture sensible de l'esprit aux objets dans l'espace hors de lui. Ainsi, lorsque le sens externe présente des représentations à mon esprit, ce dernier déploie une certaine activité pour s'approprier ce divers, or ce travail d'appropriation affecte mon esprit et le fait donc apparaître comme objet du sens interne. Dans le mouvement de saisie d'un objet quelconque, l'esprit se fait toujours déjà objet de sa propre attention, sans quoi la détermination de l'objet ne serait pas consciente. Il y aurait donc une auto-affectation de l'esprit qui permettrait d'envisager que nous puissions être l'objet de notre propre intuition. Ainsi, je peux me penser comme être pensant dans la mesure où je me pense comme *n'importe quel objet* en général et ce dans l'acte même de la donation d'objectivité qui constitue l'objet. On comprend ici que le *je pense* peut être envisagé comme un être pensant parce qu'il est une substance non plus ontologique, mais logique. Le *je pense* comme donation de l'objectivité, exprime en fait l'être même de la subjectivité, c'est-à-dire la nécessité d'un sujet comme fonction transcendantale pour faire émerger un prédicat grammatical. C'est la toute la théorie du schématisme transcendantal⁵²⁶ selon laquelle l'unité synthétique de l'aperception serait le temps propre de l'être (ce que Heidegger identifiera comme le Dasein) à partir duquel pourrait s'envisager l'unification hors du temps par la conscience du divers sensible qui se fait jour dans le temps. Même s'il est possible, comme le montre Jocelyn Benoist⁵²⁷ de critiquer cette primauté noétique du temps dans le schématisme, il n'empêche qu'il est possible de comprendre que ce qui affecte comme tel est forcément rapporté à moi, en tant que c'est moi qui suis affecté. « Nous sommes affectés "par" des objets et cette affection nous fait apparaître à nous-

⁵²⁵ Dupond, P., 2006, « La question du sujet dans la philosophie kantienne », *Philopsis*, [en ligne, consulté le 10 janvier 2011] <http://www.philopsis.fr/spip.php?article143>, p. 4.

⁵²⁶ Kant, E., 1787, *op. cit.*, A 138, p. 191 : « Il est évident qu'il doit y avoir un troisième terme qui soit homogène, d'un côté à la catégorie, et de l'autre au phénomène, et qui rende possible l'application de la première au second. Cette représentation intermédiaire doit être pure (sans aucun élément empirique) et pourtant il faut qu'elle soit d'un côté intellectuelle, et de l'autre sensible. Tel est le schème transcendantal ».

⁵²⁷ Benoist, J., 1996, *op. cit.*, p. 142-158.

mêmes comme étant affectés »⁵²⁸. Le moi, à partir du moment où l'affection est toujours-déjà affection de mon moi, est précisément ce que j'éprouve dans l'affection, en tant que je ne considère plus l'objet, mais l'affection elle-même. Ainsi, comme le résume Kant, « Je suis conscient de moi-même constitue une pensée qui contient déjà un double moi, le moi comme sujet et le moi comme objet »⁵²⁹, mais ces deux moi ne sont pas indépendants l'un de l'autre.

Au contraire, cette double saisie du moi dans le *je pense* n'est possible que parce que l'aperception appartient au champ du transcendantal, un domaine où la laquelle la distinction objet-sujet n'existe pas. En tant que source de la transcendance, l'aperception transcendantale précède la distinction objet-sujet, en ce sens, elle peut participer tant au Moi pur qu'au Moi empirique et ainsi organiser, dans une auto-affection de l'esprit qui se produit à la frontière de la réceptivité et de la spontanéité, l'association du moi sujet et du moi objet dans un même être pensant. Le mode de l'affection, c'est la sensibilité/réceptivité, mais ce en quoi elle se fonde c'est la donation, comme forme de l'objectivité⁵³⁰. Par le biais de l'unité synthétique de l'aperception, qui est synthèse transcendantale, la subjectivité est pensée comme pure transcendance dans le mouvement même qui sauve l'être pensant de la dualité. Comme le résume Pascal Dupond, « si la subjectivité se dérobe à toute objectivation, c'est au sens où elle est la dimension de l'obstacle ou de l'objectivité, l'ouverture de la dimension où des objets peuvent venir à notre rencontre et entrer dans l'expérience »⁵³¹. Ainsi, le *je pense* qui se penche sur lui-même, tout en retrouvant le moi empirique comme objet, exprime le moi pur, c'est-à-dire non l'être que je suis, mais l'être même. Le *je pense* est l'expression de l'ouverture de l'être au monde puisque seule l'existence d'objets extérieurs en dehors de moi autorise la détermination de mon existence dans le temps. « [L]'objet "m'affecte" mais l'affection elle-même n'est rien de l'objet, et c'est précisément elle que je reçois, ou plutôt que la réceptivité reçoit comme je »⁵³². La sensibilité est le cœur du sujet en tant que celui-ci est ce reste de la représentation en tant que rapport à l'objet qui ne peut entièrement se résoudre dans l'objet. C'est pour cela que le sujet s'apparaît toujours essentiellement à lui-même comme sensation au sens de la dimension non objective (mais qui ne prend son sens que dans le rapport à l'objet) de la représentation.

Ainsi la démarche kantienne revient bien à voir comment le sensible est sujet et non comment rendre sensible le sujet transcendantal. Telle est la révolution kantienne qui place le sujet dans le sensible : « le sujet ne prend son sens que d'être sujet qui sent, où se comble, hors l'être, dans la pure phénoménalité de l'"affection", signification d'une "subjectivité" définitivement irréductible à l'objet, la béance ouverte par une "subjectivité transcendantale" qui vide le sujet de tout être »⁵³³. C'est en ce sens que le moi-sujet n'est pas totalement étranger au sujet déterminant et que dès lors l'anthropologie peut s'affirmer comme connaissance du sujet comme doublet empirico-transcendantal. L'individu est bien pensé, et c'est là sa subjectivité même, comme universel concret. Si la subjectivité kantienne trouve dans la transcendance, le point de sa constitution, elle n'en reste pas moins donnée et donc nécessairement réintégrée à la nature, comme tout ce qui est donné

⁵²⁸ *Ibid.*, p. 276.

⁵²⁹ Kant, E., 1793, *Les progrès de la métaphysique*, Paris, Vrin, 1980, trad. fr. L. Guillermit, p. 23

⁵³⁰ Benoist, J., 1996, *op. cit.*, p. 265.

⁵³¹ Dupond, P., 2006, *op. cit.*, p. 12.

⁵³² Benoist, J., 1996, *op. cit.*, p. 266.

⁵³³ *Ibid.*, p. 284.

en tant qu'étant. C'est bien dans l'objectivation même du sujet que se constitue finalement la subjectivité pensée jusqu'au bout d'elle-même comme mise à l'épreuve de la transcendance. Ainsi peut-on résumer en ces termes, cette thèse du sujet magistralement énoncée par Benoist :

[C]'est parce que d'un côté « Je est un autre » au sens où il est déperdition de soi dans l'*ek-statikon* de la transcendance, dans ses versants théoriques (la connaissance) et pratiques (le devoir), et où il y perd toute intuitivité parce que toute consistance d'étant, [...] que d'un autre côté le sujet en est d'autant plus là, au cœur du « là », dans une « existence » qui ravalée à la hauteur d'un « sentiment » n'a plus d'autre signification que d'apparaître, mais est comme telle insuppressible et « teneur » phénoménologique même de notre finitude, dont la pureté d'apparence ne saurait jamais signifier pure et simple transparence à soi : il y a un reste à l'étant dans son apparaître, et dans ce « reste », dans sa relative indifférence à l'étant (au sens de sa « neutralité » par rapport à l'étant), il y va pourtant d'une certaine façon de l'apparaître de l'étant⁵³⁴.

La formation transcendantale de l'individu comme norme anthropologique

Dans une construction habile qui voit se désontologiser le sujet⁵³⁵, Kant parvient à maintenir la conscience, le *Je*, comme synthèse des expériences (évitant la dérive humienne de la diversité du *je*), sans pour autant tomber dans le piège de la réification (dualisme cartésien). La subjectivité est une capacité, une fonction logique, une forme vide de tout contenu empirique qui rend possible l'expérience. Il y a « une autoréférentialité de la subjectivité (logique) du sujet transcendantal qui constitue le mode propre de sa subjectivité, l'exceptant au régime général (substantiel) de la subjectivité »⁵³⁶. À ce titre, Kant marque bien, comme le souligne Canguilhem, le moment où « est rendu pensable, en philosophie, le concept de la fonction du *Cogito* sans sujet fonctionnaire »⁵³⁷. Mais pour autant, le sujet, entendu comme fonction-sujet, n'est pas sans monde, car c'est la mise en jeu constante de la subjectivité avec elle-même dans le rapport qu'elle entretient au monde et à ce qui n'est pas elle, qu'une existence peut lui être conférée qui ne soit pourtant pas substance. La fonction-sujet de l'être humain lui assure une universalité, mais qui ne voit le jour que dans le concret du monde. C'est à ce titre d'ailleurs que la fonction-sujet vaut tant pour la subjectivité que pour l'être humain individuel physiologique et moral, tant pour la philosophie que pour l'anthropologie. La structure du sujet transcendantal est bien ce qui permet à Kant de réconcilier les sciences qui étudient les phénomènes empiriques avec la philosophie qui étudie les conditions de possibilité de cette connaissance et dès lors d'englober tout le champ du savoir qui est aussi champ de l'être humain. La force formatrice⁵³⁸ qu'est le sujet, qualifie également la vie elle-même. La vie est un principe interne d'organisation du divers du corps, un principe de changement et de mouvement. La vie est un jeu des forces vitales, tout comme la subjectivité est un jeu d'elle-même. Comme

⁵³⁴ *Ibid.*, p. 325-326.

⁵³⁵ Delruelle, E., 2004, *Métamorphoses du sujet : l'éthique philosophique de Socrate à Foucault*, Bruxelles, De Boeck, p. 214.

⁵³⁶ Benoist, J., 1996, *op. cit.*, p. 110.

⁵³⁷ Canguilhem, G., 1967, *op. cit.*, p. 615.

⁵³⁸ Kant, E., 1790, *Critique de la faculté de juger*, Paris, Flammarion, 2000, trad. fr. A. Renaut, §65, p. 366.

la subjectivité, elle ne peut être substantialisée au risque de l'illusion hypostatique. La vie repose sur une affinité énigmatique des forces vitales que nous ne pouvons constater qu'empiriquement, c'est ce qui définit le vivant individuel comme fonction-sujet de la vie. La vie humaine et subjective est donc un tout dont l'existence bien que concrète ne repose sur aucune substance. Sujet et vie ne sont que des termes, non conceptuels, qui explicitent le rapport de cause à effet que l'on constate empiriquement. Les deux reposent sur la notion de force formatrice comme relation régulatrice mais non déterminante de la substance aux accidents. Tout comme la subjectivité ne se connaît que dans l'altération, la force vitale ne se connaît que dans les changements.

C'est le sentiment qui est ici au cœur de la conception de la vie et du sujet chez Kant. Le sentiment d'existence qui qualifie la subjectivité dans la *Critique de la raison pure* est du même ordre que le sentiment de respect qui motive l'inscription de l'individu libre dans la société dans la *Critique de la raison pratique*, et du même ordre que le sentiment de douleur⁵³⁹ qui rend compte du jeu des forces vitales dans l'*Anthropologie* : il est le sentiment du sublime comme apparaître de la vie, qui fait l'objet de la *Critique de la faculté de juger*. Le sentiment comme chair de l'auto-affection rend compte de l'existence de soi et s'impose comme préalable à une entente morale du rapport à soi, dans la mesure où elle ouvre la possibilité de ce « sentiment de respect » qui donnera un contenu phénoménologique à la finitude en tant que lieu d'une législation morale possible et en cela libérera pour cette subjectivité, le sens de substance éthique. Ainsi, le respect pour la loi qui est « la moralité même, considéré *subjectivement* comme mobile »⁵⁴⁰ engage une subjectivité qui s'enracine dans la sensibilité de l'être raisonnable, comme consistance même de la subjectivité finie. Dans le sentiment c'est l'affection elle-même qui se phénoménalise comme état du sujet c'est-à-dire « le phénomène de la passivité, comme passivité à soi-même, remontée du passif en soi-même, en l'affection comme sujet »⁵⁴¹. L'immédiateté du sentiment de plaisir ou de douleur à la représentation manifeste le sentiment comme structure de la subjectivité elle-même, celle de la subjectivation, c'est-à-dire du rapport à l'« état du sujet » de ce qui s'accomplit « en » lui, parce que c'est par lui que se décide le sens de cet « en »⁵⁴².

Par le biais du sentiment, c'est donc l'ensemble des *Critiques* qui se répondent dans un modèle global de la sensibilité comme lieu d'apparaître du sujet humain qui vaut à la fois comme corpus de principes gnoséologiques et éthiques.

Ainsi, à l'aune de la critique, nous pouvons comprendre la possibilité et même la nécessité d'une Anthropologie : en tant qu'elle étudie les modalités de l'usage de soi et des autres, c'est-à-dire ce que l'homme peut faire de lui-même, en tant qu'elle est donc faite d'un point de vue pragmatique, l'Anthropologie peut assurer l'unité de l'être humain, tout en l'interrogeant dans ses limites concrètes. Ainsi, Kant peut-il affirmer dans son *Anthropologie* : « Je suis en tant qu'être pensant un seul sujet et le même que moi en tant qu'être sensible »⁵⁴³, car c'est là qu'il va mettre en question les liens entre la sensibilité et la subjectivité, entre théorie et pratique, entre organisation et détermination. La question lancinante de l'anthropologie est bien : « comment articuler une analyse de ce qu'est

⁵³⁹ Le plaisir est toujours dépassement de la douleur, ce qui donne une primauté à la douleur.

⁵⁴⁰ Kant, E., 1788, *Critique de la raison pratique*, Paris, Gallimard, 1985, trad. fr. L. Ferry, H. Wismann, V 76, p. 110, nous soulignons.

⁵⁴¹ Benoist, J., 1996, *op. cit.*, p. 294.

⁵⁴² *Ibid.*, p. 296.

⁵⁴³ Kant, E., 1798, *op. cit.*, p. 102.

l'*homo natura* sur une définition de l'homme comme sujet de liberté ? »⁵⁴⁴. Car si les conditions de possibilités de cette union sont mises en exergue dans l'analyse critique du sentiment, reste encore à en établir les modalités concrètes. L'Anthropologie s'affirme bien comme le lieu d'étude de l'individu comme doublet empirico-transcendantal : c'est dans la concrétude de l'existence individuel qu'il est possible de mesurer l'existence possible d'un universel concret. L'anthropologie vaut comme connaissance de l'homme individuel, mais également affirmation des limites de cette connaissance même, et ce parce qu'elle repose en premier lieu sur une critique. C'est à ce titre que Kant définit son anthropologie comme du point de vue pragmatique en le distinguant du point de vue physiologique. Si ce dernier étudie ce que la nature fait de l'homme, Kant veut au contraire étudier ce que l'homme fait de lui-même, autrement dit sa libre activité⁵⁴⁵.

[L]oin que le domaine de l'Anthropologie soit celui du mécanisme de la nature et des déterminations extrinsèques (elle serait alors une « physiologie »), il est tout entier habité par la présence sourde, dénouée et déviée souvent, d'une liberté qui s'exerce dans le champ de la passivité originaire. Bref, on voit s'esquisser un domaine propre à l'Anthropologie, celui où l'unité concrète des synthèses et de la passivité, de l'affecté et du constituant, se donne comme phénomène dans la forme du temps⁵⁴⁶.

L'Anthropologie étudie donc la fonction-sujet dans la concrétude de la mise en pratique pratiquée de son fond proprement phénoménologique irréductible de subjectivité. Le projet de l'anthropologie est bien de sauver les phénomènes qui ont failli disparaître avec la substance dans la critique de l'*ego* cartésien, et ce dans le but de finalement sauver le sujet transcendantal.

L'anthropologie kantienne, si elle a influencé le courant de l'anthropologie médicale, notamment le célèbre traité de Cabanis⁵⁴⁷, ne vise plus à comprendre la relation du physique et du moral, de l'esprit et du corps. L'unité de l'individu est déjà assurée sous l'égide de la théorie de la connaissance. Le corps est ce lieu même de la subjectivité au sens où « notre corps n'est rien que le phénomène fondamental auquel se rapporte, comme à sa condition, dans l'état actuel (dans la vie), le pouvoir entier de la sensibilité et par là toute pensée »⁵⁴⁸. Le corps est ce lieu que je ne perçois pas, mais que suppose l'existence extérieure d'autres lieux. Ainsi y-t-il une expérience de notre corps de chair qui ne se réduit pas au corps physique, tout comme il y a une expérience de la subjectivité phénoménologique qui ne se réduit pas à celle de la subjectivité objectivée. « Où je sens, c'est là que je suis », « le corps dont les changements sont mes changements est mon corps, et le lieu de ce corps est en même temps mon lieu »⁵⁴⁹. La notion centrale de sentiment rend compte de cette unité déjà effectuée de l'individu psychophysiologique. La problématique de l'Anthropologie est autre : elle vise à comprendre le lien entre l'homme intérieur et l'homme extérieur, comme en témoignent les sous-titres des deux parties de l'ouvrage.

⁵⁴⁴ Foucault, M., 2009, *op. cit.*, p. 31.

⁵⁴⁵ Kant, E., 1798, *op. cit.*, p. 83.

⁵⁴⁶ Foucault, M., 2009, *op. cit.*, p. 24.

⁵⁴⁷ Cabanis, P. J. G., 1802, *Rapports du physique et du moral de l'homme*, Genève, Slatkine, 1980, §1, p. 62.

⁵⁴⁸ Kant, E., 1787, *op. cit.*, B 806, p. 652.

⁵⁴⁹ Kant, E., 1766, *Rêves d'un visionnaire par des rêves métaphysiques*, Paris, Vrin, trad. fr. F. Courtès, 1989, p. 55.

C'est pour cette raison que le propos kantien veut se distinguer d'une anthropologie physiologique, c'est-à-dire visant l'histoire naturelle de l'homme, ce que la nature fait de l'homme. La physiologie qui appartient, chez Kant, à l'ensemble des connaissances empiriques de la nature, à l'instar de la physique qui n'en est dès lors plus qu'un secteur, ne peut résoudre à elle seule le problème de l'anthropologie. Une réflexion sur les conditions de la connaissance de l'homme par l'homme s'impose. En ce sens, la physiologie parce qu'elle repose sur l'anthropologie, ainsi que nous l'avons vu avec Bichat, doit se doubler d'une psychologie pour assurer un fondement à sa propre condition de possibilité. Mais comme nous l'avons vu, la psychologie kantienne ne peut être une psychologie rationnelle du je, elle s'affirme donc, à partir des modalités pratiques de l'observation de soi, comme étude du maintien dans l'usage du monde de la double nature de l'homme et de la subjectivité : concrétude phénoménologique irréductible à sa transcendance. Il s'agit de rendre compte de l'interaction constante du dehors et du dedans qui définit la vie humaine comme équilibre des forces et maintient d'une liberté envisagée comme transcendante, dans un monde de déterminations empiriques. Comme le rappelle Jocelyn Benoist dans son étude de la *thèse du sujet* qui vaut, comme nous l'avons vu, pour la vie humaine elle-même : l'auto-affection (affection en/à l'ipséité) est toujours hétéro-affection (affection par l'Autre de l'objet) et le Soi s'y découvre donc toujours aussi, dans l'essence de l'affection même, comme autre que soi, comme donné à soi en deçà et en reste de son ipséité⁵⁵⁰. Parce que la subjectivité n'est pas ipséité autofondée, mais mise en jeu même de la possible ipséité dans un rapport à l'autre, alors on ne peut en prendre la mesure et en guider le développement que dans l'étude des rapports entretenus entre l'intérieur et l'extérieur. La subjectivité comme le jeu d'elle-même, n'a de sens que dans la mise en jeu théorique et pratique du soi, dans l'altération même, donc dans son contact intime au monde. L'existence « se tient dès lors radicalement hors l'être, dans cette fragilité d'apparence extrême que l'on nomme "la subjectivité" »⁵⁵¹.

L'anthropologie explicite le contact fragile du sujet au monde où se conjuguent ses déterminations d'*homo natura* et ses capacités de sujet de liberté. L'Anthropologie est l'investigation d'un champ où le pratique et le théorique se traversent et se recouvrent entièrement, elle répète, en un même lieu, et dans un même langage l'*a priori* de la connaissance et l'impératif de la morale dans un mouvement qui l'engage dans l'empiricité. L'anthropologie ouvre une place à l'homme, là où Dieu a disparu, au croisement de la synthèse et de la limite, au croisement des corps naturels et de l'existence humaine. L'homme apparaît bien comme thème de connaissance dans le champ laissé libre par le décalage entre Physis et Physique⁵⁵². L'Anthropologie marque donc le territoire de l'étude de l'être humain dans la nature.

[...] à la fois limite de la science de la *Physis* et la science de cette limite ; elle sera cette limite rabattue, en deçà d'elle-même, sur le domaine qu'elle limite, et définira ainsi en termes de rapports ce qui est le non rapport, en termes de continuité ce qui est rupture, en termes de positivité ce qui est finitude⁵⁵³.

⁵⁵⁰ Benoist, J., 1996, *op. cit.*, p. 281.

⁵⁵¹ *Ibid.*, p. 319.

⁵⁵² Foucault, M., 2009, *op. cit.*, p. 72.

⁵⁵³ *Ibid.*

Ainsi l'Anthropologie unifie la question de l'âme et du corps en se faisant science de leurs relations, limitations et rapports réciproques. Elle marque la positivité de la finitude, donc de l'individualité, dans une perspective où cette dernière est unifiée comme un corps animé, finalisé à l'égard de lui-même.

L'espace de l'Anthropologie, comme l'a vu Michel Foucault dans son analyse du texte kantien, est bien la région où l'observation de soi conduit au moi présent dans sa seule vérité phénoménale, envisagé tant du point de vue transcendantal que du point de vue des formes concrètes de l'observation de soi. L'anthropologie est « ce mode de pensée où les limites de droit de la connaissance (et par conséquent de tout savoir empirique) sont en même temps les formes concrètes de l'existence, telles qu'elles se donnent précisément dans ce même savoir empirique »⁵⁵⁴. Dans son versant théorique, l'anthropologie touche directement à la question du *cogito*, mais dans son versant pratique, elle interroge les liens comme la distinction entre le sujet de droit et le sujet moral au profit d'une véritable éthique. C'est à ce titre qu'elle s'attache à étudier l'homme comme citoyen du monde⁵⁵⁵ : elle veut le saisir dans cette synthèse où il est à la fois sujet de droit, déterminé par des règles juridiques et soumis à elles, mais également comme sujet moral, personne humaine qui porte en elle sa liberté : la loi morale. L'anthropologie vise donc à la fois à envisager comment le sujet peut faire usage de lui-même sans faire obstacle à son essence transcendantale, mais également comment le sujet peut être sujet juridique sans pour autant altérer sa nature de sujet moral. L'anthropologie vise donc à juste titre ce que l'homme, comme sujet, peut faire de lui-même, c'est-à-dire comment il peut articuler sa liberté théorique d'apparaître et pratique de morale avec les déterminations empiriques et juridiques. C'est finalement toute la question de la gouvernementalité qui s'ouvre chez Kant et qui vise à comprendre le commerce même de la liberté théorique ou pratique avec le monde déterminé et déterminant. L'Anthropologie sera cette « connaissance d'une santé qui, pour l'homme est synonyme d'animation »⁵⁵⁶.

Connaissance de l'homme mais aussi connaissance de la connaissance de l'homme, l'Anthropologie énonce, sans renier ses fondements médicaux matérialistes, la place du sujet connaissant comme sujet humain, elle définit et fixe ce que l'homme, et comment et jusqu'où, peut connaître de lui-même en tant qu'homme. Elle est une connaissance normative, « prescrivant à l'avance à chaque science qui met l'homme en cause, son cours, ses possibilités et ses limites »⁵⁵⁷. L'Anthropologie met donc en question la médecine, mais moins du fait de cette normativité restrictive, mais parce qu'en tant qu'étude et mise en question de la vie humaine, elle s'impose comme une véritable science médicale de l'homme. L'anthropologie est toujours déjà une science du normal et du pathologique et c'est en ce sens qu'elle est au fondement et à l'horizon de la médecine positive de l'individu.

De l'extérieur-intérieur au normal et pathologique

L'Anthropologie sert « d'horizon explicite ou implicite à tout ce que l'homme peut savoir de lui-même »⁵⁵⁸ et tout ce savoir est désormais subsumé sous le grand partage du

⁵⁵⁴ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 261.

⁵⁵⁵ Kant, E., 1798, *op. cit.*, p. 84.

⁵⁵⁶ Foucault, M., 2009, *op. cit.*, p. 73.

⁵⁵⁷ *Ibid.*

normal et du pathologique. C'est en fait l'ensemble de la pensée kantienne qui s'évertue à dresser les limites gnoséologiques et éthiques à l'homme et qui dès lors le comprend dans une problématique de la gouvernementalité où se fait jour une figure normale de son existence.

La question métaphysique de l'âme et du corps, reprise en termes physiologiques par Cabanis comme physique et moral, a subi chez Kant une réduction anthropologique drastique. Il s'agit tout simplement à partir du fait empirique de l'union anthropologique d'interroger les possibilités concrètes de soin et de guérison⁵⁵⁹. C'est autour de la passivité et de l'activité que l'anthropologie s'organise désormais : l'homme extérieur est celui, citoyen du monde, qui fait usage du monde et qui s'affirme comme principe déterminant libre et autonome, l'homme intérieur, homme naturel, est l'homme de la sensibilité comme réceptivité, comme capacité d'être modifié au contact du monde. Ainsi par le biais de la distinction intérieur/extérieur, Kant retrouve, comme Bichat d'ailleurs, un découpage normal et pathologique qui ne la recouvre pas mais la met en mouvement. Ainsi, l'hypocondrie comme renfermement du sujet sur lui-même, favorise la force de la réceptivité à l'encontre de celle de l'autonomie est s'avère donc pathologique. À l'inverse, la trop grande confiance en l'entendement et l'enfermement dans le transcendantal dont elle témoigne nous fait abusivement généraliser notre présence à nous même comme existence substantielle. Ainsi, les maladies de la tête répondent aux paralogismes de la raison pure en faisant de la philosophie une possible médecine de l'esprit, voire du corps par le biais de l'esprit, et de la médecine une médecine du corps, incluant le traitement du corps par l'esprit. L'autodétermination du sujet, moral selon la loi, connaissant selon les règles de la raison, nécessite la mise à l'écart ou la maîtrise des mobiles « pathologiques »⁵⁶⁰ de la sensibilité, autrement dit les inclinaisons qui conduisent le sujet à suivre sa sensibilité et non la loi (morale ou la loi de la raison). Or, pour se prémunir de ces dérives pathologiques, Kant établit des exercices relevant d'une ascétique du jugement et d'une ascétique pratique qui permettent de se défaire des mobiles pathologiques pour adopter la moralité comme seul mobile⁵⁶¹ et ainsi développer un respect de la loi. Certes, ces exercices sont réservés au champ de la raison pratique, néanmoins dans la *Critique de la raison pure*, Kant admet que le sage peut se prémunir des sophismes (et des paralogismes), et ce, même s'ils viennent non de lui mais de la raison pure : « à la vérité, après bien des efforts, parviendrait-il à se préserver de l'erreur »⁵⁶². Il y a donc bien une forme de discipline⁵⁶³ de l'homme individuel comme doublet empirico-transcendantal qui prend pour guide le sentiment afin de maintenir dans la concrétude de son existence l'équilibre entre ses deux natures. Le sujet fait constamment l'effort de maintenir dans sa nature sensible passive (réceptivité), l'activité déterminante de sa nature sensible réactive et ce afin de s'affirmer comme être autonome (ce qui intensifie son sentiment d'existence). L'homme kantien est donc bien l'homme de la discipline entendue comme « technique de pouvoir par laquelle la fonction-sujet vient se superposer et s'ajuster exactement à la singularité somatique »⁵⁶⁴. Il doit

⁵⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁵⁹ Chamayou, G., 2007, « Présentation », Kant, E., 2007, *Écrits sur le corps et l'esprit*, Paris, Flammarion, trad. fr. G. Chamayou, p. 7-57, ici, p. 21.

⁵⁶⁰ Kant, E., 1788, *op. cit.*, V 74, p. 108.

⁵⁶¹ *Ibid.*, V 76, p. 110.

⁵⁶² Kant, E., 1787, *op. cit.*, B 397, p. 351-352.

⁵⁶³ Kant, E., 1788, *op. cit.*, V 82, p. 118.

⁵⁶⁴ Foucault, M., 2003, *op. cit.*, p. 57.

constamment résister pour maintenir l'équilibre en lui, pour maintenir une norme propre à sa nature duale, contre les écarts pathologiques. À ce titre, l'anthropologie est magistrale au sens où elle développe une diététique des usages de la vie, mais également une (bio)politique des pratiques de santé de l'autre. L'individu concret y a pour tâche éthique essentielle dans son existence concrète de (se)⁵⁶⁵ gouverner au mieux pour maintenir en lui le fondement empirique et l'horizon transcendantal et s'affirmer par là même sujet. Il doit faire usage (*Gebrauch*) de lui-même de manière à assurer l'équilibre (du) mental (*Gemüt*) entre les déterminations corporelles et les élans de l'esprit (*Geist*) qui lui assurent sa vivification. En ce sens, l'anthropologie est le lieu de la médecine de soi, entre la médecine et la philosophie, le modèle de la politique.

Par conséquent, le travail mené par Bernard Vandewalle⁵⁶⁶ pour définir la santé comme un de ces opérateurs transcendantal qui à l'instar du schème, du type ou du symbole favorise comme notion médiatrice, les liens entre fait et droit, nature et liberté, sensible et intelligible, s'avère d'une intense pertinence. La santé s'impose comme le lieu d'une interrogation à la fois physiologique (physiologie de la force vitale en l'homme), anthropologique (anthropologie des usages de la vie) et transcendantale (critique), parce que l'œuvre de Kant est traversé par le partage du normal et du pathologique. La liaison profonde de l'empirique et du transcendantal en l'homme conduit à une conception continuiste du normal et du pathologique, le normal sera l'équilibre apte à maintenir l'homme comme doublet, selon son tempérament et ses caractères⁵⁶⁷, et le pathologique se distinguera par la prise de pouvoir de l'une des deux natures sur l'autre. La continuité du normal et du pathologique est une question de degré comme le confirme l'intensification du sentiment d'existence dans la valorisation de l'autonomie comme unité empirico-transcendantale. Avec Kant, l'être humain trouve son équilibre dans une normalité multiforme qui le renvoie sans cesse aux limites pathologiques de sa condition. À l'instar de Bichat, la pensée de Kant réunit la mort et la maladie dans la vie au profit d'une conception du normal et du pathologique de l'ordre du principe de Broussais. « L'épanouissement de la force vitale s'accompagne nécessairement de petites inhibitions de cette même force qui lui sont mêmes indispensables »⁵⁶⁸. C'est en ce sens que l'état de santé ne peut pas être un « état de bien-être continuellement éprouvé »⁵⁶⁹, mais également que la maladie peut être renvoyée aux devoirs du citoyen et la santé à ses droits⁵⁷⁰. La douleur est toujours déjà présente, même dans le plaisir qui n'est que son dépassement.

La complexification de la pensée spatialisante

Ainsi, l'anthropologie philosophique de Kant fait donc directement écho à la médecine positive en fixant, dans sa fonction essentiellement disciplinaire, la norme du gouvernement juste de soi apte à maintenir l'individu dans sa qualité d'universel concret.

⁵⁶⁵ « Si la politique commence par une discipline », nous dit Bernard Vandewalle, « la médecine commence par la clinique » montrant ainsi le lien étroit au sein de la discipline kantienne du médical et du politique, du gouvernement de soi et du gouvernement des autres (Vandewalle, B., 2001, *Kant. Santé et critique*, Paris, L'Harmattan, p. 19).

⁵⁶⁶ *Ibid.*

⁵⁶⁷ Kant, E., 1798, *op. cit.*, « La caractéristique anthropologique », p. 221-262.

⁵⁶⁸ Vandewalle, B., 2001, *op. cit.*, p. 17.

⁵⁶⁹ Kant, E., 1798, *op. cit.*, p. 178.

⁵⁷⁰ Vandewalle, B., 2001, *op. cit.*, p. 19.

L'individu fonction-sujet de la philosophie transcendantale réunit en son sein la fonction-sujet vivant du cas et la fonction-sujet politique du citoyen. Elle instaure une continuité anthropologique entre l'homme intérieur (vivant) et l'homme extérieur (politique) qui suit la ligne de démarcation (mais non d'opposition) entre le normal et le pathologique d'une part et l'individuel et le collectif d'autre part. Ainsi, dans la combinaison de ses déterminations empiriques (intérieur) et de son ambition de liberté (extérieur), l'individu positif de la discipline tente au mieux d'affirmer sa normalité (autonomie comme normativité) par son rattachement au collectif, car *in fine*, « chacun est libre, mais dans la forme de la totalité »⁵⁷¹. Le tout de la société politique, de l'ensemble des vivants, voire de la totalité de l'Humanité, détermine désormais la possibilité pour l'individu d'être un individu. Ainsi, le sujet affirme son identité comme fonction-sujet : il se définit comme même que les autres dans une démarche qui finalement le rend autre que lui-même.

Kant permet ainsi d'asseoir le paradigme spatialisant de Descartes en résolvant l'aporie profonde de la temporalité humaine. L'espace comme propriété de l'objet et du corps⁵⁷² s'articule désormais à l'espace comme élément du sujet transcendantal⁵⁷³ dans une démarche qui renverse les attributions : l'unification temporelle des objets n'est rendue possible que par la spatialisation du sujet en dehors de lui-même. Ce qui change avec Kant, c'est que « le savoir ne peut plus se déployer sur le fond unifié et unificateur d'une *mathesis* »⁵⁷⁴ : il y aura désormais d'un côté les sciences physiques et leur *mathesis* et de l'autre les sciences de l'homme et leur analytique de la finitude. C'est en ce sens que tout en renforçant la pensée spatialisante, Kant en déplace l'organisation même en reformulant la question du sujet.

Loin de reconnaître la temporalité, la singularité, la subjectivité de l'individu humain, l'anthropologie kantienne enfouit au contraire plus profondément encore, plus loin de toute (re)connaissance, le sujet humain, sous la matérialité du corps d'une part et sous l'abstraction et la fiction du citoyen-individuel. En tant que présence sourde apparaissant à la limite de la sensibilité et du monde, le sujet, nous l'avons vu, s'impose comme un reste de la représentation. De ce fait, il ne peut faire l'objet d'une représentation, il est ce qui reste en marge de ce qui peut être dit. Le sujet ne peut pas être dit, et pourtant il habite le langage comme une sourde et irréductible présence. Il reste une opacité radicale et indicible au cœur de la conscience.

Ce mouvement est significatif du renversement que Michel Foucault repère à l'aube du XIX^e siècle est qui est celui de la fin de la représentation classique. Désormais, l'être ne trouve plus dans la représentation son lieu⁵⁷⁵ : la représentation n'est que l'effet d'un ordre qui appartient en propre aux choses et à leur intériorité et qui se noue autour de la figure de l'homme individuel. Ainsi la vie peut désormais fixer les conditions de possibilité du vivant en retrouvant la représentation comme effet de cette détermination au niveau de la conscience individuelle. Dès lors, l'homme qui se voit permis par ce retournement de la représentation dans l'ordre des mots et des choses, se retrouve dominé par ce qu'il permet,

⁵⁷¹ Foucault, M. 2009, *op. cit.*, p. 64.

⁵⁷² Christophe Bouriau a montré, à la suite de Ferdinand Alquié, la proximité de la conception de l'étendue chez Descartes et de l'espace comme condition *a priori* de la sensibilité chez Kant (Bouriau, C., 2000, *Aspects de la finitude. Descartes et Kant*, Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux, notamment p. 74-80).

⁵⁷³ Dupond, P., 2006, *op. cit.*, p. 12.

⁵⁷⁴ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 260.

⁵⁷⁵ *Ibid.*, p. 323.

autrement dit, par les savoirs positifs. Son existence concrète trouve dans ces savoirs ses déterminations, et l'homme n'est plus saisissable qu'à travers eux, comme si ces savoirs possédaient la vérité de l'homme, alors même qu'il est en quelque sorte, tout en étant leur effet, leur condition de possibilité. La finitude de l'homme s'annonce dans la positivité du savoir⁵⁷⁶. Ainsi, lorsqu'il se retourne sur lui-même, l'homme se saisit toujours comme la fonction-sujet qui a pu se faire jour lorsque les savoirs se sont noués autour de lui. Ainsi, l'individu se révèle-t-il comme effet des savoirs, comme individualité vide d'individu. Dans les individus, les distinctions subjectives s'effacent au profit leur universalisme inhérent. Les dispositions personnelles, singulières sont subsumées sous la description du collectif selon une modalité de transparence qui vaut tant pour le corps malade que pour le corps social. La transparence, qui vaut pour disparition, de la vie intime du sujet, se réalise au profit d'une norme qui est l'assurance de l'intérêt commun. Ainsi, comme le rappelle Michelle Perrot⁵⁷⁷, la citoyenneté s'accompagne d'une transparence sur la vie privée, seule sécurité contre les complots et trahisons. De même, l'individualité médicale s'accompagne d'une transparence du corps et de son histoire, seule sécurité contre la maladie. Il me faut apparaître tel que je suis afin de m'inscrire dans la norme disciplinaire. De la conscience de soi au savoir positif sur moi, je retrouve toujours la fonction-sujet que la discipline épingle⁵⁷⁸ sur mon corps. Je tourne ainsi dans une structure vide, une temporalité proprement évolutive et linéaire⁵⁷⁹, une « dimension temporelle, unitaire, continue, cumulative dans l'exercice des contrôles et la pratique des dominations »⁵⁸⁰. En recherchant le temps qui m'est propre, je retrouve toujours la temporalité du vivant en général et de l'Humanité pris dans sa globalité. Évolution de l'espèce et philosophie de l'histoire sont les savoirs positifs qui prennent pour moi figure de temporalisation individuelle. Telle est la complexification de la pensée spatialisante qui se fait jour avec Kant et que Foucault résume dans le style magistral qui est le sein :

Dans la pensée moderne, ce qui se révèle au fondement de l'histoire des choses et de l'historicité propre à l'homme, c'est la distance creusant le Même, c'est l'écart qui le disperse et le rassemble aux deux bouts de lui-même. C'est cette profonde spatialité qui permet à la pensée moderne de toujours penser le temps, – de le connaître comme succession, de se le promettre comme achèvement, origine et retour⁵⁸¹.

Je me ressaisis constamment comme homme normal⁵⁸², c'est-à-dire homme égal et fictif auquel je tente de donner corps par mon existence même. C'est qu'annoncée dans la positivité, « la finitude de l'homme se profile sous la forme paradoxale de l'indéfini »⁵⁸³. La finitude à laquelle je suis constamment renvoyée dans mon individualité me conduit paradoxalement à n'apparaître qu'en filigrane d'une collectivité proprement indéfinie

⁵⁷⁶ *Ibid.*, p. 324.

⁵⁷⁷ Perrot, M., 1985, « Avant et ailleurs », Ariès, P., Duby, G., (dir.), 1985, *Histoire de la vie privée*, Paris, Seuil, vol. 4, p. 9-20, ici, p. 17.

⁵⁷⁸ Foucault, M., 2003, *op. cit.*, p. 57 : « le corps, ses gestes, sa place, ses déplacements, sa force, le temps de sa vie, ses discours, c'est tout cela sur quoi vient s'appliquer et s'exercer la fonction-sujet du pouvoir disciplinaire. [...] le pouvoir disciplinaire [...] épingle exactement la fonction-sujet sur le corps ».

⁵⁷⁹ Foucault, M., 1975a, *op. cit.*, p. 188.

⁵⁸⁰ *Ibid.*

⁵⁸¹ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 351.

⁵⁸² Le Blanc, G., 2005, *L'esprit des sciences humaines*, Paris, Vrin.

⁵⁸³ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 325.

(évolution de l'espèce, devenir démocratique, *etc.*). Ma finitude se répète constamment entre le même et l'autre, entre l'empirique et le transcendantal, entre le *cogito* et l'impensé, entre retour à l'origine et son recul, entre le discours et l'être. « Du bout à l'autre de l'expérience, la finitude se répond à elle-même ; elle est dans la figure du *Même* l'identité et la différence des positivités et de leur fondement »⁵⁸⁴. Ainsi, dans un mouvement singulier qui constitue une analytique de la finitude, l'homme se voit scindé en deux : son identité est divisée d'elle-même⁵⁸⁵, faisant entrer sa subjectivité dans une profonde opacité. Mais paradoxalement, c'est par l'appel constant à cet indicible du sujet que se constitue et s'affirme la fonction-sujet. Tel est le renversement moderne qui déchire l'homme lui-même : l'appel constant à une phénoménalité irréductible et silencieuse mais dans le but de fonder un discours qui ne va cesser de renvoyer plus loin encore ce matériau originaire duquel il émerge. Plus la fonction-sujet s'affirme sur le fond du sujet, plus elle s'affirme à la place de ce sujet.

C'est en ce sens que l'analytique de la finitude contient en germes son propre dépassement, car c'est toujours en vue du collectif que la finitude apparaît. Ainsi, l'individu disciplinaire et la positivité ne sont qu'un moment fugace qui ouvre déjà la voie à son remplacement. On assiste en effet avec la discipline, comme le rappelle Foucault :

[...] à la constitution de l'individu comme objet descriptible, analysable, non point cependant pour le réduire en traits « spécifiques » comme le font les naturalistes à propos des êtres vivants ; mais pour le maintenir dans ses traits singuliers, dans son évolution particulière, dans ses aptitudes ou capacités propres, sous le regard d'un savoir permanent ; et d'autre part, la constitution d'un système comparatif qui permet la mesure des phénomènes globaux, la description des groupes, la caractérisation des faits collectifs, l'estimation des écarts des individus les uns par rapport aux autres, leur répartition dans une « population »⁵⁸⁶.

Et progressivement, le système des phénomènes globaux qui est tant l'origine que l'horizon de l'affirmation de l'individualité de la discipline va prendre le dessus. C'est à ce titre que le retournement kantien qui ouvre une analytique de la finitude dans le pli d'une analytique anthropologique est proprement la condition de possibilité philosophique des sciences de l'homme. La positivité de la finitude individuelle nécessite (au sens où elle lui est nécessaire mais également au sens où elle en rend nécessaire l'apparition) la positivité du fini collectif. L'analytique de la finitude est déjà une analytique anthropologique. De là une double conséquence épistémologique : d'une part, la biologie va émerger des limites de la constitution de la médecine positive de l'individu, comme on l'a vu avec Bichat, mais également comme Kant le dessine⁵⁸⁷ ; d'autre part, dans un glissement qui va voir la distinction homme intérieur/homme extérieur être recouverte par la distinction personnalité/sociabilité, vont émerger deux positivités que sont la sociologie et la psychologie dont le rôle sera bien de penser l'impensé, de dire l'indicible du sujet dans une analytique qui participera d'autant plus à son enfouissement. C'est bien dans l'interaction de ces deux conséquences qu'il faut envisager la naissance des sciences humaines, ainsi que

⁵⁸⁴ *Ibid.*, p. 326.

⁵⁸⁵ *Ibid.*, p. 351.

⁵⁸⁶ Foucault, M., 1975a, *op. cit.*, p. 223.

⁵⁸⁷ Sur les rapports de Kant à la biologie, voir Huneman, P., 2008, *Métaphysique et biologie. Kant et la constitution du concept d'organisme*, Paris, Kimé.

l'a vu Guillaume Le Blanc⁵⁸⁸. Car, comme nous l'avons montré, le renversement kantien s'opère bien dans une analytique anthropologique ne faisant que redoubler l'analytique de la finitude. L'impossibilité d'une science de l'individu énoncée par Aristote est dépassée et contournée par la constitution d'un individu non plus spécifiquement particulier, mais particulièrement universel qui assure le déblocage épistémologique des sciences de l'individu⁵⁸⁹, mais dans la perspective d'une anthropologie comme lieu d'apparaître et horizon.

C'est dans le pli anthropologique que se résout l'opposition du monde matériel et des êtres organisés, du corps et du sujet au profit d'un complexe médico-politique du normal et du pathologique. C'est au creux de l'anthropologie, et par le biais de l'individu « fonction-sujet », que le savoir médical du corps individuel s'unit au savoir politique du corps social autour d'un pouvoir disciplinaire commun qui assure alors à la médecine son statut de profession savante et consultante. La reconnaissance du rôle et du statut du médecin trouve son origine dans sa fonction disciplinaire de repérage et de correction des individus « malades », c'est-à-dire non dociles. La médecine, prise dans la normativité du pli anthropologique, se fait discipline du normal et du pathologique dans les corps individuels comme dans le corps social, déplaçant ainsi son regard de l'individu au collectif, de l'anatomo-clinique à la biologie, de l'analyse à la synthèse holistique, de la positivité au positivisme.

⁵⁸⁸ Le Blanc, G., 2005, *op. cit.*

⁵⁸⁹ Foucault, M., 1975a, *op. cit.*, p. 223-224.

DE LA MÉDECINE POSITIVE À LA MÉDECINE SCIENTIFIQUE LA SYNTHÈSE POSITIVISTE DE L'HOMME NORMAL

La concrétisation médicale du retournement engagé par la philosophie transcendantale va s'opérer par le biais d'une philosophie tout à la fois proche et distincte du kantisme : le positivisme. À ce titre, Georges Canguilhem a entièrement raison de souligner, dans son commentaire des *mots et des choses*, que contrairement à ce qu'a fait Foucault, Comte « est un cas à suivre de plus près »⁵⁹⁰. Le positivisme va s'imposer comme la philosophie de la médecine positive et scientifique parce que, sans compter la difficile diffusion du kantisme en France⁵⁹¹, la philosophie comtienne, en fondant l'ensemble de sa philosophie sur la science, répond aux besoins exprimés des hommes de sciences dont les médecins.

Auguste Comte a en effet le mérite d'avoir donné vie à cet homme normal de la discipline qu'avait théorisé Kant et que la médecine constituait et sollicitait. En substituant le rapport scientifique organisme-milieu au rapport métaphysique sujet-objet, il a poursuivi et achevé, mais en le déplaçant comme nous le verrons, le geste anthropologique kantien. Si ce dernier avait réussi à articuler l'*a priori* physiologique et l'*a priori* historique, en faisant de l'humanité le sujet de l'homme pensant, Comte va confirmer et compléter cette analyse en posant l'*a priori* biologique comme *a priori* de l'*a priori* historique⁵⁹². Sa doctrine positiviste donne donc un contenu empirique à la fonction-sujet en unifiant ces différentes formes au sein d'une synthèse biologique. La médecine a désormais sa philosophie et peut ainsi franchir le seuil de sa scientificité en établissant, non plus selon des conditions *a priori*, mais selon des lois scientifiques *a posteriori*, la finalité dans l'essence de l'organisme, mais sous l'aspect de la totalité. Comte assure donc la liaison entre Kant et Claude Bernard⁵⁹³, offrant ainsi à la médecine ses lettres de noblesse scientifique tout en l'inscrivant dans un dogmatisme abstrait qui désormais ne la quittera plus.

Il faut dire que la médecine est au cœur de la pensée philosophique de Comte, « philosophie médicale s'il en est »⁵⁹⁴. Premièrement parce qu'elle fonde l'organisation du système en liant biologie et sociologie, méthode objective et méthode subjective. Deuxièmement parce qu'elle joue un rôle central dans la critique de la psychologie qui est à l'origine de la théorie comtienne du « *Cogito* collectif ». Enfin, et plus largement, parce que son système politique est entièrement pensé selon une métaphore médicale.

⁵⁹⁰ Canguilhem, G., 1967, *op. cit.*, p. 615.

⁵⁹¹ Si les trois critiques sont traduites avant 1850, le climat philosophique français, représenté par les Idéologues, n'est pas favorable à l'implantation de la pensée kantienne en France et cela sans compter les oppositions politiques entre la France et la Prusse qui n'aident pas le philosophe de Königsberg à émerger. Enfin, les travaux de Charles de Villers (1765-1815) et de Johannes Kinker (1764-1845) qui assurèrent la transmission de la pensée du philosophe allemand en France présentèrent une synthèse réductrice du kantisme comme l'analyse M. Vallois, (Vallois, M., 1924, *La formation de l'influence kantienne en France*, Paris, Alcan). Sur la réception de Kant en France voir : Azouvi, F., Bourel, D., (éds.), 1991, *De Königsberg à Paris : la réception de Kant en France (1788-1804)*, Paris, Vrin, notamment p. 8, note 1, pour une bibliographie plus vaste de l'histoire de la réception du kantisme en France.

⁵⁹² Canguilhem, G., 1967, *op. cit.*, p. 615.

⁵⁹³ Canguilhem, G., 1958, « La philosophie biologique d'Auguste Comte et son influence au XIX^e siècle », *Bulletin de la Société française de philosophie*, numéro spécial 1958, « Célébration du Centenaire de la mort d'Auguste Comte », Canguilhem, G., 1968, *op. cit.*, p. 61-74, ici, p. 70.

⁵⁹⁴ Braunstein, J.-F., 2009, *La philosophie de la médecine d'Auguste Comte*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 20.

Médecine, biologie, sociologie : le système positiviste

Le *Cours de philosophie positive*, qui est l'ouvrage central de la philosophie comtienne, a pour but d'établir un système général des conceptions humaines (philosophie) envisageant les théories, dans quelque ordre d'idées que ce soit, comme ayant pour objet la coordination des faits observés (positive). Il s'agit donc pour Comte de cerner tous les phénomènes de ceux de la nature à ceux de l'homme ne société, selon « une manière uniforme de raisonner applicable à tous les sujets »⁵⁹⁵. La philosophie positive est une théorie de la science qui met en avant la découverte de lois fondamentales construites par le biais d'un raisonnement abstrait de l'observation attentive des phénomènes. Loin du scientisme qui voudrait résumer en une méthodologie commune l'étude de tous les phénomènes, l'épistémologie comtienne est un « pluralisme cohérent »⁵⁹⁶, c'est-à-dire un système où cohabitent en toute cohérence différentes méthodes issues des différentes sciences (induction et déduction, analyse rationnelle et observation). L'épistémologie résulte d'une étude des différentes sciences afin d'envisager la manière dont chacune, selon les hypothèses qui sont les siennes constituent un type de faits qui lui est propre et qu'elle vérifie ensuite selon des méthodes adéquates pour établir des lois générales. Malgré leur spécificité, les différentes sciences entrent en dialogue et dessinent un ordre général de la connaissance humaine. C'est cette synthèse dont veut rendre compte la philosophie positive, et c'est pour ce faire, qu'elle prend la forme d'une histoire des sciences. C'est l'objet du *Cours de philosophie positive* de retracer, sous la forme d'une encyclopédie des sciences, les acquis logiques et méthodologiques des différentes sciences afin d'envisager *a posteriori* leurs relations et dessiner un système qui les engloberait toutes. Cette histoire des sciences est pour Comte, une histoire sociale en tant que le développement des différentes sciences marque l'avènement en l'Humanité de l'esprit positif, stade ultime de l'évolution humaine selon la loi des trois états⁵⁹⁷. Ainsi, la philosophie positive elle-même marque l'entrée de la philosophie dans l'état positif, en substituant une philosophie scientifique à l'ancienne philosophie métaphysique.

Étudiant tour à tour les mathématiques, l'astronomie, la physique, la chimie puis la biologie, le cours de philosophie positive envisage la synthèse des acquis de ces dernières en une physique sociale, une science de l'homme en société ou sociologie, qui permettra de fonder une politique positive. Mais dans cette hiérarchie encyclopédique des sciences, la biologie a pour Comte un statut particulier. Celle-ci est, à l'époque, la dernière science à devoir entrer dans l'état positif, la synthèse de sa positivité est donc nécessaire à l'avènement de la sociologie. C'est à ce titre que Comte se penche longuement sur la biologie et qu'en retour il l'influencera fortement⁵⁹⁸. L'étude de la biologie lui fournit le modèle de son système en assurant la clôture de l'encyclopédie des sciences ; elle est le moment où, la sociologie étant fondée, le regard positif peut se retourner sur la hiérarchie des sciences afin de les réintégrer chacune d'elle, mais *a posteriori*, dans l'histoire de

⁵⁹⁵ Comte, A., 1829, « Avertissement de l'auteur », Comte, A., 1830-1842, *Cours de philosophie positive*, Paris, Hermann, 1998, vol. I, p. I-II, ici, p. II.

⁵⁹⁶ Grange, J., 1996, *op. cit.*, p. 46.

⁵⁹⁷ Théorie selon laquelle l'esprit humain, tout comme l'espèce humaine, passe par trois états théoriques successifs : théologique, métaphysique, positif. Voir la première leçon du *Cours de philosophie positive* : Comte, A., 1996, *Philosophie des sciences*, Paris, Gallimard Tel, p. 51-85, ici, p. 52.

⁵⁹⁸ Canguilhem, G., 1958, *op. cit.*

l'Humanité. La biologie est donc le rouage essentiel du système comtien, mais aussi la science la plus compliquée.

La biologie est en effet la première science à rompre avec la continuité méthodologique que Comte avait repérée dans les sciences précédentes et qui résultait de l'extension inventive du principe de mathématisation. La *mathesis universalis* ne s'applique pas à la biologie qui dès lors complexifie et renverse la perspective de l'encyclopédie. Elle s'affirme comme la première science essentiellement synthétique et non analytique. Elle étudie des phénomènes vivants pris dans leur intégralité et le fait par le biais d'une méthode nécessairement synthétique. L'objet de la biologie fait précéder la notion générale d'être sur celle des parties quelconques et la contraint à adopter une position holistique, c'est-à-dire centrée sur le tout. À l'instar de Bichat qu'il reconnaît comme le penseur de la science biologique moderne et auquel il confie le 13^e et dernier mois du Calendrier positiviste⁵⁹⁹, Comte accorde la primauté à la physiologie sur l'anatomie. La physiologie tissulaire étudie un fond de vitalité commun à tous les êtres vivants, et en ce sens intègre l'anatomie qui décrit les parties de l'organisme. Mais ce sera pourtant l'anatomie qui donnera à la biologie sa méthode comparative. C'est que la biologie pour Comte se distingue de la physiologie. Le fond vital de la physiologie n'est pas la vie comme objet de la biologie. Ce qui caractérise la vie c'est l'extrême diversité des singularités vivantes, c'est ce qui fait qu'elle ne peut, à proprement parler, être connue sans tomber dans la métaphysique. C'est ce que Comte reprochera à Bichat, d'avoir accordé une originalité trop radicale à la vie. La vie n'est pas totalement opposée aux éléments, au contraire, elle relève d'un consensus entre l'organisme et son milieu, milieu qui est pensé comme favorable à la vie. Ainsi pour Comte, Bichat reste encore trop vitaliste, or, pour lui, vitalisme comme mécanisme sont des aberrations qui ont empêché la biologie d'entrer dans l'ère positive. Il faut donc se situer dans une position intermédiaire : les phénomènes de la vie ne s'opposent pas radicalement à l'inerte (bien qu'il y ait une différence radicale entre la vie et la matière inerte). Il n'y a pas de rupture entre l'organique et l'inorganique, mais une simple différence de degré : le vivant est dans une dynamique plus forte que l'inerte. Comte déplace finalement l'opposition vie/matière inerte vers une relation positive entre dynamisme organique et dynamisme du milieu. Ce qui entoure les corps vivants ne tend pas à les détruire, mais est un milieu qui leur est favorable. La vie est donc une lutte comme l'avait vu Bichat, mais une lutte qui se situe en milieu consentant, comme le verra Claude Bernard. L'objet de la biologie est donc cette conciliation entre la spontanéité intérieure et la détermination extérieure, envisagée, au niveau de la vie interne de l'organisme que de celle externe de l'organisme avec son milieu, comme ensemble des relations abstraitement retracées par la comparaison de ses diverses formes et le repérage de séries discontinues de relations.

La biologie est donc au carrefour de la statique anatomique comme étude de l'ordre des éléments de l'organisme et de la dynamique physiologique comme étude des progrès de l'évolution. Et c'est cette position médiane qui la conduit à opérer un retournement épistémologique (et ce malgré la continuité des phénomènes biologiques avec les phénomènes physiques ou chimiques). La complexité du milieu interdit en effet l'application de la méthode des sciences exactes et demande de lui adjoindre une

⁵⁹⁹ Comte, A., 1849, *Calendrier positiviste ou Système général de commémoration publique*, Paris, Librairie scientifique – industrielle de L. Mathias.

perspective synthétique. Elle impose un retournement méthodologique qui au lieu de considérer son objet des parties vers le tout, comme ce fut le cas de la physique, demande désormais de regarder le tout avant ses parties. La biologie n'étudie pas les êtres en tant que phénomènes pour comprendre la vie (ce qui reviendrait à les étudier comme morts alors même qu'elle vise à connaître la vie des êtres singuliers), mais elle étudie la vie pour comprendre les phénomènes vitaux.

L'exemple de cette distance est le rejet de l'expérimentation qui donna à la physique son statut scientifique. La biologie ne peut pas procéder à une pure expérimentation, car celle-ci conduirait à détruire le consensus qu'est la vie et donc à retirer à la biologie son objet. La seule expérimentation possible est une expérimentation naturelle, spontanée : celle de la maladie. C'est là que le principe de Broussais, selon lequel l'état pathologique n'est qu'une variation quantitative de l'état normal trouve son application : la pathologie offre un terrain d'étude du normal, de la physiologie, un lieu où peut se pratiquer la méthode de la biologie : la comparaison. Car François Joseph Victor Broussais (1772-1838), médecin et chirurgien de l'École de Paris, et élève de Pinel et de Bichat, va radicaliser cette physiopathologie tissulaire par le biais de sa théorie de l'irritation. En pathologie, Broussais soutenait que « tout est inflammation ». Il expliquait tous les phénomènes pathologiques par l'irritation et l'inflammation des tissus, surtout ceux du tube digestif, et préconisait le traitement *antiphlogistique* ; mais on l'accuse d'avoir professé un système exclusif et d'avoir abusé de la saignée. La violence de l'épidémie de choléra de 1832 contribua à déconsidérer la médecine physiologique prônée par Broussais. Néanmoins, il est resté célèbre pour sa théorie qui explique toutes les maladies comme consistant essentiellement « dans l'excès ou le défaut de l'excitation des divers tissus au-dessus et au-dessous du degré qui constitue l'état normal ». Les maladies ne sont donc que les effets de simples changements d'intensité dans l'action des stimulants indispensables à l'entretien de la santé. Ce principe est une critique des vitalistes de l'École de Montpellier qui affirmaient l'existence d'une différence qualitative entre le normal et le pathologique. C'est une manière de constituer un modèle unifié de la vie comme réalité globale : il est donc l'« inventeur » d'un principe⁶⁰⁰ selon lequel : « il y a identité du normal et du pathologique, aux variations quantitatives près ». Ce principe est la marque la plus signifiante du changement de paradigme qui s'est concrétisé ici. La connaissance des maladies par le biais de la connaissance de l'affection des tissus qui les cause explicite l'éloignement de la médecine des symptômes d'origine hippocratique au profit d'une médecine positive où mécanisme et vitalisme cohabitent dans un modèle où la physiologie prime dans la biologie sur la pathologie qui n'en est qu'une expérimentation spontanée, tout comme sur l'anatomie, car la fonction prime sur l'organe.

La biologie est synthétique, elle étudie, par comparaison, les relations entre les phénomènes et leur milieu d'apparition, donc à la fois entre la fonction vitale et l'organe et entre l'organisme et son milieu. La biologie étudie finalement les fonctions qui organisent les relations entre tissus et organes à l'intérieur de la vie des organismes et les fonctions qui organisent les relations entre l'organisme et son milieu. La biologie synthétise finalement tous les points de vue : statique (anatomie) et dynamique (physiologie), analytique (expérimentation) et synthétique (comparaison), subjectif et objectif. En retraçant la coordination hiérarchique de tous les organismes connus en une seule série générale, la biologie marque également la cohérence de la hiérarchie des sciences qui est dès lors

⁶⁰⁰ Voir à ce propos la critique qu'en fait Canguilhem : Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 18-31.

perçue, non comme une unité rendant compte de l'extension d'une science vers l'autre, mais complexification progressive de la méthode positive par le passage discontinu d'une science à une autre.

Mais la biologie ne peut être complète sans la science qui étudie les relations de l'homme à son milieu social, c'est-à-dire la sociologie. Car là où la vie se laisse le plus immédiatement percevoir, c'est dans la vie de l'être humain. La science de l'homme assure la cohérence de la science biologique au sens où les relations du milieu et de l'organisme comme objet de la biologie ne nous sont finalement révélées que par la sociologie, la science de l'homme⁶⁰¹. Ce qui fait dire à Comte que « l'étude de l'homme doit toujours hautement dominer le système complet de la science biologique, soit comme point de départ, soit comme but »⁶⁰², c'est bien le principe méthodologique holiste de la biologie. Toute la méthodologie exposée par la biologie appelle la sociologie comme complément de cette biologie. Si l'étude du tout doit précéder l'analyse de ses parties, alors l'étude de la société doit précéder l'étude des êtres humains. La biologie donne donc à voir la nécessité de la sociologie comme fondement même de ce qui est pour elle condition de possibilité. La biologie désigne ce qui est l'objet de la sociologie : le Vivant véritable, c'est-à-dire l'humanité dans son histoire. En ce sens, et comme l'a montré Angèle Kremer-Marietti, le positivisme est avant tout une anthropologie⁶⁰³ où la biologie répond à la sociologie. Car selon Comte, l'homme éprouve spontanément un sentiment de l'unité originare des phénomènes en tant qu'il agit sur eux, le dernier terme, qui est aussi le premier, du positivisme est donc bien cette *Synthèse subjective*⁶⁰⁴. Le tout du monde se trouve dans la conscience humaine, c'est donc à partir d'elle qu'il faut étudier les parties du monde et donc l'homme lui-même. La relation de l'homme au monde est le modèle de la relation de l'organisme à son milieu, ce qui explique le lien de la biologie à la sociologie. Mais ce lien ne peut être compris qu'en envisageant cette synthèse subjective comtienne qui est en fait théorie du sujet connaissant.

La critique comtienne de la psychologie

Comprendre le sujet comtien implique de resituer dans les conditions d'apparition du positivisme et notamment dans l'épisode décisif de la folie de Comte. Car lorsqu'en 1826 Comte est interné à l'hôpital d'Esquirol, d'où il sortira d'ailleurs non guéri, c'est alors qu'il saisit l'essence de son système positiviste. Il reconnaît en effet en 1828 avoir expérimenté lors de sa crise de folie la loi des trois états et le principe de Broussais. La folie a été pour lui une expérimentation de son état subjectif normal. La folie n'est qu'une oscillation par rapport au point fixe que serait l'état normal, soit un excès (folie), soit par défaut (idiotisme). La raison est un degré moyen entre l'excès de subjectivité causé par une activité démesurée du cerveau, qui caractérise la folie, et l'excès d'objectivité qui caractérise l'idiotisme, « quand notre cerveau devient trop passif »⁶⁰⁵. Derrière cette conception de la folie, Comte s'accorde avec Broussais autour d'une critique de la

⁶⁰¹ Cette fondation sociologique de la biologie interdit donc de voir dans le positivisme une sociobiologie.

⁶⁰² Comte, A., 1830-1842, *op. cit.*, 40^e leçon, vol. 1, p. 665-746, ici, p. 686.

⁶⁰³ Kremer-Marietti, A., 1999, *L'anthropologie positiviste d'Auguste Comte*, Paris, L'Harmattan.

⁶⁰⁴ Comte, A., 1856, *Synthèse subjective ou Système universel des conceptions propres à l'état normal*, Paris, Victor Dalmont.

⁶⁰⁵ Comte, A., 1852, *Catéchisme positiviste ou Sommaire exposition de la religion universelle en onze entretiens systématiques*, Paris, Carillan-Goeury, p. 44.

psychologie comme étude du *cogito* et de la conscience, ce que Kant nommait la psychologie rationnelle. Il reproche à Descartes de n'avoir pas mené son application de sa théorie mécanique jusqu'aux phénomènes intellectuels et moraux et d'avoir maintenue la conscience comme fondement alors même que l'expérience (notamment celle de la folie) nous montre que l'homme existe même quand le « moi » n'est pas. Autant que l'expérience comtienne de sa propre folie est au cœur de son système, la critique de la psychologie l'est également. L'idée d'une conscience individuelle comme la possibilité de son auto-observation (introspection) et de son auto-connaissance (psychologie) sont des erreurs logiques, des restes d'une métaphysique que l'esprit positif doit dépasser.

En fondant en 1828 le terme de psychologisme, Comte rend d'emblée compte de sa position vis-à-vis de la psychologie. À l'instar de Broussais, dont il reprend l'idée physiologique de continuité du normal et du pathologique, Comte voit dans la psychologie, et notamment celle pratiquée en son temps par Théodore Jouffroy (1796-1842) et Victor Cousin (1792-1867), un contresens profond.

Le point d'appui de la critique comtienne, qui en ce sens n'est pas si éloignée de la critique kantienne⁶⁰⁶, est l'impossibilité logique pour l'esprit de se connaître lui-même. Si l'esprit, donc l'intelligence, peut observer les passions qui lui sont extérieures, en revanche, il ne peut s'observer lui-même : « L'individu pensant ne saurait se partager en deux, dont l'un raisonnerait, tandis que l'autre regarderait raisonner »⁶⁰⁷. Et si même cela s'avérait possible, l'esprit n'observerait alors, en accord avec le principe de Broussais, qu'un esprit modifié par l'acte d'observation qu'il opère. La psychologie telle que pratiquée par l'école éclectique est impossible. Et à suivre, au contraire, l'esprit positif, c'est toute la psychologie qui est impossible. Car selon la logique positiviste, la connaissance de l'esprit ne peut se faire que selon deux points de vue : d'après ses dispositions « statiques », en identifiant les formes données et innées qui régissent *a priori* sa nature, ou d'après les formes « dynamiques » qui dirigent son fonctionnement effectif. On ne peut considérer l'esprit que de la manière dont il est fait ou en considérant ce qu'il fait. Or, la nature de l'esprit est pour Comte entièrement expliquée par la détermination des conditions organiques⁶⁰⁸. L'anatomie et la physiologie du cerveau résument ainsi les fonctions intellectuelles dans leurs déterminations naturelles. C'est là tout l'intérêt que portera Comte à la phrénologie de Gall qui représente, selon lui, « avec une admirable fidélité, la vraie nature morale et intellectuelle de l'homme et des animaux »⁶⁰⁹. La cartographie du cerveau épuise l'étude des dispositions innées de l'esprit. L'étude statique de l'esprit appartient donc entièrement à une connaissance de la nature, il n'y a donc aucun sens à en faire l'objet d'une étude particulière comme le font les métaphysiciens. Concernant, l'aspect dynamique de l'esprit, autrement dit l'étude de ses résultats concrets de l'esprit, il faut opter pour une autre méthodologie, car l'univers proprement mental en question ne se confond pas avec la

⁶⁰⁶ Il est intéressant de noter ici que l'aspect métaphysique de la psychologie cousinienne que critique Comte est en partie justifié par le fait que c'est Cousin qui introduit Kant en France. Mais, finalement, aucun des deux auteurs n'a vraiment compris Kant et en souhaitant le poursuivre ou le dépasser, ils font, tous les deux, erreur. Voir à ce propos, Pickering, M., 1993, *Auguste Comte, an intellectual biography*, Cambridge, Cambridge University Press, notamment, vol. 1., p. 289-296 ; Macherey, P., 1989, *Comte. La philosophie et les sciences*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 57 ; Helmreich, C., 2002, « La réception cousinienne de l'esthétique de Kant », *Revue de métaphysique et de morale*, 2002/2, p. 193-210.

⁶⁰⁷ Comte, A., 1830-1842, *op. cit.*, 1^{ière} leçon, vol. 1, p. 20-41, ici, p. 34.

⁶⁰⁸ *Ibid.*, p. 33.

⁶⁰⁹ *Ibid.*, 45^e leçon, vol. 2, p. 842-882, ici, p. 866.

réalité spécifiquement organique du système cérébral⁶¹⁰. On en peut tirer directement la dynamique de la statique, au risque de tomber dans une anatomie de l'intelligence, or, pour Comte, qui s'accorde en fait ici avec Kant contre Cabanis, le mental a une existence spécifique, autonome, mais non indépendante, des déterminations empiriques. La première leçon du Cours nous donne ici la solution :

En considérant les fonctions intellectuelles sous le point de vue dynamique, tout se réduit à étudier la marche effective de l'esprit humain en exercice, par l'examen des procédés réellement employés pour obtenir les diverses connaissances exactes qu'il a déjà acquises, ce qui constitue essentiellement l'objet général de la philosophie positive⁶¹¹.

Si la philosophie positive nous donne les moyens de connaître l'esprit humain dans sa réalisation effective, c'est que ce dernier apparaît donc à la fois dans l'Histoire de l'Humanité et dans la sociologie⁶¹². Car seule l'histoire de l'humanité fournit les lois de l'esprit humain. Ainsi, Comte situe la particularité de la vie mentale de l'homme dans le développement collectif, historique, de l'esprit en général. L'étude dynamique de l'esprit est l'étude des relations de l'homme au monde dans son développement historique. Le *moi*, si tant est qu'il faille conserver ce terme à l'écho métaphysique, n'existe que collectivement :

[...] la fameuse théorie du *moi* est essentiellement sans objet scientifique, puisqu'elle n'est destinée qu'à représenter un état purement fictif. Il n'y a sous ce rapport [...] d'autre véritable sujet de recherches positives que l'étude finale de cet équilibre général des diverses fonctions animales, tant irritabilité que de sensibilité, qui caractérise l'état pleinement normal, d'où chacune d'elles, convenablement tempérée, est en association régulière et permanente avec l'ensemble des autres, suivant les lois fondamentales des sympathies et surtout des synergies proprement dites. C'est du sentiment continu d'une telle harmonie, fréquemment troublée dans les maladies, que résulte nécessairement la notion, très abstraite et indirecte, du *moi*, c'est-à-dire du consensus universel de l'ensemble de l'organisme⁶¹³.

Il n'y a pour Comte qu'un *cogito* collectif⁶¹⁴ constitué, au sein d'un réseau immense de relations interindividuelles, par l'histoire humaine et qui se manifeste, notamment par le biais des altérations produites par les maladies sociales dont les crises et révolutions, sous la forme d'un sentiment d'équilibre, d'harmonie, bref sous forme d'un état de santé. Le « sentiment de personnalité »⁶¹⁵ de l'esprit humain, est un sentiment de l'état normal de l'Humanité. La seule vie subjective est celle du *cogito* collectif, de l'humanité dans son histoire, c'est ce qui explique la subordination de la vie privée à la vie publique selon le double principe positiviste du « vivre pour autrui » et « vivre au grand jour ».

La question kantienne : « qu'est-ce que l'homme ? », dans sa nouvelle formulation, non plus métaphysique, mais positive, devint : « qui

⁶¹⁰ Macherey, P., 1989, *op. cit.*, p. 48.

⁶¹¹ Comte, A., 1830-1842, *op. cit.*, 1^{ière} leçon, vol. 1, p. 20-41, ici, p. 33.

⁶¹² Braunstein, J.-F., 2009, *op. cit.*, p. 65.

⁶¹³ Comte, A., 1830-1842, *op. cit.*, 45^e leçon, p. 857-858.

⁶¹⁴ Grange, J., 1996, *op. cit.*, p. 376.

⁶¹⁵ Comte, A., 1830-1842, *op. cit.*, 45^e leçon, p. 858.

sommes-nous ? qui est ce Nous qui questionne au sujet de l'être et qui se donne à nous comme un être-ensemble ?⁶¹⁶.

On voit ici apparaître la distance de Comte à Kant. Si les termes apparaissent similaires puisque suite à une critique de la psychologie de la conscience, la subjectivité se manifeste dans le sentiment qui est la marque d'un équilibre fondamental des déterminations et des élans au sein de la sensibilité, la comparaison ne perdure pas. Si Kant trouvait la subjectivité individuelle comme manifestation particulière d'un universel, c'était pour assurer à l'individu disciplinaire, qui s'affirmait dans l'histoire de sa résistance aux déterminations empiriques des lois naturelles, une unité cohérente. Au contraire, pour Comte, d'une part, l'affirmation de l'universel ne vaut que pour retour à l'universel : la subjectivité n'est que collective, l'individu en lui-même n'existe pas. Et d'autre part, l'histoire de cette subjectivité collective, est une histoire déterminée entièrement par l'ordre : elle n'est que le déploiement linéaire d'un ordre statique toujours en germes dans l'Humanité et que manifeste la biologie du cerveau. Comme le souligne Canguilhem, tout comme l'histoire des sciences n'est que le dévoilement progressif d'une vérité déjà existante, l'histoire humaine pour Comte n'est que l'avènement d'une Humanité contenue en germes dès les premiers temps, ce qui la distingue d'une histoire « au sens kantien ou post-kantien »⁶¹⁷.

De la médecine positive de l'individu à la biologie positiviste de l'Humanité

Avec Comte, c'est donc tout le cadre conceptuel de la médecine qui bascule autour d'une philosophie nouvelle, une philosophie biologique. La médecine positive de l'individu, écho au pouvoir disciplinaire, s'est mue en une médecine scientifique de la population biologique, écho à une biopolitique en devenir. Car autour de ce rejet radical de toute subjectivité individuelle et de toute individualité, c'est un organicisme global qu'affirme Comte où médecine et politique cohabitent dans un *a priori* biologique. Le modèle biologique de la sociologie comtienne reflète ainsi l'émergence, à son époque, d'un modèle organiciste de la politique et d'un complexe médico-politique d'organisation de la vie des individus au sein de la société. L'organisme social répond à l'organisme individuel selon le modèle de Cuvier de l'organisation : « Tout être organisé forme un ensemble, un système unique et clos, dont les parties se correspondent mutuellement et concourent à la même action définitive par une réaction réciproque »⁶¹⁸. La vie comme consensus entre le tout et les parties implique un consensus entre les différents organes dans l'organisme comme un consensus de l'organisme à son milieu. La vie rend donc compte de l'organisation du tout que sont l'organisme individuel et l'organisme social, mais elle est également principe d'organisation. Car la notion même d'organisme implique une finalité : l'organisme individuel a pour finalité interne le maintien de l'équilibre alors que l'organisme social a pour finalité la réalisation de l'ordre dans la dynamique de l'Histoire de l'Humanité. Mais il n'y a pas identité des deux organismes : l'un étant complexe l'autre

⁶¹⁶ Grateloup, L.-L., 1988, « Auguste Comte et « la question de l'être », *Revue philosophique de France et de l'étranger*, 1988/3, p. 303-315, ici, p. 309.

⁶¹⁷ Canguilhem, G., 1962, *Du développement à l'évolution au XIX^e siècle*, Paris, Presses Universitaires de France, 1985, p. 23.

⁶¹⁸ Cuvier, G., 1822, *Discours sur les révolutions du globe*, Paris, G. Dufour et Ed. D'Ocagne, 1825, 3^e éd, p. 95.

simple, l'un décomposable, l'autre non. C'est d'ailleurs cette différence qui assure à la sociologie la primauté sur la biologie, évitant ainsi tout sociobiologisme, puisque selon le principe positiviste, c'est par le biais du complexe qu'on étudie le simple. Dès lors, l'étude de l'organisme social ne renvoie à l'organisme individuel que comme une métaphore et non un élément, sans quoi la connaissance du complexe ne conduirait qu'à elle-même. Le rejet comtien de l'individu est total : dénué de toute conscience, il n'est pas non plus reconnu comme élément de la société. La société comtienne est une société de microsociétés familiales et non d'individus, tout comme l'organisme individuel est un organisme tissulaire et non cellulaire⁶¹⁹.

Quelles sont les conséquences de la sociologie comtienne sur notre analyse ?

Tout d'abord, le système comtien reprend, sans le dire, le modèle spatialisant d'un monde comme système euclidien, homogène, solidaire, isotrope. Comte, qui prend la biologie comme modèle, y trouve trois éléments fondamentaux de l'approche de l'espace acosmique : elle permet de comprendre les rapports entre le système et ses éléments, elle illustre l'homogénéité du système et enfin insiste sur la solidarité des parties du système, ce que Comte nomme le consensus. Ainsi la pensée comtienne poursuit l'aventure de la pensée spatialisante comme un troisième moment. D'une part, il critique Descartes, sur sa théorie de la conscience et sur son ambition d'une science universelle fondée sur la géométrie et la mécanique, mais également Kant sur son maintien de l'opposition métaphysique de l'objet et du sujet, ainsi que sur sa conception de la conscience individuelle⁶²⁰. Mais, en même temps, il assoit sa biologie sur un dualisme entre vie et matière inerte, seule « condition de possibilité du progrès universel » qui n'est pas, selon Canguilhem, étranger au dualisme métaphysique cartésien⁶²¹, et présente, dans sa fondation d'une science de la société, c'est-à-dire du sujet collectif et historique des activités humaines, un traitement empirique du projet transcendantal⁶²² tel que l'avait pensé Kant. C'est que Comte poursuit en fait, en la dépassant, l'analytique de la finitude⁶²³ qui s'était ouverte avec Bichat et qui annihilait la pensée de l'ordre des différences où il s'agissait de restituer les variations individuelles au sein d'un même être, au profit d'une pensée du Même toujours à dévoiler. Le retournement de l'unification du monde cartésien, par l'Anthropologie kantienne est désormais consommé et la pensée du Même peut désormais s'appliquer à chaque recoin de l'espace infini. C'est ce que réalise Comte, avec sa biologie : il est toujours possible de montrer que le lointain ou l'autre sont en fait le proche et le même. La répétition donne l'identique mais dans la forme d'un éloignement, selon le principe de la lecture sérielle qui est au cœur de la biologie. La fonction-sujet a pris corps dans l'Humanité qui peut se saisir comme objet et sujet en dehors de tout paralogisme. Mieux, fonction-sujet « cas » et fonction-sujet « citoyen » ne forme plus qu'un et s'épingle directement sur le corps social envisagé comme population biologique. C'est une nouvelle territorialisation de la médecine qui voit finalement le jour.

⁶¹⁹ Comte refuse la théorie cellulaire générale, ce qui conduira un de ses élèves, Charles Robin (1821-1885), à s'opposer à Virchow. Voir à ce propos, Vignais, P., 2001, *La biologie, des origines à nos jours*, Grenoble, EDP Sciences, p. 123.

⁶²⁰ Même si, rappelons-le, Comte comprend mal Kant. Lorsqu'il l'attaque, il attaque en fait les kantien français dont V. Cousin.

⁶²¹ Canguilhem, G., 1958, *op. cit.*, p. 67.

⁶²² Canguilhem, G., 1967, *op. cit.*, p. 615.

⁶²³ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 323-329.

Comme le résume Foucault, « La médecine ne se donne plus à voir le vrai essentiel sous l'individualité sensible ; elle est devant la tâche de percevoir, et à l'infini, les événements d'un domaine ouvert »⁶²⁴. Et ce domaine c'est la vie, nouveau territoire de la médecine franchissant le seuil de la scientificité. L'identité de la matière et de ses formes en permet désormais l'éternelle expérimentation dans l'ordre de la répétition. Poursuivant le geste de Bichat qui, dans son ontologie générale du vivant, subsumait l'individu vivant sous l'ordre du vivant collectif inaugurant ainsi une bio-logie comme discours scientifique général sur la vie, Comte ouvre la voie à une médecine scientifique entièrement soumise à la biologie. La territorialisation première du corps individuel, s'efface au profit de la seconde, celle du corps social, et ce sous l'égide d'une troisième et dernière territorialisation, celle de la vie en général. La physiologie, étude de l'homme sain est devenue une étude de la vie, et dès lors, la médecine se biologise. La médecine acquiert sa scientificité parce qu'elle n'est plus que la mise en pratique d'une biologie. Elle est la technique qui confronte les théories abstraites et les lois universelles de la biologie sur la vie, aux cas pratiques et particuliers des malades. La philosophie biologique de Comte⁶²⁵ fait naître le principe positiviste par excellence de la technique comme simple application de la science⁶²⁶, principe sous lequel se trouve subsumée la médecine.

Ainsi, la connaissance d'un malade revient désormais à la connaissance de la maladie comme condition de possibilité de l'expérience du malade. Si le malade est perçu par la médecine au moyen des théories biologiques abstraites, c'est pour mieux revenir, comme fonction-sujet « cas », nourrir ces mêmes théories. Ainsi, la médecine scientifique travaille entièrement au profit de la biologie, à mettre en évidence des maladies qui pourront, comme négative expérimentation, venir confirmer ou infirmer les théories biologiques sur la vie. Si le malade est reconnu comme individu, ce n'est que dans le premier mouvement de l'analyse qui distingue les spécificités, mais le mouvement de synthèse qui complète ce premier regard, rapporte finalement ce malade particulier à ce qu'il y a d'universel en lui, sa maladie, comme altération du vivant. La fonction-sujet « vivant » a émergé de la fonction-sujet « citoyen » devenu fonction-sujet « cas », pour finalement s'y substituer : la biologie dépasse le politique comme référence du social, du collectif. Le corps social est un organisme biologique qu'il faut réguler pour lui assurer l'équilibre nécessaire à la qualifier comme sujet collectif. C'est là tout le rôle de la politique comtienne, car au-delà de la connaissance des lois de l'organisme social (sociologie) et donc de son ordre, reste encore à assurer son épanouissement dynamique, ses progrès (politique).

La politique positive repose sur un contrat moral, sur un contrat de confiance implicite entre les personnes, seul moyen de maintenir un principe d'action politique immanent à la société. L'organisme social, comme l'organisme individuel, ne peut trouver en dehors de lui son principe d'organisation. Ce contrat moral ne pouvant être institutionnalisé repose sur une intériorisation des normes menant au bien commun par le biais de l'éducation. Cette normalisation des comportements ne peut être le fait d'un pouvoir temporel, mais dépend entièrement d'un pouvoir spirituel : c'est la religion positive. Car si le pouvoir temporel représente la capacité d'affronter la contingence du réel, d'inscrire effectivement

⁶²⁴ Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 97.

⁶²⁵ Jean-François Braunstein (Braunstein, J.-F., 2009, *op. cit.*) a bien montré que Comte était revenu sur cette philosophie de la biologie à la fin de sa vie au profit du développement d'une vraie philosophie de la médecine, mais c'est néanmoins la philosophie biologique de Comte qui influencera les développements futurs de la médecine scientifique, comme le montre Canguilhem (Canguilhem, G., 1958, *op. cit.*).

⁶²⁶ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 58.

et efficacement le projet humain dans l'ordre de la réalité, cette efficacité le rend aveugle⁶²⁷ : il ne peut voir qu'à courte distance. Il lui faut donc « un phare qui éclaire la route à suivre, permet d'éviter les impasses »⁶²⁸, c'est le rôle du pouvoir spirituel qui assure un triple rôle d'organe de savoir (connaissance des lois du réel social et naturel), d'organe d'évaluation (jugement du bien et du mal) et d'organe de régulation (rectification des écarts des volontés). C'est le rôle que joue la religion de l'Humanité qui assure un renversement de l'économie anthropologique en déplaçant le centre d'activité de l'intelligence à l'affection. Seule l'affection peut permettre aux individus d'accepter les normes de la vie en commun : elle est l'impulsion naturelle qui dynamise le corps social vers sa formation de corps politique. La seule obligation légale ne pouvant, comme l'avait déjà vu Kant, assurer la rectitude de la vie politique. C'est la culture d'impulsion altruiste qui permet à l'individu d'accéder à la pleine vérité de son existence en s'identifiant « librement » à l'Humanité afin de réaliser son projet continu. C'est ici que s'organise la vie de l'individu avec la vie du collectif : l'affirmation de l'individualité ne se fait qu'en se détachant de sa vie objective pour se reconnaître dans la vie subjective du Grand-Être qu'est l'Humanité. Reconnaître la vérité de son existence revient à adopter les comportements de l'homme idéal, modèle fictif d'une individualité, formé à partir des qualités des grands hommes qui ont fait l'humanité. Le rôle du culte des morts est ici majeur, puisque c'est en rendant hommage aux grands hommes qui ont fait l'Humanité, qui marquent son histoire, que les individus peuvent s'identifier à l'Humanité et ainsi s'affirmer comme « individus ». Chacun ne sera reconnu dans sa valeur singulière qu'à l'aune de cet attachement à l'Humanité. La religion positive vise en effet un jugement, une hiérarchie des individus, non plus en fonction de leurs caractéristiques empiriques mais en fonction de leur identification à l'Humanité. Chaque homme peut trouver dans son implication dans la vie politique et donc dans l'Humanité une reconnaissance de sa valeur subjective, la plus haute distinction étant certainement d'entrer dans le calendrier positiviste. Ainsi, le *cogito* de ce Grand-Être est toujours un *Cogito* collectif, mais n'existant que par les individus. Il n'est pas donné *a priori*, mais se forme à partir des volontés individuelles comme un immense réseau dont le but est de réaliser le devenir de l'ordre de l'Humanité, la poursuite de l'histoire sociale de l'Humanité, qui revient à l'extension de la vie sur la terre. La politique « religieuse » de Comte vise en fait l'établissement d'une véritable « biocratie »⁶²⁹, autrement dit une politique de la vie qui qualifie le « véritable parti-pris pour la vie ». Le seul objectif du « Grand-Être », autrement dit de l'Humanité est, comme le dit Comte dans son *Système de politique positive*, de « diriger toute la nature vivante contre la nature morte afin d'exploiter le domaine terrestre »⁶³⁰. La politique n'est plus à proprement parler humaine mais vitale, incluant l'ensemble des animaux (ceux qui ont une vie animale selon la distinction de Bichat). Le Grand-Être, comme sujet collectif unique de cette politique devient le garant de la vie elle-même dans une perspective qui est celle du biopouvoir en tant qu'il est le « pouvoir de *faire* vivre ou de *rejeter* dans la mort »⁶³¹. La politique devient une technique de gestion et de développement de la vie. On voit l'importance de Comte dans le développement, sur lequel nous reviendrons, d'une biopolitique. D'autant que parmi le clergé de cette religion positive

⁶²⁷ Frick, J.-P., 1988, « Le problème du pouvoir chez A. Comte », *Revue philosophique de France et de l'étranger*, 1988/3, p. 273-301, ici, p. 292.

⁶²⁸ *Ibid.*

⁶²⁹ Comte, A., 1851-1854, *op. cit.*, tome 1, 1851, p. 618.

⁶³⁰ *Ibid.*, p. 615.

⁶³¹ Foucault, M., 1976a, *Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, p. 181.

qui assure sa finalité et son efficacité à la biocratie, les médecins sont en premières lignes. Le Grand-Être dirigeant « la ligue continue de la vie contre la mort »⁶³², les pratiques de médecine sociale, comme l'hygiène, la vaccination ou l'alimentation prennent un sens religieux. Il revient donc aux médecins de toujours favoriser la sociabilité des malades, leur inclusion dans une dimension sociale et collective. Les médecins sont donc appelés par Comte à assurer « l'office sacerdotal » qu'est le maintien de la santé du Grand-Être. Comte est finalement celui, et son *Appel aux médecins* en témoigne, qui a le mieux compris le rôle politique que jouera le médecin principalement à la fin du XIX^e siècle et qui a dessiné, comme nous le verrons, la figure du médecin moderne tel qu'il apparaît à l'aube du XX^e siècle.

Le positivisme et la pensée médicale

Il est étonnant que Foucault fasse si peu référence à Comte, alors même que sa pensée s'impose comme l'« âge d'or de la pensée de l'homme dans lequel le vital est entièrement transparent au social et dans lequel également le social peut se lire dans le vital »⁶³³ dans lequel s'enracine tant l'organisation des sciences humaines que l'avènement d'une biopolitique.

D'une part, Comte associe médecine, morale et politique au sein d'une anthropologie générale du collectif. En installant l'homme normal au cœur de sa pensée, par l'extension du principe de Broussais du biologique au social, il assure le truchement de tout savoir sur l'homme dans le champ du normal et du pathologique rendant ainsi à la médecine, par le biais de la biologie, un statut épistémologique à la fois scientifique et englobant (médicalisation). La philosophie biologique qu'il systématise sera désormais la seule philosophie à laquelle la médecine pourra prétendre et pourra se référer.

D'autre part, en renvoyant, sous le concept de personnalité, l'intériorité à une psychologie propre au grand Être ou bien à une personnalité psychologique envisagée du point de vue de ses pathologies, Comte inaugure tant la médicalisation de la société et de la vie intime qui sera désormais à l'œuvre que le partage dans lequel les sciences humaines doivent et pourront se développer⁶³⁴. À partir d'une perspective biologique, c'est désormais inévitablement dans la distinction sociologie/psychologie, intériorité sociale/intériorité personnelle qu'elles chercheront l'insaisissable subjectivité que Kant avait rejetée au creux d'une indicible opacité.

C'est finalement l'homme dans son ensemble qui entre avec Comte dans l'ordre du normal et du pathologique⁶³⁵ et donc de sa saisie possible par un ensemble de positivités qui le renvoie constamment à la figure qui l'a vue naître. Comme nous le verrons, c'est dans cette double problématique de la philosophie biologique et de l'exclusion définitive de l'intériorité par la réduction de la personnalité sous la sociabilité, que toute la médecine se développera et sera mise en question. Ce troisième temps de l'anthropologie (après le moment du physique et du moral et le moment de l'homme intérieur et l'homme extérieur) coïncide avec la troisième territorialisation de la médecine, autour de la vie prise dans sa

⁶³² Comte, A., 1851-1854, *op. cit.*, tome 4, 1854, p. 439.

⁶³³ Le Blanc, G., 2005, *op. cit.*, p. 210.

⁶³⁴ Sur l'importance de Comte dans le développement de la psychologie moderne, voir Nicolas, S., 2000, « La psychologie au XIX^e siècle », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 1/2000, p. 57-103.

⁶³⁵ Jusqu'à ce que Freud exclut de sa clinique de la vie psychique toute référence à une normalité mentale admise par avance.

généralité abstraite autour d'une forme terminale de problématisation de la pensée spatialisante et de son inhérent problème du sujet. C'est ce développement, permis par Comte⁶³⁶, de la médecine comme domaine scientifique, puis comme profession autonome, qu'il nous faut maintenant retracer.

⁶³⁶ Comte offre les conditions de possibilités de ce développement, mais également les conditions concrètes, comme nous le verrons avec la Société de biologie.

L'ANNONCE DE LA TROISIÈME TERRITORIALISATION

La troisième territorialisation annoncée par la philosophie comtienne va trouver des conditions de possibilité concrètes dans l'émergence politique d'un corps médical revendicatif puis dans l'avènement d'une forme nouvelle d'hygiène qui marque le déplacement des considérations médicales quant aux représentations du corps social ; modifications auxquelles la théorie cellulaire n'est pas étrangère.

La crise médicale de 1840 : unification politique de la profession

La crise médicale de la décennie 1840, qui accélérera la fin du clinicisme au profit de la médecine scientifique de laboratoire, permet à la médecine française de se constituer en sujet collectif pour agir en politique. La médecine, bien que reconnue par le politique, notamment sous le Consulat et l'Empire, doit encore lutter contre ses démons de l'Ancien Régime et notamment la division du corps médical en deux corps par la loi de 1803. Ainsi pour forger définitivement son statut de profession consultante, la médecine doit revendiquer une plus forte association avec le politique.

Dans la décennie de 1840, les médecins ressentent un profond malaise qui les conduit à se réunir pour faire entendre leur voix auprès de l'État afin qu'il réforme l'enseignement et l'exercice médical. Depuis la fin du XVIII^e siècle déjà, les médecins avaient commencé à se réunir en sociétés. Et cette volonté de réunion n'avait fait qu'augmenter lors de la première moitié du XIX^e siècle : aux multiples sociétés⁶³⁷ s'associent de nombreuses publications de revues médicales⁶³⁸, de bulletins de sociétés ou de dictionnaires⁶³⁹. Bref les médecins s'étaient organisés, avaient tenté d'unifier corporativement leur corps afin de parler d'une seule voix sur la scène politique qui faisait souvent appel à eux, mais ne leur rendaient que peu les services donnés. Mais la multiplicité des intérêts particuliers, renforcée par la multiplication progressive⁶⁴⁰ des spécialités médicales, n'avait pas

⁶³⁷ En 1796 naît la Société de Médecine de Paris, en 1800 la Société de l'École de Médecine, en 1802 la Société d'Anatomie, en 1803 la Société de Médecine Pratique, en 1805 la Société Médico-pratique ainsi que la Société Médico-Philanthropique, en 1808 l'Athénée Médical fondée par R. Laennec, enfin en 1824 la Société de Chimie médicale. Le 20 novembre 1820, l'Académie de Médecine vit le jour sur la suggestion d'Antoine Portal (1742-1832). Puis à partir des années 1830, ce fut la multiplication : Société de Phrénologie (1831), Sociétés des Dermatophiles, Société d'Hippocratismes, Société Médicale du temple et Société médicale d'Observation (1832), Société médico-pathologique (1834), Société d'Accouchement (1836), Société de Chirurgie (1843), Société Médicale des hôpitaux (1849), et enfin la Société de Biologie (7 juin 1848) sur laquelle nous reviendrons pour son rôle dans le mouvement de scientification de la médecine.

⁶³⁸ La *Gazette médicale de Paris*, reprise par Jules Guérin (1801-1886) de la *Gazette de Santé*, *La lancette française*, *L'Union médicale*, *La Revue médicale*, *Les Archives Générales de médecine* (1823), la *Gazette des hôpitaux* (1828), ou encore les *Annales d'Hygiène publique et Médecine légale* (1829).

⁶³⁹ *Dictionnaire des Sciences médicales* (60 vol., 1812-1822), *Dictionnaire de médecine* (30 vol. 1832-1846), *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (15 vol., 1829-1836).

⁶⁴⁰ Voir à ce propos les travaux de George Weisz : Weisz, G., 1994a, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *Social History of Medicine*, 7, 1994, p. 177-211 ; Weisz, G., 1994b, « The Development of Medical Specialization in Nineteenth-Century Paris », *Clio Medica*, 25, p. 149-188 ; Weisz, G., 2006, *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization*, New York, Oxford University Press.

réellement permis l'émergence d'une instance de représentation médicale cohérente⁶⁴¹. Et la réforme de 1803 qui avait créé le statut d'officiers de santé laissait un goût amer aux médecins, un arrière goût d'Ancien Régime, d'autant qu'avec l'officiât de santé, le tout-venant, ou presque, peut devenir médecin.

Ainsi, rien d'étonnant à ce que la crise qui émerge en 1840 ait pour objet le surpeuplement médical, le trop grand nombre de praticiens. Certes, le nombre de médecins avait augmenté, si l'on comptait 139 médecins et 171 chirurgiens à Paris en 1792 pour une population de 610 000 habitants, en 1849, pour 1 035 000 âmes, on recensait 1300 médecins et 160 officiers de santé⁶⁴². Mais on était encore loin de l'encombrement que dénoncent les médecins. C'est bien plutôt un argument pour eux permettant de dénoncer la dégradation de leurs conditions d'exercice et la concurrence des officiers de santé et des charlatans qui sont encore légion. Le surnombre conduirait nombres d'entre eux à la misère financière voire à la pratique du charlatanisme et donc au non-respect de l'éthique telle qu'on l'entendait alors, c'est-à-dire, le respect de règles de bienséance à l'égard de ses confrères. La révolte gronde donc et très vite les médecins se mobilisent. En novembre 1845, un millier de praticiens élus par un tiers au moins de la population se réunit à Paris dans un congrès médical sans précédent. Puis, en 1858, sur le modèle de la *British Medical Association* créée en 1855, il fonde l'Association Générale des Médecins de France (A.G.M.F.). La principale mesure demandée est alors la suppression des corps du second degré, des officiers de médecine qui sont alors considérés comme une porte ouverte à tous les praticiens de bas étage dans la médecine, des officiers de santé aux religieuses qui sont de plus en plus nombreuses⁶⁴³.

Mais cette crise témoigne également des espoirs déçus du médecin. La difficulté de l'application des nouvelles méthodes de clinique (par pudeur, peu de gens se laissent palper) en dehors de l'hôpital, les échecs face à l'épidémie du choléra, la résistance des populations à la vaccination contrastent avec la forte demande médicale de la part du public comme de l'État et conduisent le médecin dans l'impasse de sa propre volonté de reconnaissance. La concurrence est rude dans une société où la croissance n'est pas encore au rendez-vous. Surtout que l'État qui sollicite beaucoup les médecins ne les récompense qu'en médailles et honneurs. Le développement de la médecine et des médecins a été plus vite que celle de la société et dès lors, les médecins s'engagent en politique en y voyant une continuité de leur propre pratique. Une identité de corps se fait jour avec son association unique, ses journaux, ses revendications (paiement à l'acte, libre choix du médecin), son hostilité envers les illégaux et les hétérodoxes (dont les homéopathes sont la première ligne).

Cette crise marque l'avènement de l'engagement politique du médecin qui de plus en plus prend des postes politiques, conseillers locaux, maires ou députés. Le médecin se drape de son rôle nouveau et en expansion d'expert du social et de porteur des aspirations à mieux vivre d'une part grandissante de la population. Les médecins gagnent du terrain, élargissent leur territoire d'action et renforcent le contrôle qu'ils ont sur lui. Ils préparent

⁶⁴¹ Sur les résistances qui se firent jour face au processus de spécialisation, voir Pinell, P., 2005, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005/1, n°156-157, p. 4-36.

⁶⁴² Ackerknecht, E. H., 1967, *op. cit.*, p.151.

⁶⁴³ Olivier Faure parle de plus de 100 000 membres de congrégations religieuses féminines séculières (Faure, O., 1999, « Le médecin de la fin du XVIII^e siècle aux années 1880 », Callebat, L., (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 209-241, ici, p. 236.

les années de dynamisme scientifique à venir et valident la qualification de la médecine comme relais de l'ambition de possession et de maîtrise de la nature, celle du corps social qui n'a alors été réalisée que théoriquement. Les conditions de possibilités institutionnelles de l'émergence de la reconnaissance de la médecine comme profession consultante sont réunies. Mais les médecins vont rapidement constater qu'il leur faut élargir leur prétention, engager une nouvelle territorialisation afin de conclure concrètement celle du corps social.

La cellule : de l'organisme individuel à l'organisme social

La liaison du vivant individuel et du vivant en général, mise en évidence par Bichat et Comte, pour être fondée en liaison avec l'unification du corps individuel et du corps collectif, comme l'avait pensée la Révolution, doit en effet s'intégrer à une théorie physiologique unique : ce sera la théorie cellulaire que Rudolf Virchow (1821-1902) systématisa dans son livre de 1858 *Die Cellularpathologie*. Reprenant à Matthias Jakob Schleiden (1804-1881) et Theodor Schwann (1810-1882) l'idée selon laquelle la cellule constitue l'entité élémentaire de l'organisme, Virchow pense que le corps humain est composé des cellules et de leurs produits, tout comme l'État est composé des individus et de leurs artefacts. Premiers éléments vivants, les cellules sont le siège des manifestations vitales autant que de toutes les maladies, ce sont elles qui déterminent la spécificité des tissus. L'histologie expérimentale se meut en cytologie pour constituer une anatomie générale apte à fonder une anthropologie physiologiquement unifiée. La physiopathologie cellulaire déploie une conception renouvelée de la maladie et du corps. La maladie est la somme des affections cellulaires et peut donc être repérée dans le corps qui n'est rien de plus qu'un ensemble de cellules. Tout en combattant l'étiologie ontologique exogène, il s'en rapproche par un autre biais puisque la cellule malade ou l'amas de cellules est un *ens morbi* (essence de la maladie) matérialisé, se comportant dans l'organisme comme un corps étranger, comme une sorte de parasite endogène⁶⁴⁴. Mais ce solidisme localisateur ne l'empêche pas de développer, et c'est ce qui en fait un penseur de transition entre anatomoclinique et physiologie expérimentale, une conception dynamique de la maladie où celle-ci est un processus. Les limites de la pensée localisatrice de l'anatomopathologie sont déjà en germe dans la pensée de Virchow annonçant la physiopathologie expérimentale de Claude Bernard et sa modélisation dynamique de la maladie. Mais plus largement, Virchow, qui fut également politicien de renom, théorise l'union du corps individuel et du corps collectif dans une théorie cellulaire autant médicale que politique. La politique n'est pour lui que de la médecine à une autre échelle. La maîtrise des phénomènes des organismes vivants individuels s'inscrit dans la droite ligne de la maîtrise des phénomènes de l'organisme social. Ainsi, la fonction-sujet politique du citoyen rejoint celle, physiologique, du vivant individuel de Bichat. Ainsi, du microscopique au macroscopique, de l'individu au collectif, et de la médecine à la politique, la pensée spatialisante règne désormais en maître. Les conditions de possibilités théoriques de l'émergence de la reconnaissance de la médecine comme profession consultante sont réunies mais demandent à la médecine d'élargir ses prétentions. Elle doit désormais, pour assurer sa cohérence interne, faire de la vie entière micro comme macroscopique, son territoire.

⁶⁴⁴ Grmek, M., 1995, « Le concept de maladie », Grmek, M., (dir.), 1995, *op. cit.*, vol. 3, p. 147-167, ici, p. 156.

De la topographie médicale au regard territorial : de l'étendue à l'emplacement

La liaison du microscopique et du macroscopique dans une intervention médicale efficace se fera jour à l'occasion du retour du choléra. Une fois encore, l'hygiène publique, en changeant de modèle, explicite les évolutions nécessaires de la pensée médicale. Les débuts de l'hygiène publique s'organisaient dans un premier temps, nous l'avons vu, autour de topographies médicales, c'est-à-dire de réalisation de cartes indiquant les lieux d'apparition et de manifestation des maladies épidémiques. Cette méthode, cette approche, couplée aux développements de statistiques, fera les beaux jours du médecin hygiéniste. Ce dernier investissait triplement l'espace, d'une part en tant qu'objet d'étude et point de convergence épistémologique, d'autre part au sens où il va progressivement s'immiscer dans les moindres espaces sociaux restés non médicalisés et enfin parce que ce processus de médicalisation assure un renouveau de l'image positive du médecin. Le modèle militaire est ici très présent : les maladies épidémiques envahissent le territoire, gagnent du terrain et il faut donc commencer la lutte. Dans ce combat contre l'envahisseur épidémique, la maîtrise et l'organisation de l'espace qui avaient fait la gloire des armées napoléoniennes deviennent un modèle fécond en médecine. Mais la réalisation de cartes, topographie des étendues, a montré ses limites lors de l'épidémie de choléra à Paris en 1832, car elle manquait d'une pensée comparative des emplacements prête à remettre en cause les idées théoriques sur la cause de l'épidémie. Il fallait penser les connexions, les relations entre les événements, mais aussi entre les différentes pensées médicales pour vaincre ce fléau⁶⁴⁵.

En effet, avant que Filippo Pacini (1812-1883) ne découvre le bacille responsable de cette infection en 1854, on pense que le choléra est dû à des miasmes, à un air vicié, validant ainsi l'analyse de l'étendue et l'idée de l'infection. Mais lorsque le choléra envahit Londres en 1854, l'action du médecin britannique John Snow (1813-1858)⁶⁴⁶ remet en question cette étiologie et offre une idée de la notion d'emplacement qui fixe les agents infectieux dans certains espaces repérés et prépare l'idée selon laquelle l'infection est due à des micro-organismes et relève donc de la contagion.

Confronté à l'épidémie de choléra qui ravage la ville de Londres, John Snow, travaillant sur le terrain, suit de près l'évolution de l'épidémie et réalise une minutieuse enquête, répertoriant le domicile de chaque patient sur une carte, ainsi que chaque maison ayant plusieurs cas à déplorer. En colligeant ces données, il s'aperçoit que la plupart des patients morts habitent au voisinage de pompes à eau. Il dresse ainsi la toute première carte épidémiologique, telle qu'on les établit aujourd'hui. L'analyse des données montre que les cas de choléra de l'épidémie de Londres sont très inégalement répartis, concentrés dans le district de Soho. Au cours de la première semaine de septembre 1854, plus de six cents personnes meurent en dix jours dans une petite zone du quartier de Soho à Londres. L'épicentre de l'épidémie est localisé près d'une pompe de Broad Street (aujourd'hui Broadwick Street), proche du croisement de Cambridge Street. Cette pompe avait rejeté quelques semaines auparavant une eau boueuse brunâtre, dégageant une odeur d'égout.

⁶⁴⁵ François Delaporte a montré comment l'épidémie de choléra de 1832 avait mis en difficulté la médecine physiologique, et notamment Broussais qui avait été conduit à l'aune de l'anatomie pathologie et de la physiologie de l'inflammation à conclure que le choléra était une forme de gastro-entérite. Même si le débat contagion/infection avait finalement fait se rallier la majorité des médecins derrière Broussais, et ce, malgré leurs théories médicales divergentes (Delaporte, F., 1990, *op. cit.*, p. 91-133).

⁶⁴⁶ Nous reprenons cette histoire à Patrick Berche (Berche, P., 2007, *Une histoire des microbes*, Paris, John Libbey, p. 71-72).

John Snow demande au *Board of Guardians* de l'administration communale du quartier de retirer la poignée de la pompe. Le choléra régresse alors de façon spectaculaire. Il est aussi frappé par le fait que les 535 ouvriers d'une usine localisée à Poland Street, au cœur du quartier fortement touché, sont épargnés par la maladie (seulement cinq cas). L'usine n'est pas alimentée par l'eau contaminée de la Tamise mais a son propre puit et les ouvriers n'y boivent que de la bière ! D'où vient l'eau de la fameuse pompe de Broad Street ? Poursuivant son enquête, John Snow étudie les conditions de distribution de l'eau potable à Londres. La ville est approvisionnée par deux compagnies de distribution des eaux, la Lambeth Waterworks Company et la Southwarkand Vauxhall Company. Il montre que la mortalité du choléra est de 315 pour 10 000 foyers (pour une population de 40 046 habitants) dans la zone desservie par la Southwarkand Vauxhall Company, contre 37 pour 10 000 foyers (pour une population de 26 107 habitants) pour la Lambeth Waterworks Company. Faisant une étude rétrospective, Snow constate que, lors d'une précédente épidémie survenue à Londres en 1849, la mortalité avait été similaire dans les zones alimentées par ces compagnies.

On le voit dans cette histoire célèbre, l'emplacement a remplacé l'étendue⁶⁴⁷. Ce sont les relations de voisinage entre points ou éléments qui sont mises en avant et que l'on peut décrire en série. L'emplacement rend en effet mieux compte que l'étendue de l'insertion de la temporalité dans le paradigme spatialisant tout en situant cet espace particulier, propre à l'action⁶⁴⁸, par rapport à un ensemble plus global. L'hygiène nouvelle, ouverte par Snow, fait écho à la conception de l'organisme humain développée par Bichat et son modèle « historique » et poursuivie par Virchow. Ce nouveau mode de traitement de l'espace social permet de valider les conclusions de la médecine physiologique tout en en modifiant les conclusions⁶⁴⁹. La coïncidence entre les organismes individuels et l'organisme social est validée autour de l'idée d'un espace vital pensé sous la forme de relations d'emplacements. Ce n'est pas tant l'étendue de l'espace de vie de l'individu que son emplacement vis-à-vis des autres individus qui joue dans l'avancée de l'épidémie. C'est donc par un déplacement dans la conception de l'espace, relevant d'une modification interne du paradigme spatialisant, que se concrétise l'idée d'une contamination des organismes par d'autres organismes et ouvre la voie à l'étiologie pasteurienne. La spatialisation montre ici son efficacité pratique, de lutte contre la maladie, mais aussi théorique de renouvellement des savoirs. Déjà se dessine la médecine moderne, expérimentale, où l'homéostasie du milieu interne de l'organisme assure sa santé, même face à des maladies dont on découvre qu'elles viennent de l'extérieur. Claude Bernard et Louis Pasteur (1822-1895) sont, sans jeu de mots, en germes, dans cette conception de l'emplacement. La spatialisation sous forme d'emplacement déploie le dernier terme de la médecine moderne, celui de sa scientificité, en lui assurant un nouvel objet, un territoire nouveau : la vie elle-même. L'entrée du modèle relationnel dans la conception de l'organisme vivant qui s'était opérée avec Bichat

⁶⁴⁷ Foucault, M., 1984d, « Des espaces autres » (conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967), *Architectures, Mouvement, Continuité*, n°5, octobre 1984, p. 46-49, *Dits et écrits*, texte 360, vol. 2, p. 1571-1581, ici, p. 1572.

⁶⁴⁸ Article « emplacement », *TLFi*.

⁶⁴⁹ En effet, en mettant l'accent sur la gastro-entérite, Broussais avait favorisé l'application de l'attention médicale sur le système digestif où l'inflammation était engagée. Mais ce fut au profit d'une conception infectieuse où l'air et les miasmes étaient la cause de cette maladie. Voir à ce propos, Delaporte, F., 2004a, « Choléra », Lecourt, D., (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 243-249, ici, p. 246.

réorganise le paradigme spatialisant d'une pensée de l'étendue à une pensée de l'emplacement. La territorialisation de la vie, ainsi rendue possible, va conduire à l'apparition de la biologie et de la médecine scientifique.

LA MÉDECINE SCIENTIFIQUE : LA RÉVOLUTION DU LABORATOIRE

Bien que les médecins aient repris en main leur propre destin, le développement de la médecine scientifique sera pourtant le fait de non-médecins. Suite à la modélisation épistémologique du philosophe Auguste Comte, Claude Bernard, diplômé de médecine n'ayant jamais soigné un malade⁶⁵⁰ ou le chimiste Louis Pasteur influencent de façon durable la médecine bien qu'ils ne soient absolument pas praticiens. La médecine se scientifie, la science se médicalise. Un espace nouveau s'ouvre pour la recherche médicale : le laboratoire qui achève de séparer le médecin de son malade en offrant les conditions de concrétisation de la troisième territorialisation du discours médical, grâce à laquelle il franchira le seuil de sa scientificité, la territorialisation de la vie elle-même.

La Société de biologie

L'importance de la philosophie biologique de Comte dans la médecine sera marquée par le passage de sa notion de milieu vers la physiologie expérimentale de Claude Bernard au moyen de la Société de biologie fondée en 1848 par Charles Robin et Louis Auguste Segond (1819-1908). Pour advenir, la biologie, dont le terme apparaît en 1802 sous la plume de Jean-Baptiste de Lamarck (1744-1829), doit dépasser le cadre comtien d'une science fondamentale pour s'affirmer comme un programme de recherche à part entière. C'est ce tournant que marque la création de la Société de biologie de Paris qui naît sous influence directe du positivisme. Le manifeste de sa création est d'ailleurs clair sur les enjeux de ce nouveau domaine : il s'agit de rassembler les disciplines pour étudier les phénomènes vitaux. Ne pouvant faire l'objet d'une observation directe, les phénomènes vitaux impliquent de constituer une science expérimentale, capable de ruser pour analyser ce qui ne se donne pas directement au regard. Et surtout, la biologie est alors définie indépendamment de la médecine :

Le temps est venu, par suite du développement de ces sciences, de les considérer d'abord indépendamment de toute idée d'application. Ce n'est que de la sorte qu'elles pourront faire de rapides progrès ... Sa marche doit être nettement tracée d'avance si l'on veut voir, par une réaction inévitable, l'art médical faire bientôt des progrès rapides, analogues à ceux que l'étude isolée de la physique et de la chimie ont déterminés de nos jours dans les arts industriels⁶⁵¹.

Annnonce révolutionnaire, la biologie doit se fonder indépendamment de la médecine qui est dès lors définie comme l'application des sciences biologiques. Il s'agit surtout de rompre avec la clinique qui montre ses limites. L'étude des processus vitaux ne pouvant plus se limiter à l'examen morphologique des séries d'états successifs, la nécessité d'outils d'investigations dynamiques pour étudier les régularités dans l'évolution d'une maladie se fait sentir, notamment depuis la physiologie expérimentale de Bichat. Si la clinique offre cette possibilité, elle est trop limitée, il faut lui substituer une observation active permettant de faire varier les conditions afin de tester les hypothèses sur les liens de causalité.

⁶⁵⁰ Grmek, M., 1995, *op. cit.*, p. 157.

⁶⁵¹ *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie*, première année, 1849, J.-B. Baillière, 1850, Cités par Salomon-Bayet, C., « Penser la révolution pastoriennne », Salomon-Bayet, C., (éd.), 1986, *Pasteur et la révolution pastoriennne*, Paris, Payot, p. 15-62, ici, p. 20.

La biologie comme étude isolée des phénomènes vitaux sera donc la mère des progrès de la médecine. Les sciences, que l'on disait « accessoires » au début du XIX^e siècle, deviennent fondamentales. Le médecin devient l'applicateur de découvertes scientifiques, le médecin-biologiste doit devenir, à l'instar du physicien industriel, le modèle de l'ingénieur, tout à la fois savant et applicateur de ses découvertes. Le savoir iconique se retourne ici dans sa propre application. Les faits sont désormais des artefacts de laboratoire et le médecin tente de les retrouver au sein des individus vivants. Le modèle abstrait des sciences biologiques devient le modèle de la médecine concrète qui s'attelle alors à la reconstruction *in vivo* des théories de laboratoire. L'homme devient le lieu de confirmation des faits de laboratoire. Mais pour se faire, pour faire communiquer la biologie et la médecine, il fallait unifier le monde vivant dans son fonctionnement et sa stabilité. Il fallait confirmer les assertions de Bichat pour dépasser définitivement le vitalisme dans un déterminisme physico-chimique. C'est ce que réalise Magendie et surtout son assistant Claude Bernard qui, rappelons-le, fut dès sa création vice-président de la société de biologie qu'il présidera finalement de 1868 à 1878. Bien qu'il ne cite jamais Comte, il est imprégné de positivisme et confirmera ainsi nombre d'analyses théoriques du philosophe. À la Révolution sociale de 1848, qui une nouvelle fois fait tomber la monarchie au profit d'une république, correspond donc la constitution d'un paradigme du savoir où enfin, le principe vital supérieur et extérieur à la matière semble pouvoir totalement disparaître.

La révolution expérimentale

Cette révolution médicale, qui pour Lichtenhaeler⁶⁵² marque la modernité de la discipline, peut se résumer en six points, six thèses d'un programme révolutionnaire. La physiologie et la médecine ne sont pas des sciences (1) : la médecine est un empirisme pour Magendie comme pour Claude Bernard. Il n'y a que la chimie et la physique qui peuvent prétendre au statut de sciences, car elles sont expérimentales (2). La physique et la chimie doivent donc être des modèles et des soutiens pour la physiologie (3). Il faut par conséquent reprendre la physiologie à zéro, avec l'aide exclusive de l'expérience et en s'appuyant sur les sciences expérimentales (4). Seuls les faits sont les fondements de la science, les mettre en lumière et en accroître le nombre est la tâche du chercheur. Mais il faut également établir les relations qui existent entre eux et les lois qui les régissent. Néanmoins, et même si les principes physiques et chimiques s'appliquent aux vivants organiques, il faut conserver une certaine indépendance de la physiologie (5), car les corps organiques sont différents des corps inorganiques. La physiologie étudiera les fonctions d'un organisme sain, et dès lors, la pathologie étudiera les fonctions perturbées par différents facteurs. En conséquence, la pathologie ne sera rien d'autre que la physiologie pathologique (6) : « La médecine est la physiologie de l'homme malade »⁶⁵³. Le lien est tissé entre théorie et pratique : la connaissance scientifique authentique débouche sur la thérapeutique et la prophylaxie, bref sur l'action. Le véritable scientifique est désormais un ingénieur. Voilà la révolution engagée par François Magendie (1783-1858) à la suite de Bichat et que Claude Bernard poursuivra et approfondira.

⁶⁵² Lichtenhaeler, C., 1975, *op. cit.*, dix-septième conférence, p. 395-424.

⁶⁵³ Phrase de Magendie, citée par Lichtenhaeler (*Ibid.*, p. 409).

Comme toute révolution, celle-ci a des précédents. En effet, l'ambition expérimentale de Magendie, à qui Lichtenhaeler attribue la paternité de cette révolution médicale, est héritée de son maître Bichat. L'élève critiquera le maître principalement sur son vitalisme⁶⁵⁴. Premièrement donc, pour Magendie, si les phénomènes vitaux sont irréductibles aux phénomènes chimiques et physiques, il n'est pourtant pas nécessaire que ces deux domaines soient en lutte. Deuxièmement, la diversité des phénomènes vitaux selon les organes peut être comprise sans faire appel à une multitude de propriétés vitales, mais simplement en rappelant que ses effets seront différents dans des corps différemment organisés. Autrement dit, la notion de « force vitale » bien qu'encore utilisée par Magendie est finalement inutile. Mais il faudra attendre Claude Bernard pour la voir disparaître. Mais la prééminence de Bernard face à Magendie tient également à des conditions matérielles. Les conditions étaient donc réunies pour que se développe la volonté expérimentale, mais des lieux devaient y être consacrés, car l'hôpital lieu d'accueil avant tout n'offrait pas les conditions nécessaires à l'établissement de protocoles expérimentaux stricts. Passer la nature « à la question » demandait de l'ordre et de l'organisation. Certes des laboratoires existaient déjà, en premier lieu au Collège de France, temple de la science, mais ils étaient vétustes et inappropriés. C'est d'ailleurs pour cette raison, selon Claude Bernard, que Magendie n'a pu fonder la médecine expérimentale :

[L]'application de la méthode expérimentale aux animaux s'est trouvée entravée à son début par l'absence de laboratoires appropriés et par des difficultés de tout genre qui disparaissent aujourd'hui, mais que j'ai souvent ressenties moi-même dans ma jeunesse⁶⁵⁵.

Le laboratoire du physiologiste est le plus complexe des laboratoires, car le physiologiste analyse les formes les plus complexes de la vie. Cette carence matérielle favorisera donc Bernard face à Magendie et lui permettra d'établir la méthode expérimentale sur la base des principes exposés par Magendie. Le laboratoire est « la condition *sine qua non* du développement de la médecine expérimentale »⁶⁵⁶.

La méthode expérimentale repose sur trois démarches, successives et complémentaires, qui ne peuvent se réaliser en dehors du laboratoire : observation, expérimentation, raisonnement expérimental. L'observation assure la formation d'hypothèses que l'on peut ensuite vérifier par l'expérimentation, c'est-à-dire l'observation provoquée. La théorie est donc définie comme une hypothèse soumise à la méthode expérimentale. Le raisonnement permet d'unifier ces deux moments d'observation. Si l'hypothèse est soumise à la seule logique, c'est un système. Surtout, il faut régulièrement tester les hypothèses afin de ne pas tomber dans l'immuabilité de la doctrine. Cette exigence appelle à la répétition des expérimentations et implique donc la constance du déterminisme. Reproductible à l'infini, les expériences menées, à l'instar de celle paradigmatique du foie lavé, assurent la certitude des théories découvertes et assoient le déterminisme essentiel de la nature. C'est également ce qui assure l'universalité des

⁶⁵⁴ Philippe Huneman montre que l'argumentation de William Randall Albury selon laquelle le différent de Bichat et Magendie repose sur une opposition entre une procédure de recherche par observation et une procédure de recherche par expérimentation ne tient pas (Huneman, P., 1998, *op. cit.*, p. 94-95).

⁶⁵⁵ Bernard, C., 1865, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, J.-B. Baillière, Paris, Nouvel Office d'édition, 1963, p. 237.

⁶⁵⁶ *Ibid.*, p. 238.

théories. C'est en ce sens que « la science et les savants sont cosmopolites »⁶⁵⁷. La méthode expérimentale assure la certitude universelle des théories fondée sur un déterminisme absolu de la matière.

En ce sens, la médecine expérimentale répond parfaitement à l'homogénéité et à l'unicité de l'espace euclidien. La matière qui le compose ne peut pas être simultanément ce qu'elle est et autre chose que ce qu'elle est. Le principe de non-contradiction assure à l'espace euclidien une cohérence, un déterminisme, qui le rend accessible à tous niveaux à l'expérimentation. La médecine devient scientifique puisqu'elle ne s'intéresse plus à l'origine de la vie mais aux lois de son déroulement. La maîtrise du vivant se modèle sur celle de la nature, autrement dit, se réalise par l'expérimentation qui est une maîtrise complète des phénomènes expérimentés. Cette méthode proprement physique, permet le développement de la physiologie expérimentale et son unification méthodologique aux autres sciences de la vie et de la nature. Par cette technique, le médecin devient maître d'un phénomène jusqu'alors impénétrable : la vie.

L'expérience et l'expérimentation assurent en effet à l'hypothèse une cohérence avec le réel et donc développent une vérité sous forme de correspondance⁶⁵⁸. La science ne se contente plus d'observer le réel, elle le contraint à révéler ses vérités. La science se globalise en constituant les moyens de justification de ses propres réflexions. La médecine se scientifie en se développant comme une rationalité à part entière, c'est-à-dire, régissant et enveloppant l'ensemble du réel et de son fonctionnement propre. En recentrant la médecine sur l'expérimentation, sur le parcours de création d'un fait scientifique médical sur la technique, Claude Bernard se distingue de la clinique pour inaugurer le modèle du laboratoire. La clinique est un mal nécessaire fixant l'objet de la médecine, elle est la base de la médecine. Elle est l'étude première du médecin, mais n'est pas pour autant le fondement de la médecine scientifique⁶⁵⁹. Mais la clinique et l'hôpital ne sont plus le monde du médecin, le laboratoire devient le dernier terme de la médecine. L'hôpital est le « vestibule de la science », tandis que le laboratoire en est le « vrai sanctuaire »⁶⁶⁰. Sans renier la clinique, Bernard en fait un accessoire de la médecine expérimentale, l'hôpital apporte au laboratoire « les divers produits pathologiques sur lesquels doit porter l'investigation scientifique »⁶⁶¹. Bernard veut faire de la médecine une science dérivée de la physiologie, elle-même devenue une science expérimentale rigoureuse fondée sur le principe du déterminisme des phénomènes. Or, ce déterminisme, seul invariant capable de fonder scientifiquement la physiologie, implique qu'entre les phénomènes pathologiques et physiologiques, ce sont les conditions qui diffèrent et non la nature des processus en cause (principe de Broussais). C'est ce qui explique que la médecine, comme pathologie physiologique, soit subordonnée à la physiologie expérimentale. La médecine est le bras armé de la biologie, la technique poursuivant dans le pathologique la science biologique. Déjà, la médecine s'esquisse comme seule pathologie, comme science des maladies, mais reposant sur la rigueur de la physiologie, devenue biologie. La médecine franchit le seuil de

⁶⁵⁷ *Ibid.*, p. 239.

⁶⁵⁸ On distingue plusieurs formes de vérité : de correspondance, de consensus ou de cohérence. La vérité de correspondance est le modèle le plus répandu dans la pensée occidentale, elle désigne une adéquation entre le réel et la théorie, autrement dit, une pensée exprimée dans un énoncé est vraie si elle décrit fidèlement ce qui est.

⁶⁵⁹ Bernard, C., 1865, *op. cit.*, p. 235.

⁶⁶⁰ *Ibid.*, p. 236.

⁶⁶¹ *Ibid.*, p. 240.

son épistémologisation si l'on entend par là, avec Foucault, le moment où « dans le jeu d'une formation discursive, un ensemble d'énoncés se découpe, prétend faire valoir (même sans y parvenir) des normes de vérification comme de cohérence et qu'il exerce, à l'égard du savoir, une fonction dominante (de modèle, de critique ou de vérification) »⁶⁶². C'est en ce sens que désormais armée d'une méthode proprement scientifique, la médecine peut exclure de son champ toute proposition mettant en jeu des notions substantielles et qualitatives⁶⁶³ et, de ce fait, le malade individuel. Car même si le malade reste le sujet premier du médecin, ce sujet, anhistorique, n'est l'objet silencieux de l'expérimentation.

Le sujet d'étude du médecin est nécessairement le malade, et son champ premier d'observation est par conséquent l'hôpital. Mais si l'observation clinique peut lui apprendre à connaître la forme et la marche des maladies, elle est insuffisante pour lui en faire comprendre la nature ; il lui faut pour cela pénétrer dans l'intérieur du corps et chercher quelles sont les parties internes qui sont lésées dans leurs fonctions. C'est pourquoi on joignit bientôt à l'observation clinique des maladies leur étude nécropsique et les dissections cadavériques. Mais aujourd'hui ces divers moyens ne suffisent plus ; il faut pousser plus loin l'investigation et analyser sur le vivant les phénomènes élémentaires des corps organisés en comparant l'état normal à l'état pathologique⁶⁶⁴.

En faisant du médecin un physiologiste, Claude Bernard l'éloigne de la clinique et du malade, imprimant à la médecine une insensibilité à la souffrance dont elle va difficilement se départir. La médecine devenue science avec l'appui de la physiologie expérimentale quitte son statut d'art de l'existence. L'oubli du malade est consommé.

[L]e physiologiste n'est pas un homme du monde, c'est un savant, c'est un homme qui est saisi et absorbé par une idée scientifique qu'il poursuit : il n'entend plus les cris [...], il ne voit plus le sang qui coule, il ne voit que son idée et n'aperçoit que des organismes qui lui cachent des problèmes qu'il veut découvrir⁶⁶⁵.

La critique bernardienne du vitalisme et ses limites

Il faut dire que Bernard parvient à dépasser l'aporie de Bichat concernant la singularité de la vie. Ce déterminisme des phénomènes n'admet aucune exception, ce qui permet à Bernard de critiquer le vitalisme à l'œuvre dans la physiologie de son temps. Le propos de la physiologie bernardienne n'est pas de rechercher l'essence des maladies ou la cause de la vie, mais uniquement de rechercher les rapports entre conditions et phénomènes dans le vivant. Mais à de telles conditions, et comme il l'admet d'ailleurs, la vie ne serait qu'un mécanisme⁶⁶⁶. Seulement Bernard doit tout de même rendre compte de la spontanéité apparente et de l'autoconservation des phénomènes vitaux. C'est à cet égard qu'il établit en

⁶⁶² Foucault, M., 1969, *op. cit.*, p. 252.

⁶⁶³ « [...] à partir du XIX^e siècle, une proposition n'était plus médicale, elle tombait "hors médecine" et prenait valeur de fantasme individuel ou d'imagerie populaire si elle mettait en jeu des notions à la fois métaphoriques, qualitatives et substantielles », Foucault, M., 1971, *L'ordre du discours*, Paris, Gallimard, p. 34.

⁶⁶⁴ Bernard, C., 1865, *op. cit.*, p. 227.

⁶⁶⁵ *Ibid.*, p. 170.

⁶⁶⁶ Bernard, C., 1947, *Principes de médecine expérimentale*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 12.

1851 le concept de milieu intérieur qui est l'intermédiaire entre les organes et le milieu externe permettant à ceux-là de ne pas être affectés directement par celui-ci. Le milieu⁶⁶⁷ intérieur obéit aux lois physico-chimiques, tout en permettant à l'organisme de donner l'illusion qu'il s'y soustrait. Ainsi, tout en suivant la méthode expérimentale, la physiologie doit reconnaître la spécificité de son objet qui est d'avoir un déterminisme médiatisé. C'est ainsi que Bernard peut résoudre le problème de Bichat de concilier l'autonomie de la physiologie (et donc la singularité de la vie) et son statut de science, tout en sortant l'étiologie de l'anatomie pathologique de la lésion. La vie et les maladies sont des expressions littéraires qu'on ne peut comprendre qu'à partir du milieu intérieur. La vie est le résultat du contact de l'organisme et du milieu, tandis que la maladie est l'altération du milieu intérieur.

Mais une fois encore, le modèle proposé montre rapidement ses limites. Bien que Claude Bernard développe, à l'instar de Bichat, une pensée historique, c'est-à-dire un modèle relationnel et fonctionnel de la maladie, il ne parvient pas à intégrer totalement l'histoire au sein du paradigme spatialisant. Lui aussi doit à son tour maintenir un élément vital organisateur, ainsi que nous allons le voir en étudiant le concept central de la pensée « historique » de Bernard, l'homéostasie.

En 1860, Bernard met en lumière l'équilibre dynamique qui nous maintient en vie et le qualifie d'homéostasie. L'homéostasie d'un organisme cellulaire est sa capacité autorégulée à conserver un fonctionnement satisfaisant et un équilibre entre le compartiment intracellulaire et le compartiment extracellulaire (le milieu intérieur, c'est à dire intérieur à l'organisme mais extérieur aux cellules) séparés par la membrane cellulaire, malgré une contrainte extérieure. Ainsi réapparaît l'idée de la santé comme principe d'autorégulation de l'organisme, et donc comme principe de vie et état normal de l'homme. Le défaut essentiel de l'organisme ne réside donc pas essentiellement dans une de ses parties mais dans son pouvoir d'intégration harmonieuse des parties et d'adaptation aux changements du milieu extérieur. Ainsi, à la suite de Bichat, Bernard présente une pensée d'ordre historique fondée sur un modèle relationnel ou fonctionnel de la maladie, mais cette pensée historique ne s'applique pas à l'individu vivant dans sa totalité. Comme le remarque Canguilhem⁶⁶⁸, l'approche du normal et du pathologique de Bernard laisse de côté le fait que la maladie touche la totalité de l'organisme et non, seulement, une fonction particulière, mais aussi le fait que l'expérience de la maladie possède une dimension résolument subjective. L'approche fonctionnelle ne parvient pas à être généralisée au vivant humain, puisque cela demanderait d'intégrer la subjectivité qui façonne la relation du vivant à son milieu, or cet élément reste encore une intelligible étrangeté.

L'impossible systématisation de la théorie fonctionnelle à la totalité de l'organisme vivant, et particulièrement humain, est due à une « mollesse philosophique »⁶⁶⁹ propre à l'œuvre de Bernard, mollesse qui lui permet néanmoins de saisir l'organisme vivant dans une pensée matérialiste et déterministe. Bernard reste en effet épistémologiquement indécis⁶⁷⁰ et se contente d'affirmer sa volonté de n'être ni vitaliste, ni matérialiste, ce qui le mène à être l'un ou l'autre selon les circonstances. Militant pour la réduction des

⁶⁶⁷ Remarquons, comme le précise Canguilhem, que la notion a glissé par l'intermédiaire de Buffon et de Lamarck de la physique newtonienne à la biologie (Canguilhem, G., 1957, *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 1975, p. 129-154).

⁶⁶⁸ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 49-51.

⁶⁶⁹ Pichot, A., 1993, *Histoire de la notion de vie*, Paris, Gallimard, p. 698.

⁶⁷⁰ *Ibid.*, p. 690.

phénomènes vivants aux processus physico-chimiques, il défend pourtant l'idée que ces processus locaux sont unifiés et coordonnés par quelque chose d'autre, irréductible à la matérialité. Bernard ne parvient donc pas à résoudre l'opposition du vitalisme et du mécanisme, ce qui est d'ailleurs une constante de l'histoire de la biologie⁶⁷¹. Mais par le biais de ce dualisme, Bernard peut renforcer sa rigueur méthodologique et son approfondissement du champ de la matérialité en rejetant la question de la force vitale du côté du non-scientifique, de la métaphysique. Il affirme ainsi que seule la question du comment est à la portée de l'homme, celle du pourquoi est de l'ordre du sentiment et non de la raison et doit donc être exclu de la science⁶⁷². Les principes physico-chimiques ne peuvent expliquer la formation de l'être vivant (sa forme et son développement temporel), on rejette donc ces deux éléments du côté de la métaphysique pour justifier leur abandon⁶⁷³. L'élimination du facteur morphologique par l'assimilation à un principe vital inaccessible à la science permet à Bernard de rejeter également le temporel dans l'ordre de la métaphysique et c'est ce qui lui permet d'assurer sa physiologie physico-chimique et expérimentale. Cet état de fait conditionnera la biologie moderne à être non une étude de la vie, mais une étude de la matérialité des êtres vivants. La « mollesse philosophique » bernardienne est la condition de possibilité du développement et de l'expansion de la physiologie expérimentale. Ainsi passe, une fois encore, à la trappe de la science, l'essence vitale de l'homme comme harmonie préétablie, l'unité du vivant comme histoire singulière non exclusivement matérielle. Les fonctions biologiques sont désormais expliquées par l'articulation de processus chimiques et c'est ce qui permet d'affirmer l'unité du phénomène vivant par sa seule composition réglée. La constance du milieu intérieur permet de remplacer la persistance de l'être vivant dans son être, acquise par principe sans être expliquée, qui dominait la conception hippocratique de la vie. L'unité est donc affirmée, mais au niveau de la fonction et non de l'organisme, comme le soulignera très justement Canguilhem.

Pas plus que Bichat, Bernard ne parvient à intégrer l'unité du vivant individuel dans la pensée spatialisante. Selon Pichot, une forme de retour en arrière s'opère même avec Bernard. Car, contrairement à la biologie de Lamarck que Bernard parvient à faire oublier, le modèle bernardien est profondément statique : le modèle de la vie est un maintien de la stabilité au sein duquel, contrairement au transformisme de Lamarck, la temporalité ne joue pas un grand rôle.

La dimension temporelle de l'être vivant n'est pas niée, mais elle est séparée de l'organisation physico-chimique de l'être vivant caractérisée par une stabilité régulée. Elle est en quelque sorte étrangère à celle-ci⁶⁷⁴.

Comme chez Comte, ce qui constitue le vivant individuel, c'est-à-dire sa forme, sa fonction morphologique qui le distingue des êtres inanimés, et que Bernard ne parvient pas à expliquer autrement que par une force métaphysique, est rattaché à l'histoire des vivants individuels pris comme communauté historique. C'est dans l'hérédité que se trouve le principe métaphysique de la morphogenèse des vivants individuels (ce qui conduira Bernard à se positionner contre la génération spontanée). Pour se former, le vivant a besoin

⁶⁷¹ Canguilhem, G., 1957, *op. cit.*, p. 85.

⁶⁷² Bernard, C., 1865, *op. cit.*, p. 138.

⁶⁷³ Il faudra attendre la théorie génétique et la biochimie moderne pour permettre la réintégration de la forme et du temps dans la physiologie.

⁶⁷⁴ Pichot, A., 1993, *op. cit.*, p. 757.

d'une « empreinte » du passé, d'une forme de « souvenir »⁶⁷⁵. L'histoire est ici histoire naturelle des vivants rapportée à l'hérédité, mais inexplicable par la physiologie expérimentale. Ainsi, Bernard, s'il renforce la prise en compte de l'organisme individuel par le savoir iconique typique du monde acosmique, il ne parvient pas à passer outre l'opposition du vitalisme et du mécanisme. Il réussit seulement à extraire les considérations historiques du sens, du pourquoi, du champ de la science. La synthèse que l'on peut obtenir à propos de l'organisme vivant individuel à partir de l'étude analytique et systématique de ses éléments matériels serait « très incomplète », à l'instar de la compréhension de la vie sociale à partir de l'étude de l'homme isolé⁶⁷⁶. Bernard poursuit le propos comtien. La territorialisation scientifique de la vie reste encore difficile et ce, bien que la méthode scientifique expérimentale ait conquis la médecine. Il faudra attendre le darwinisme pour voir émerger une association plus solide du principe vital, temporel et historique, irréductible de tout être vivant à une histoire généralisée des hommes entre hérédité et sélection naturelle. Bien que ce ne sera, *in fine*, que la théorie génétique qui réintégrera le germe vital ici en question au sein d'une approche matérialiste.

⁶⁷⁵ Bernard, C., 1872, *De la physiologie générale*, Paris, J.-B. Baillière, p. 148.

⁶⁷⁶ Bernard, C., 1865, *op. cit.*, p. 151.

LA TERRITORIALISATION DE LA VIE PAR LA POPULATION

Alors que la médecine fonde sa scientificité et son épistémologie sur les bases de la biologie et tente de fonder scientifiquement le modèle anthropologique de l'individu disciplinaire, l'anthropologie fait son apparition comme discipline scientifique en France. Le choc qui en ressort est alors symptomatique des limites de la biologie à saisir le vivant individuel dans sa singularité vitale. En effet, c'est sur les mêmes bases biologiques que l'anthropologie va affirmer sa distinction d'avec la médecine. L'anthropologie s'affiche « comme une “biologie du genre humain” dans un espace institutionnel typiquement médical »⁶⁷⁷, tandis que la médecine se présente naturellement comme le modèle et la grande sœur de l'anthropologie. Une guerre s'ouvre alors pour le territoire de l'homme et de sa vie. La naissance de la discipline anthropologique fait événement en marquant la territorialisation de la vie, tant par le savoir évolutionniste, que par le pouvoir biopolitique. L'inclusion de la médecine dans la politique se concrétise ouvrant la voie à la définitive reconnaissance de la médecine comme profession consultante.

Du médical au social : la discipline anthropologique

L'institutionnalisation de la discipline anthropologique par la création en 1859 de la Société d'anthropologie de Paris (SAP) marque un tournant dans la pensée médicale vers le social et l'homme en tant qu'espèce, comme vers la réduction matérialiste et naturaliste. Fondée par Paul Broca (1824-1880), qui fut un membre actif de la Société de biologie, la SAP engage l'avènement de l'anthropologie comme science à part entière autour d'une forte orientation médicale, d'une primauté des recherches sur les caractères physiques du corps humain. La question de la délimitation philosophique de la médecine et de l'anthropologie sera au cœur des débats, notamment après la mort de Broca. La médecine constitue en effet, le fondement méthodologique et disciplinaire de l'anthropologie mais également l'horizon à partir duquel l'anthropologie doit se dégager comme discipline à part entière⁶⁷⁸. C'est donc moins dans les méthodes que dans l'objet cible que l'anthropologie va acquérir sa spécificité. Broca, en 1866, lui attribue ainsi pour rôle l'étude « du genre humain dans son ensemble, dans ses détails, et dans ses rapports avec le reste de la nature »⁶⁷⁹. L'anthropologie quitte l'individu médical pour la population humaine : « les faits de l'anthropologie sont relatifs à des collections d'individus, et non à des hommes isolés »⁶⁸⁰. Elle synthétise de nombreuses sciences autour d'un « groupe central de connaissances positives qui lui appartiennent en propre »⁶⁸¹, et que Broca situe dans le champ de l'histoire naturelle de l'homme, « c'est-à-dire l'anatomie et la biologie de

⁶⁷⁷ Blanckaert, C., 1978, « Médecine et histoire naturelle de l'homme : l'anthropologie française dans la seconde moitié du XIX^e siècle », Poirier, J, Poirier, J.-L., 1978, *Médecine et philosophie à la fin du XIX^e siècle*, Cahiers de l'institut de recherche universitaire d'histoire de la connaissance, des idées et des mentalités, n° 2, p. 101-116, ici, p. 112.

⁶⁷⁸ *Ibid.*, p. 103.

⁶⁷⁹ Broca, P., 1866, « Anthropologie », *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, Tome 5, Broca, P., 1989, *Mémoires d'anthropologie (1871-1874)*, Paris, Jean-Michel Place, p. 1-41, ici, p. 1.

⁶⁸⁰ *Ibid.*, p. 13.

⁶⁸¹ Broca, P., 1869, « Histoire des progrès des études anthropologiques depuis la fondation de la Société », Broca, P., 1989, *op. cit.*, p. 488-509, ici, p. 501.

l'homme »⁶⁸². L'anthropologie s'attribue en fait l'histoire naturelle de l'homme qui était devenue avec Bichat, le nœud épistémologique, d'une médecine de l'individu.

[E]lle se consacrait à l'histoire naturelle de l'Homme et visait la biologie du genre humain, insistant sur ce qui faisait la singularité et la supériorité de ses représentants (l'emplacement du trou occipital, les mains, les jambes) relevant aussi parentés ou éloignements avec les espèces de proximité (grands singes). Monographie d'une espèce ou d'un genre (l'emploi de l'un ou de l'autre terme impliquait des retombées mono ou polygénistes), elle devait fournir la description physique, puis les modes d'existence et les mœurs de ce groupe⁶⁸³.

Ainsi définie comme science naturelle, elle peut se distinguer de la médecine, par son objet, tout en en reprenant les méthodes et les acquis. L'anthropologie fonde son identité sur cet objet, la population humaine, et sur une méthode, l'observation des séries. Les statistiques y prennent donc une place très importante, concrétisant la médecine statistique rêvée par Pierre-Charles Louis (1787-1872). « Science de l'homme en tant que collectif [...] l'anthropologie est une science du quantitatif »⁶⁸⁴. C'est autour de ce parti pris matérialiste et quantitatif que l'anthropologie se constitue et se maintient. Mais encore faut-il qu'elle évite les écueils qui se présentent à elle.

Aux yeux de Broca, il ne fait donc pas de doute que l'unité de l'anthropologie ne peut être maintenue qu'à un double prix : ne pas s'engager sur le terrain du psychologique et du social, et ne pas transformer les opinions scientifiques en positions politiques⁶⁸⁵.

Ce sont pourtant ces deux limites que l'anthropologie va finir par transgresser. Très vite, l'anthropologie glisse du côté du social. De l'anthropométrie qui lui donnait sa force de science fondamentale, l'anthropologie se tourna vers les grandes questions sociologiques qui ont pu lui offrir un statut et une légitimité dans la culture scientifique elle-même. Avec la direction de Paul Topinard (1830-1911), l'anthropologie de la SAP s'organise en effet comme anthropologie pratique et donc spontanément réformatrice⁶⁸⁶. Le groupe *Matérialisme scientifique*, parasite fortement politisé, issu de l'Institut d'anthropologie et rassemblant des membres de la SAP, va poursuivre cette transition vers le politique et le social, mais tout en maintenant une approche biologique qui, chez eux, tend rapidement au réductionnisme. Ils cherchent en effet « une sorte de nombre d'or, un principe unitaire qui aurait fourni la base de compréhension de l'humain dans sa totalité, clé d'interprétation du fonctionnement tant physiologique que cérébral et moral »⁶⁸⁷.

Charles Letourneau (1831-1902), troisième secrétaire général de la SAP, trouva dans la notion de besoins, cet élément premier apte à fonder une réelle anthropologie culturelle. La gradation des besoins assurait la compréhension des perfectionnements et spécialisations

⁶⁸² *Ibid.*

⁶⁸³ Wartelle, J.-C., 2004, « La Société d'Anthropologie de Paris de 1859 à 1920 », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 1/2004, p. 125-171, ici, p. 128.

⁶⁸⁴ Richard, N., 2001, « Rituels d'instauration et constitution des identités disciplinaires : les lieux de mémoire de l'anthropologie (1859-1900) », Blanckaert, C., (dir.), 2001, *Les politiques de l'anthropologie. Discours et pratiques en France (1860-1940)*, Paris, L'Harmattan, p. 337-364, ici, p. 353.

⁶⁸⁵ *Ibid.*, p. 355.

⁶⁸⁶ Blanckaert, C., 2001, « Les usages de l'anthropologie », Blanckaert, C., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 9-26, ici, p. 10.

⁶⁸⁷ Wartelle, J.-C., 2004, *op. cit.*, p. 166.

des tissus et des fonctions, autant que l'évolution culturelle de l'espèce humaine. Ainsi était dépassé le clivage premier de l'anthropologie telle qu'elle apparue au XVI^e siècle entre anatomie ou science du corps et psychologie ou science de l'âme⁶⁸⁸. L'*homo duplex* de l'ancienne anthropologie⁶⁸⁹ était enfin devenu, au sein d'un naturalisme matérialiste, unifié, contre un passé que l'homme de Cro-Magnon de la préhistoire naissante venait d'identifier. La rencontre de « l'espace de la géographie humaine » et du « temps long des phylogénies »⁶⁹⁰ était assuré par ce modèle de l'homme comme membre d'une espèce qui n'est plus celle de Cro-Magnon, tout en en revendiquant la liaison. Si Léonce Manouvrier (1850-1927), secrétaire suivant de la Société prôna un léger retour vers l'anthropologie physique, son peu d'influence et l'avènement du darwinisme social finirent d'associer l'anthropologie à l'économie sociale et politique. La sociologie d'Émile Durkheim (1858-1917) puis l'ethnologie d'Arnold Van Gennep (1873-1957) transportèrent définitivement l'anthropologie dans l'ordre épistémologique du social.

La théorie de l'évolution ou la territorialisation définitive de la vie humaine

Les conditions de possibilités institutionnelles d'une territorialisation de la vie n'ont pu émerger que par une modification du savoir médical concernant l'histoire naturelle des hommes. En effet, comme nous l'avons vu, si Claude Bernard assoit scientifiquement la physiologie de Bichat, il reste contraint à introduire un élément organisateur dans son système afin de rendre compte du principe historique d'organisation de la matière. Or, au cours du dernier quart du XIX^e siècle, se développe une théorie qui va permettre la réduction du fameux « souvenir » organisateur de Bernard à un élément explicable en termes physico-chimiques. C'est la théorie de l'évolution issue des travaux de Darwin qui, finalement et définitivement, intègre le principe organisateur que Comte avait situé dans l'histoire collective des hommes, dans le champ de la pensée spatialisante.

Si Charles Darwin (1809-1882) est considéré comme le père de la théorie de l'évolution, il ne parvint pas à systématiser sa pensée pour extraire toute finalité vitaliste. Reprenant la théorie machiniste de Descartes, il comprend le corps comme un ensemble de parties dont l'existence se justifie par leur utilité. Chaque organe a une fonction et c'est l'utilité de cet organe associé à une fonction qui permet aux espèces de se perpétuer selon la théorie de la sélection naturelle. Ainsi, Darwin parvient à effacer tout déterminisme de l'organe, le laissant au hasard de la sélection naturelle. Mais, en éliminant le déterminisme, il ne parvient pourtant pas à éliminer le finalisme qui se maintient dans l'idée de l'utilité du fonctionnement des organes. Comme l'a montré André Pichot⁶⁹¹, il retombe au contraire dans un finalisme utilitaire de l'ordre de celui de Galien

C'est donc à partir du darwinisme tel que l'ont développé August Weismann (1834-1914) et Hugo De Vries (1848-1935) que nous pouvons envisager d'éviter l'écueil du finalisme. Le darwinisme naît de la rencontre des thèses de Darwin avec les théories de l'hérédité de la période 1875-1920 dont celles de Gregor Mendel (1822-1884), Weismann et De Vries. C'est August Weismann qui concrétise véritablement le darwinisme en

⁶⁸⁸ Mengal P., 2000, « La constitution de la psychologie comme domaine du savoir (XVI^{ème}-XVII^{ème} siècles) », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 2/2000, p. 5-27.

⁶⁸⁹ Wartelle, J.-C., 2004, *op. cit.*, p. 126.

⁶⁹⁰ Blanckaert, C., 2001, *op. cit.*, p. 9.

⁶⁹¹ Pichot, A., 1993, *op. cit.*, p. 839-840.

éliminant l'hérédité des caractères acquis de la théorie de Darwin, il lui donne l'aspect qu'on en connaît aujourd'hui et qui inaugure la génétique moderne. La véritable victoire de Weismann est de parvenir, contrairement à Claude Bernard, à réduire la dimension temporelle de la vie (hérédité et développement) à des constantes physico-chimiques. La dimension historique correspond à une mémoire physico-chimique. La dimension temporelle se trouve dans l'appauvrissement progressif de la structure moléculaire du plasma germinatif⁶⁹² du fait des divisions cellulaires successives. Il élimine donc définitivement, par cette théorie, la dimension temporelle de la vie. Il clôt la théorie de l'animal-machine en réduisant l'évolution à de la contingence, permettant ainsi de l'oublier et avec elle toute l'explication historique nécessaire à la compréhension de la vie et complémentaire de l'explication physico-chimique des êtres vivants. Il est aidé en cela par la théorie de la mutation d'Hugo De Vries qui achève de composer le darwinisme et d'extraire le temps et l'histoire de la biologie moderne. Comme le rappelle André Pichot, « Avec la mutation, l'évolution devient de plus en plus "accidentelle" [...] Le temps, l'histoire, en disparaît complètement »⁶⁹³. Pour De Vries, l'évolution se fait par sauts qui permettent de rétablir la stabilité de l'espèce, l'évolution devient une succession discontinue de phases à l'intérieur desquelles l'espèce reste stable (sans temporalité propre) séparée par des sauts instantanés (sans temps véritable). C'est sur ces bases que se développeront la génétique moléculaire et la génétique des populations, qui participera au maintien du darwinisme dans la biologie moderne. Finalement, le darwinisme se maintiendra non parce qu'il offre une explication convaincante de l'évolution, mais parce qu'il permet la dissociation du temps et de l'espace nécessaire au maintien de la théorie mécaniste, nous y reviendrons. Mais, pour l'instant, un paradigme concret s'est constitué qui permet la réintégration d'une forme temporelle pensée par l'évolutionnisme dans le mécanisme physico-chimique. Comme le souligne Georges Canguilhem, « la théorie de l'évolution n'a cessé de rendre compte par l'homogénéité mathématique de l'homogénéité biologique »⁶⁹⁴. Par l'intermédiaire de la population, le rapport organisateur entre le milieu et l'organisme peut être pensé sans pour autant faire appel à un élément finaliste. L'essentiel est, comme le soutenait déjà Claude Bernard, de ne pas tenter de définir la vie : « il suffit que l'on s'entende sur le mot *vie*, pour l'employer »⁶⁹⁵. Ainsi la biologie tire-t-elle sa puissance de sa capacité scientifique à analyser les objets que le sens commun lui désigne comme vivants, et ce afin que la médecine puisse intervenir techniquement sur eux.

De la discipline de l'individu à la biopolitique de la population

Cette mise à disposition technique de la vie par la connaissance biologique, selon le paradigme positiviste qui veut que la technique soit la continuation de la science, sert la médecine, qui peut désormais envahir le territoire de la vie, mais également le politique qui avec l'appui des médecins va employer ces connaissances de la vie pour la réguler. En effet, et ainsi que le manifeste l'institutionnalisation de la discipline anthropologique, le

⁶⁹² Le plasma germinatif est une substance particulière qui porte dans sa structure moléculaire les caractères de l'individu assurant par sa transmission l'hérédité. Il est placé dans le noyau des cellules, dans les chromosomes qu'on venait alors de découvrir. En ce sens, il inaugure le génome.

⁶⁹³ Pichot, A., 1993, *op. cit.*, p. 929.

⁶⁹⁴ Canguilhem, G., 1962, *Du développement à l'évolution au XIX^e siècle*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003, p. 15.

⁶⁹⁵ Bernard, C., 1878, *Leçons sur les phénomènes de la vie*, Paris, J.-B. Baillière, p. 24.

savoir sur la population assure un nouveau pouvoir à son égard. L'anthropologie valide l'ambition politique d'une gestion de la population qui ne vise plus seulement le redressement disciplinaire des individus déviants, mais bien une régulation massive de la population en tant que telle dans le but de son accroissement et de son renforcement.

Avec du recul, on constate que l'anthropologie a forgé l'alibi technique et notamment lexical pour une vision de l'histoire et des rapports sociaux unifiée autour des thèmes du développement (et donc du sous-développement), de la race (des vainqueurs, et donc des vaincus), de l'adaptation (et donc de la déviance), de l'hérédité (et donc de l'eugénisme)⁶⁹⁶.

Tout comme la politique avait trouvé, à la fin du XVIII^e siècle, dans la médecine, un outil de normalisation des individus afin d'assurer l'obéissance nécessaire à la cohésion du corps social, au cours du XIX^e siècle s'est développée une autre modalité d'application de ce pouvoir disciplinaire, une technologie du pouvoir qui « l'emboîte, qui l'intègre, qui la modifie partiellement et qui surtout, va l'utiliser en s'implantant en quelque sorte en elle, et s'incrustant effectivement grâce à cette technique disciplinaire préalable »⁶⁹⁷. Cette modalité d'application du pouvoir est ce que Michel Foucault a nommé la biopolitique. La biopolitique est définie par Foucault comme un ensemble de savoirs et de techniques de pouvoirs (les biopouvoirs) qui vise la gestion, le contrôle et la régulation d'une population entendue comme ensemble d'êtres vivants « traversés, commandés, régis par des processus, des lois biologiques »⁶⁹⁸. La biopolitique est donc cette technologie de pouvoir où le politique s'intéresse au taux de natalité, à la courbe d'âge, à la morbidité, à l'état de santé du corps social. Dans ce dessein, le pouvoir se déploie autour de l'habitat, des conditions de vie dans les villes, de l'hygiène publique, des rapports entre mortalité et natalité, des flux de population, de la régulation des flux de migration, la prévention des accidents, augmentation du sentiment de bien-être, la stabilisation de la santé de la population, *etc.* En ce sens, et Foucault le note parfaitement⁶⁹⁹, la biopolitique voit le jour au cours du XVIII^e siècle, dès l'émergence de la médecine sociale.

Cependant, elle ne prend son envol que plus tard et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il fallait un changement dans les représentations de la nation. La première de ces modifications est la considération du peuple comme un danger médical. Or, il fallut la réunion de plusieurs facteurs, politiques, sociaux et médicaux, au cours du XIX^e siècle pour qu'une telle représentation apparaisse avec force, comme ce fut le cas avec le choléra de Londres et l'intervention du Dr Snow. La seconde modification, concomitante de la première, revient à envisager le peuple comme une force de travail. Le déploiement du capitalisme et plus particulièrement du capitalisme industriel était donc nécessaire. À partir de là, le maintien d'une force de travail efficace, d'une population réellement productive s'avérait nécessaire et c'est alors que muta l'idée d'une préservation de la santé du peuple. Comme le résume M. Foucault, « Pour la société capitaliste, c'est le bio-politique qui importe avant tout, le biologique, le somatique, le corporel »⁷⁰⁰. Le pouvoir, à l'instar du

⁶⁹⁶ Blanckaert, C., 2001, *op. cit.*, p. 16.

⁶⁹⁷ Foucault, M. 1997, *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France. 1976*, Paris, Gallimard-Seuil, p. 216.

⁶⁹⁸ Foucault, M., 1981, *op. cit.*, p. 1012.

⁶⁹⁹ Foucault, M., 1977, *op. cit.*

⁷⁰⁰ *Ibid.*, p. 210.

savoir, est devenu matérialiste et plus essentiellement juridique. Enfin, la dernière modification, qui fut également en un sens la première, est le maintien d'une force armée. Car si dès la Révolution, nous l'avons vu, le corps social est attaché à la guerre et à un corps militaire, la force du corps social tient à la force du corps militaire, mais il faudra attendre quelques décennies pour que soit envisagé l'idée inverse, c'est-à-dire, l'idée selon laquelle la force militaire est directement liée à la force du corps social. C'est en ce sens que la guerre perdue contre la Prusse en 1870 apparaît, avec la notion de dégénérescence de l'espèce qu'elle met en exergue, le haut lieu de la biopolitique en France. Le ralentissement démographique, la faible formation pratique de la nation française, sont en effet à ce moment avancés comme raison de la défaite française. Le développement des écoles d'ingénieurs⁷⁰¹ et celui de la santé publique seront deux des grandes réponses apportées à cette situation.

D'autre part, la biopolitique nécessite un savoir sur la vie, une biologie. La vie de l'espèce humaine étant théorisée et identifiée, alors le politique est équipé pour intervenir sur la croissance de cette population humaine. La biopolitique s'affirme comme un ensemble de techniques qui vise moins l'individualisation que la massification, la création d'une population. Elle est une mutation du pouvoir disciplinaire : de l'anatomie politique de l'individu, on glisse sûrement vers une biopolitique de la population. La biopolitique trouve donc son modèle dans la médecine de la seconde moitié du XIX^e siècle dont le champ d'application s'articule entre la biologie et l'anthropologie. L'anthropologie, comme savoir sur l'homme-espèce offre en effet à la biopolitique son paradigme. Ce qui fait dire à Blanckaert, qu'après 1860 l'anthropologue devient le « législateur de la nature humaine »⁷⁰². Il croit, avec lui le pouvoir politique, en son pouvoir démiurgique de « détenir le secret des comportements humains et la panacée des désordres sociaux »⁷⁰³. L'anthropologie sert donc la nation mais aussi les gouvernants qui sont alors à même de connaître les hommes pour mieux les gouverner. Pour résumer, « la science de l'homme a contribué à la sécularisation et au renouvellement du système des valeurs sociales »⁷⁰⁴ autour de la biopolitique. La biopolitique repose en ce sens plus sur le modèle comtien que sur l'anthropologie kantienne. « [L]e sujet collectif population est lui-même très différent du sujet collectif constitué et créé par le contrat social »⁷⁰⁵. L'humanité comme ensemble de relations interindividuelles historiques assure, comme principe organisateur de la matière organique de l'individu comme du collectif, la prééminence du modèle biologique de l'anthropologie à la politique. C'est en ce sens que la biopolitique, comme son nom l'indique, trouve sa méthodologie dans la biologie.

⁷⁰¹ Le Docteur Jean-Baptiste Langlet (1841-1927) résume dans son discours de rentrée de l'École de médecine de Reims du 8 novembre 1894 la situation en citant Marcelin Berthelot (1827-1907) : « C'est, en effet, dans les laboratoires de l'enseignement supérieur que sortent aujourd'hui les grandes découvertes qui transforment l'industrie et c'est là surtout que se fait l'éducation des savants ingénieurs qui la dirigent. La nation qui cesserait de former des ingénieurs et des artisans initiés aux résultats de la culture scientifique la plus haute et la plus exacte, ne tarderait pas à être débordée et vaincue par les nations voisines. C'est notre force productrice qui menace d'être atteinte et bientôt tarie dans ses sources fondamentales » (Langlet, J.-B., 1894, « Discours », *Union Médicale du Nord-Est*, 18, p.310-322, ici, p. 316-317).

⁷⁰² Blanckaert, C., 2001, *op. cit.*, p. 9.

⁷⁰³ *Ibid.*, p. 10.

⁷⁰⁴ *Ibid.*, p. 22.

⁷⁰⁵ Foucault, M., 2004b, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris, Gallimard Seuil, p. 46.

Dans la biopolitique, la biologie est première. Contrairement à la discipline qui définissait le normal et l'anormal à partir d'une norme, dans la biopolitique le rapport est inversé :

Là, au contraire, on va avoir un repérage du normal et de l'anormal, on va avoir un repérage des différentes courbes de normalité, et l'opération de normalisation va consister à faire jouer les unes par rapport aux autres ces différentes distributions de normalité et [à] faire en sorte que les plus défavorables soient ramenées à celle qui sont plus favorables. [...] La norme est un jeu à l'intérieur des normalités différentielles⁷⁰⁶.

Cette déduction de la norme à partir du normal transforme la normation⁷⁰⁷ disciplinaire en une normalisation de l'ordre de la régulation. La régularisation qui est au cœur de la biopolitique fonctionne sur la base d'une régulation de la population. Là où dans la discipline, la médecine fixait une norme autour de laquelle elle déployait une pensée du normal et de l'anormal, dans la biopolitique, la biologie pense le normal et l'anormal afin de déterminer ensuite des normes. C'est la primauté de la régulation de la population qui organise la régularisation/normalisation de la biopolitique. La pensée bernardienne est ici bien présente : tant dans l'importance de la régulation que dans le renversement opéré entre médecine et physiologie qui donne la primauté à cette dernière. Il s'agit bien pour la biopolitique de développer des biopouvoirs qui sont autant de mécanismes de régulation pour fixer un équilibre, maintenir une moyenne dans une population globale et aléatoire. La biopolitique régule le milieu interne de la population afin d'éviter les aléas du milieu externe et ainsi assurer sa croissance. La régulation passe donc par des procédures de contrôle et de sécurité à l'égard du corps populationnel comme du milieu externe. L'essentiel est de préserver l'homéostasie du milieu interne. C'est en ce sens que les mécanismes biopolitiques sont, avant tout, des dispositifs de sécurité⁷⁰⁸. Il ne s'agit plus d'interdire ou de contraindre, mais de laisser faire et de réguler. La biopolitique se fixe sur la réalité, non pour la restreindre, au contraire, elle inclut sans cesse de nouveaux éléments, ni pour la réglementer, mais pour la réguler. C'est en ce sens que la norme n'est pas fixée préalablement, mais s'organise dans le jeu interpersonnel et transpersonnel de la population globale. Au profit de l'accroissement de la force productive de la population, la biopolitique se contente d'organiser, de régulariser la vie de la population.

L'exemple des endémies⁷⁰⁹ est à ce titre enrichissant. Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, le regard médical se porte sur la forme, la nature, l'extension, la durée et l'intensité des maladies régnantes dans une population, mais ces maladies ne sont plus envisagées comme des fléaux qui touchent la population, mais comme des phénomènes internes qu'il s'agit de gérer et de réguler. L'endémie prend le pas sur l'épidémie. La mort ne s'abat plus sur la vie, elle lui est conjointe, elle l'habite, la ronge, la diminue et l'affaiblit. La maladie est pensée comme un phénomène de population parce que la mort est pensée comme phénomène de la vie. Les endémies bien qu'aléatoires et imprévisibles, sont pourtant, au

⁷⁰⁶ *Ibid.*, p. 65.

⁷⁰⁷ *Ibid.* La normation implique une préexistence de la norme sur le partage du normal et de l'anormal, alors que la normalisation distingue d'abord les régimes de normalité avant de fixer la norme. La normalisation vise la norme tandis que la normation vise le partage normal/anormal. La normalisation construit une norme, la normation l'impose. Voir à ce propos, Legrand, S., 2007, *Les normes chez Foucault*, Paris, Presses Universitaires de France.

⁷⁰⁸ Foucault, M., 2004b, *op. cit.*, p. 7 et suivantes.

⁷⁰⁹ Foucault, M., 1997, *op. cit.*, p. 217.

niveau collectif, témoin d'une certaine constante. C'est en tout cas de cette manière qu'on les traite désormais : comme des phénomènes de séries. Les maladies, comme les naissances ou les morts sont des éléments aléatoires qu'il devient pourtant possible d'envisager de manière sérielle et donc de réguler. Il peut y avoir des morts et des épidémies, l'essentiel est que se maintienne un certain équilibre qui puisse maintenir une régularité, seule sécurité pour la population.

Ce laisser-faire en vue de la régularisation par régulation qui caractérise la biopolitique s'insère dans le cadre plus large, tout à la fois son résultat et sa condition de possibilité, qui est une nouvelle forme de gouvernementalité, autrement dit de mode de gouvernement : le libéralisme. Car dans le jeu du contrôle de la population et de sa sécurisation se joue bien la question de la liberté. Il faut entendre sous ce terme de libéralisme un exercice du gouvernement qui non seulement tend à maximiser ses effets tout en réduisant ses coûts, sur le modèle de la production industrielle, mais affirme qu'on risque toujours de trop gouverner. Le maintien d'une forme de liberté est en effet la condition du fonctionnement des mécanismes de contrôle et de sécurité. Si la population accepte le contrôle, c'est parce qu'il lui assure plus de sécurité qui elle-même devient condition de plus de liberté. Le libéralisme est donc le jeu même de la normalisation qui se déroule au sein des dispositifs de sécurité et sur lequel s'appuie la biopolitique. Là où la discipline de l'autonomie limitait la liberté à l'aune de l'obéissance, avec la biopolitique, la liberté apparaît absolue tant qu'elle ne met pas en question la régulation de la population. La liberté de mouvement et de déplacement des individus au sein de la population n'a d'autres bornes que la régulation de la population en vue de sa régularisation. De même que sur le territoire corporel, les données biologiques peuvent se mouvoir, se déplacer, se transformer, tant que l'homéostasie est conservée, sur le territoire national, la population peut se déplacer, se transformer, créer, tant que sa régulation est assurée. Ainsi, il peut y avoir des atteintes physiques (au niveau individuel) ou des endémies (au niveau de la population), l'important est que l'équilibre général soit assuré. En ce sens, la population est le point nodal autour duquel s'organise désormais tant une médecine comme savoir sur la vie (biologie) que la médecine comme pouvoir technique sur les éléments de la vie (individu). En faisant de la population son territoire, la médecine devient ce savoir-pouvoir⁷¹⁰ qui porte à la fois sur le corps et sur la vie en général, qui combinent des mécanismes disciplinaires à des dispositifs sécuritaires, qui organise les relations du déterminisme et de la liberté. Autrement dit, en territorialisant la vie, par le biais de la population, la médecine se meut en discours scientifique sur l'homme, en une anthropologie scientifique.

C'est pour cette raison que l'apparition de la discipline anthropologique fait événement autant que problème. Comme le souligne Claude Blanckaert, c'est à l'idéologie nationale plus qu'à une réelle souveraineté épistémologique, que l'anthropologie doit son assise⁷¹¹. Ainsi, si la biopolitique a favorisé l'institutionnalisation d'une anthropologie, c'est en fait la question du statut épistémologique de la médecine qui se joue en filigrane de celle du statut épistémologique de l'anthropologie⁷¹². L'anthropologie sert alors d'avant poste à la médecine de la population tandis que la médecine sert de sous-bassement scientifique à l'anthropologie. En d'autres termes, « un semblable socle épistémologique

⁷¹⁰ *Ibid.*, p. 225.

⁷¹¹ Blanckaert, C., 2001, *op. cit.*, p. 12.

⁷¹² Blanckaert, C., 1978, *op. cit.*, p. 112.

semble appeler indéfectiblement à la coalescence les deux modes d'approche du phénomène humain »⁷¹³. C'est dans leur interaction que se joue la territorialisation dernière de la médecine qui est celle de la vie humaine. Car l'anthropologie va permettre à la médecine, dans un sens comme dans l'autre, d'atteindre son objectif totalisant et de se mouvoir en réel biopouvoir : elle peut désormais, en toute cohérence méthodologique, parler de — et donc agir sur — la population humaine. D'autre part, l'anthropologie va permettre la transmission, vers le public, de l'idéologie scientifique et donc l'acceptation de l'extension médicale par la population elle-même. La discipline anthropologique est le truchement par lequel la médecine, en territorialisation la vie humaine, s'affirme comme profession consultante, autrement dit enfin reconnue dans son rôle et son statut par le politique, tout en se déployant progressivement comme profession autonome, grâce à la reconnaissance par le public.

Ce n'est que comme savoir de l'homme-espèce que l'anthropologie assure la clôture de la notion de population qui est au cœur de cette dernière territorialisation de la médecine où se réalise le truchement de l'histoire naturelle en biologie, de la discipline en biopolitique, de la médecine positive de l'individu en médecine scientifique de l'homme. Dernière territorialisation qui est, nous l'avons vu avec la biopolitique et sa force centrifuge, en constante extension, en constante réalisation. La médecine en visant désormais, en interaction étroite avec le politique, la vie humaine elle-même est le cœur de la société moderne à qui elle dicte son nouvel objectif : la régularisation. Comme le résume Jacques Léonard⁷¹⁴ :

[...] un bio-pouvoir est né, qui doit d'avantage au prestige culturel de la médecine qu'à son efficacité curative et que presque tous les domaines de la vie sociale sont touchés par son apparition.

La société de normalisation se fonde donc sur la figure du médecin biopolitique, de ce scientifique « soldat »⁷¹⁵ que fut un moment l'anthropologue. La guerre contre les maladies, contre l'irrégularité, sera désormais la tâche du médecin ingénieur en tant soldat de la machine de guerre de l'État.

L'étiologie pasteurienne : de la vie humaine à la vie des maladies

L'image du médecin ingénieur va être favorisée par un personnage qui sans être médecin, mais chimiste de formation, va pourtant influencer de manière irréversible la médecine, en l'engageant vers une liaison désormais irrémédiable entre le laboratoire et le terrain, entre la science « pure » et la science appliquée. Ce personnage, c'est Louis Pasteur. Son œuvre témoigne de la continuité qui peut désormais être tracée entre les sciences de la nature et les sciences du vivant du fait de leur méthodologie commune. Bruno Latour⁷¹⁶ a montré comment les cinq phases de ses travaux s'organisaient une « loi du déplacement transversal », c'est-à-dire selon un déplacement de ses techniques et résultats vers un nouveau domaine encore inconnu. Chaque fois qu'il parvient à théoriser un champ de la recherche pratique, en faisant par là même un champ de recherche fondamentale, il l'abandonne pour un nouveau champ pratique qu'il juge plus fécond, ainsi

⁷¹³ *Ibid.*, p. 111.

⁷¹⁴ Léonard, J., 1981, *op. cit.*, p. 334.

⁷¹⁵ Blanckaert, C., 2001, *op. cit.*, p. 18.

⁷¹⁶ Latour, B., 1986, « Le théâtre de la preuve », Salomon-Bayet, C., (éd.), 1986, *op. cit.*, p. 335-384, p. 358.

se déplace-t-il de la cristallographie à la microbiologie. Il travaille dans un premier temps (1847-1857) sur la structure des molécules (stéréochimie des molécules organiques), puis jusqu'en 1865, il s'intéresse à la fermentation à la fabrication du vin et du vinaigre et à la génération spontanée, dans les années 1865-1870, il démontre la nature parasitaire des maladies du ver à soie. Entre 1871 et 1876, il étudie la fabrication de la bière, ce qui lui permet de préciser sa théorie de la fermentation, puis à partir de 1876, il se consacre à l'étude des maladies infectieuses puis à la mise en place de sérums et de vaccins (des études sur le charbon en 1877 au premier vaccin antirabique de 1885).

Mais loin de l'hagiographie classique à tendance prosopographique, il faut voir que l'influence de Pasteur tient surtout aux chirurgiens et médecins qui constituèrent le mouvement du pastorisme. Car le premier pasteurisme (dit pastorisme) jusqu'à la généralisation de la théorie des germes et son inclusion dans une théorie de la vie, apparaît comme un avatar de la vieille théorie des germes de François-Vincent Raspail (1794-1848). Les médecins et même les microbiologistes alors principalement allemands ne sont pas d'emblée convaincu. Surtout que Pasteur lui-même hésite à s'engager sur le terrain de la médecine, n'étant pas médecin de formation, il n'ose pas entrer en débat avec le monde médical et se contente alors de renforcer ses connaissances en suivant par exemple les cours de Claude Bernard. Il repousse même la publicité de certaines de ses intuitions n'étant pas en mesure de critiquer habilement les médecins⁷¹⁷. Mais les premières applications des préceptes de Pasteur vont changer la donne. Ainsi, « les chirurgiens listériens [...], entre 1865 et 1874, sortent Louis Pasteur de sa timidité à l'égard de la médecine humaine »⁷¹⁸. L'écossais Joseph Lister (1827-1912) exploite dès 1867, à partir des découvertes de Pasteur sur le rôle des germes de l'air dans la putréfaction des substances végétales et animales, les propriétés antiseptiques de l'acide phénique pour détruire les microbes responsables de l'infection des plaies. Ainsi Pasteur peut-il préconiser à son tour, dès 1874, l'asepsie, c'est-à-dire le lavage des mains et la stérilisation des pansements et des instruments. Le monde médical s'ouvre ainsi aux théories de Pasteur.

En 1878, tout bascule alors pour Pasteur qui présente devant l'Académie de médecine la fameuse *Théorie des germes* et ses applications à la médecine et à la chirurgie, dans laquelle des êtres vivants microscopiques sont déclarés responsables de maladies. En présentant une théorie étiologique médicale complète, Pasteur engage la révolution pasteurienne ouvrant la biologie à la microbiologie, s'affirmant comme outil de résolution des problèmes de causalité médicale, et s'affirmant enfin comme cause de modification des représentations du corps. Car c'est à partir d'elle que se déploie la pasteurisation de la société autant que la pastorisation de la médecine⁷¹⁹ et inversement.

Depuis 1872 et grâce à Ferdinand Julius Cohn (1828-1898), les « bactéries » sont différenciées des levures, des moisissures, des infusoires ou des parasites. En 1878, le terme microbe (littéralement *petite vie*) apparaît dans la langue française grâce au chirurgien Charles-Emmanuel Sédillot (1804 -1883) et avec l'accord d'Émile Littré (1801-1881), pour désigner tous ces êtres vivants infiniment petits. Un mois plus tard, Pasteur présente sa communication. C'est ainsi que se réalise définitivement le passage de la notion

⁷¹⁷ Fantini, B., 1995, « La microbiologie médicale », Grmek, M., (dir.), 1995, *op. cit.*, vol. 3, p. 115-146, ici, p. 130.

⁷¹⁸ Léonard, J., 1981, *op. cit.*, p. 245.

⁷¹⁹ Salomon-Bayet, C., 1986, *op. cit.* La pastorisation de la médecine consiste en l'adoption de la doctrine de Pasteur, tandis que la pasteurisation est l'application de la destruction des germes par chauffage.

d'infection à celle de contagion, mettant un point d'arrêt à une controverse qui avait animé tout le XIX^e siècle. Cette fameuse communication de 1878, en mettant en avant la composante mécanique de la contagion, répond à la délicate question de la causalité externe de la maladie et dépasse entièrement le modèle de l'infection au moyen de la notion désormais validée de microbe. Enfin, la maladie a une cause première qui peut s'articuler avec la physiologie relationnelle bernardienne. Elle est due à des agents infectieux ayant leurs propres existences dont les lois peuvent être mises en évidence au sein du laboratoire qui en a permis la perception. Certes, l'étiologie se meut vers un modèle ontologique et exogène, mais celui-ci ne s'oppose plus à un modèle fonctionnel et endogène : les deux se complètent dans une biologie générale. La physiologie de l'organisme de Bernard peut ainsi sans trop de problème se retourner en physiologie des maladies, autrement dit en pathologie infectieuse sous la plume de Pasteur. C'est moins la prise de pouvoir du pasteurisme sur la médecine bernardienne que la physiologisation du pasteurisme qui en assure la continuité, mais le consensus se fait néanmoins autour de l'étiologie pasteurienne qui vient en fait compléter les avancées antérieures des sciences médicales. Enfin, on voit l'ennemi, on peut alors le combattre efficacement et rapidement l'élaboration de vaccins et de sérums favorise l'acceptation de la théorie pasteurienne qui est prouvée efficace par la résolution d'un nombre croissant de maladies infectieuses (le vaccin contre le choléra est inventé dès 1888, celui contre la tuberculose en 1921 et le sérum contre la peste en 1894). La victoire des immunisations marque le renversement par l'immunologie du panspermisme antérieur en une biologie active et optimiste⁷²⁰.

La médecine qui se cherchait comme étude des maladies trouve ici sa confirmation : la médecine est la science des maladies, non pathologie, mais physiopathologie dans l'étude des micro-organismes, comme êtres vivants à part entière, qui sont la cause extérieure des maladies humaines et dans l'altération du milieu intérieur qui en résume la causalité interne. Le problème de l'articulation entre une causalité externe et une causalité interne entraîne la remise en question de la notion de cause elle-même au profit de la notion de condition et aux interprétations plurifactorielles des événements morbides⁷²¹. Mais l'important ici, comme le repère Frédéric Dubas⁷²², est qu'un niveau premier de causalité est mis en évidence sur lequel il est alors possible d'asseoir une conception de la maladie unitaire. La médecine comme science de la maladie s'est enfin constituée. Elle peut dès lors retracer à l'envers de sa chronologie, le déroulement causal de la maladie : de l'agent infectieux (Pasteur) à la lésion (Laennec) en passant par les dérèglements biologiques et physiologiques (Bernard)⁷²³. La maladie moderne était née ne pouvant désormais être conçue qu'en référence à un système de quatre strates : la sémiologie clinique, les lésions, les anomalies biologiques ou physiologiques, une ou des causes profondes. Telle est la conception que le XX^e siècle nommera « biomédicale » de la maladie et qui s'appuie sur une ontologie biologique désormais complète. Avec la microbiologie et la parasitologie, la médecine de laboratoire s'impose comme relais entre la vie des micro-organismes et la vie des organismes humains. Le champ de la vie est ainsi couvert par la médecine du plus petit organisme au plus grand, qu'est l'organisme social. Le territoire de la vie est entièrement quadrillé et maîtrisé par la médecine et cela au-delà des débats internes.

⁷²⁰ Léonard, J., 1981, *op. cit.*, p. 248.

⁷²¹ Grmek, M., 1995, *op. cit.*, p. 163.

⁷²² Dubas, F., 2004, *op. cit.*, p. 37.

⁷²³ *Ibid.*, p. 39.

Ainsi dans un même mouvement de territorialisation de la vie en général (non plus seulement celle des hommes), le savoir médical se clôturait définitivement après la fuite en avant perpétuelle qui avait caractérisé, nous l'avons vu, le XIX^e siècle. La science des maladies venait compléter l'anatomo-clinique comme l'avait déjà entrevu Ackerknecht :

Lorsque Cruveilhier reprochait à ses prédécesseurs d'avoir vu beaucoup de gens malades mais pratiquement pas de maladies, ou que Georget disait « qu'il fallait peindre les maladies et non pas les malades », c'était là véritablement l'expression de l'esprit qui animait cette nouvelle école⁷²⁴.

La microbiologie venait renforcer la « stratégie de l'invisible »⁷²⁵ qui avait déjà commencé avec l'anatomoclinique. Le regard du praticien qui s'enfonçait dans l'invisible du corps pour y déceler la concomitance de l'espace de la maladie avec l'espace du corps, y plonge désormais plus loin grâce au microscope, pour y chercher l'agent infectieux responsable de la maladie. En fixant la cause de la maladie sur des éléments microscopiques, donc uniquement appréhendables par un regard appareillé, l'étiologie pasteurienne achève de renforcer la pulsion scopique de la médecine scientifique. C'est par le regard, et un regard que seul le médecin peut avoir du fait même de son instrumentation, que la maladie peut être identifiée. Le savoir iconique de l'ontologie acosmique, que magnifie l'ingénieur, est entièrement réalisé en médecine.

Autour de la visualisation, de la quantification et de la preuve, le savoir médical se clôt dans l'enceinte du laboratoire qui est le réel théâtre de la preuve⁷²⁶, ce lieu où l'on peut répéter les scènes d'expérimentation afin de valider la vérité affirmée. La preuve est ce qui permet au médecin d'acquérir un pouvoir, car elle démontre aux yeux de tous la vérité des vérités médicales. La médecine a franchi son seuil de scientificité puisque désormais la figure épistémologique dessinée par le seuil d'épistémologisation « obéit à un certain nombre de critères formels », la médecine comme formation discours propose des énoncés qui répondent tant à des règles archéologiques de formation, qu'à « certaines lois de construction des propositions »⁷²⁷.

Mais, si le savoir médical est ainsi unifié au sein de la pensée spatialisante, la médecine ne s'en trouve pas pour autant immédiatement renouvelée. Car la doctrine de Pasteur rencontre des réticences sur le terrain⁷²⁸. Certes, le pasteurisme fait rapidement tache d'huile sur la clinique, la thérapeutique, la chirurgie et l'hygiène⁷²⁹. Mais la médecine de laboratoire demande des moyens, des lieux auxquels n'ont pas toujours accès les médecins de terrain. Et surtout elle impose aux médecins de campagne des contraintes qui vont à l'encontre de leurs propres intérêts. Pour favoriser l'unification du corps médical, tant entre les grands médecins scientifiques de la capitale et les médecins des campagnes qu'entre les médecins spécialistes qui se développent avec les disciplines nouvelles ouvertes par la théorie pasteurienne : sérologie, immunologie, microbiologie, hygiène, biophysique, chimie médicale, auxquelles s'ajoutent les spécialités qui sont apparues déjà

⁷²⁴ Ackerknecht, E. H., 1967, *op. cit.*, p. 10.

⁷²⁵ Salomon-Bayet, C., 1986, *op. cit.*.

⁷²⁶ Latour, B., 1986, *op. cit.*

⁶⁴⁹ Foucault, M., 1969, *op. cit.*, p. 252-253.

⁷²⁸ Léonard, J., 1986, « Comment peut-on être pasteurien ? », Salomon-Bayet, C., (éd.), 1986, *op. cit.*, p. 143-179.

⁷²⁹ Léonard, J., 1981, *op. cit.*, p. 252.

au cours du XIX^e siècle⁷³⁰ : gériatrie, pédiatrie, urologie, dermatologie et vénérologie ou otologie, les médecins vont devoir s'organiser entre eux, puis avec le monde politique pour favoriser l'unité de leur corps professionnel et leur reconnaissance comme profession consultante.

⁷³⁰ Pour un historique complet de ces deux phases distinctes de développement de la spécialisation, voir Pinell, P., 2005, *op. cit.*

LA RECONNAISSANCE DE LA MÉDECINE COMME PROFESSION CONSULTANTE ET L'AVÈNEMENT DU MÉDECIN INGÉNIEUR

La reconnaissance de la médecine comme profession consultante va de pair avec la constitution d'une nouvelle figure du médecin qu'est l'ingénieur. Terme issu du langage militaire, ayant glissé dans le champ de l'industrie, l'ingénieur est défini comme une « personne qui assure à un très haut niveau de technique un travail de création, d'organisation, de direction »⁷³¹ et désigne les professionnels formés à l'application technique du savoir scientifique. L'ingénieur comme personne ayant reçu une formation scientifique la rendant apte à résoudre des problèmes de nature technologique, concrets et souvent complexes, liés à la conception, à la réalisation et à la mise en œuvre de produits, de systèmes ou de services devient le modèle du XX^e siècle naissant et le médecin n'échappe pas à cette règle. Signe d'une reconnaissance de la médecine par le politique, le développement des laboratoires, des formations d'ingénierie médicale participent également de la volonté de développer la puissance industrielle de la nation. Mais pour que s'impose ce nouveau modèle qui marque définitivement la reconnaissance de la médecine par les instances politiques, les médecins devaient premièrement réunifier le corps médical.

L'unification législative du corps médical

La création de l'A.G.M.F., la multiplication des sociétés savantes, la renommée des Académies de médecine et des Sciences et des publications de plus en plus encyclopédiques avaient permis au corps médical depuis la moitié du XIX^e siècle de s'unifier. Mais l'interdiction des syndicats médicaux promulguée par la Cour de cassation en 1885, seuls outils pouvant alors peser contre le pouvoir politique, interdit encore aux médecins un véritable dialogue avec l'État. Il faut attendre 1892 et la loi Chevandier pour que les médecins aient le droit de former des syndicats « pour la défense de leurs intérêts professionnels » (article 13).

Cette loi du 30 novembre 1892 marque la naissance du corps médical contemporain. Elle énonce en effet, dès son premier article, que

Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement supérieur d'État⁷³².

En mettant ainsi fin à l'officiât de santé, la loi unifie le monde médical en délimitant le champ d'action des professions annexes de l'art de guérir comme les dentistes et favorise la lutte contre les illégaux. Si les deux dispositions (union du corps médical et reconnaissance des syndicats) peuvent apparaître paradoxales puisque la première a pour but d'unifier le monde médical tandis que la seconde offre aux médecins non orthodoxes un moyen de s'affirmer davantage, pour autant elles vont se renforcer au profit de l'unité. D'une part, c'est au profit de leur protection mutuelle contre l'exercice illégal que les médecins vont se syndiquer et, d'autre part, le corps médical va désormais assurer la gestion de ses propres conflits. Ainsi, la loi de 1892 rend compte de la position politique importante prise depuis quelques années par les médecins et constitue un levier de poids pour le corps médical pour

⁷³¹ Article « Ingénieur », *TLFi*.

⁷³² Médecine-Réforme de la loi du 19 ventôse an II, *Journal officiel*, 1892, p. 507-524, ici, p. 507.

renforcer, sous la III^e République, son pouvoir politique. Certes, la dissension continuera à saper cette initiative d'unification et il faudra attendre 1940 pour voir naître un Ordre des médecins dont l'idée fut pourtant énoncée dès 1845⁷³³. Mais l'idée d'une unification de la profession médicale est acceptée par tous, et les médecins peuvent ainsi défendre les principes qui les unissent : libre choix du médecin, maintien du secret professionnel, paiement direct, liberté thérapeutique et de prescription, contrôle des médecins par leurs propres instances. L'unification syndicale du corps médical révèle la double préoccupation des médecins : la revendication d'une moralisation de la profession par la mise en place de mécanismes internes de régulation et de contrôle, une autonomie vis-à-vis des pouvoirs publics et enfin une défense de leurs intérêts économiques⁷³⁴. La voie ouverte par la Révolution de 1789 autour de la liberté, de l'autonomie, du pouvoir et de l'argent se concrétise en 1892.

C'est le syndicalisme médical qui permet en fait à la médecine de réaffirmer le libéralisme médical qui est au cœur de l'identité du médecin français moderne. Car depuis la loi de 1852, les mutuelles s'étaient fortement développées. Le nombre de sociétaires était passé de 270 000 en 1852 à 910 000 en 1869, puis de 1,5 million en 1890 à 2,5 millions en 1900⁷³⁵. Ainsi, lorsqu'en 1893 est mise en place l'assistance médicale gratuite, qui permet à tout malade inscrit sur la liste des indigents de se faire soigner gratuitement par un médecin qui est ensuite remboursé par l'administration (système du tiers payant), les syndicats vont s'assurer du respect de « principes » préservant un exercice autonome de la médecine, en particulier le libre choix du médecin par le malade et la rémunération à la visite (et non pas au forfait). La réunion des médecins dans les syndicats permet ainsi de faire tampon entre l'essence libérale de la profession et la volonté d'agir socialement et politiquement de ces mêmes médecins : le syndicat assure la non-soumission des médecins à l'administration étatique. Et cela fonctionne puisqu'à la fin du siècle, le libre choix domine dans les trois quarts des départements. Les syndicats servent aux médecins à lutter contre la loi du marché qui s'impose à eux autant qu'à influencer l'État. La défense du caractère libéral de la médecine sera le fer de lance des médecins tout au long du XX^e siècle⁷³⁶.

En ce sens, les syndicats permettent au corps médical de suivre, à l'instar du corps social, l'organisation biopolitique : ils assurent la régulation, le contrôle et la sécurité du corps médical dans un jeu entre le libéralisme de la profession et les intérêts de production de l'État. Ainsi se constitue un corps unifié, libre et productif, de médecins ingénieurs, c'est-à-dire apte à mettre en application par leur technique un savoir biologique de haute volée. À ce titre, la réforme des études médicales, qu'obtiennent en 1893 les syndicats, est significative. L'obligation d'un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, préalable à l'entrée en faculté de médecine, associée avec le remodelage du doctorat pour y faire une place plus large à l'histologie, à la chimie biologique, à la parasitologie et à la microbiologie tentent d'aplanir les différences pour les médecins à venir entre le praticien de terrain et le savant de laboratoire. Le modèle de l'ingénieur s'impose : il n'y a plus de hiatus entre les sciences fondamentales et leurs applications. Le médecin doit être capable, dans l'absolu, d'appliquer la science biologique la plus pointue au malade *lambda* qui se

⁷³³ Vergez, B., 1996, *Le monde des médecins au XX^e siècle*, Bruxelles, Éditions complexe, p. 247.

⁷³⁴ Barras, V., 1999, « Le médecin de 1880 à la fin du XX^e siècle », Callebat, L., (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 269-307, ici p. 275.

⁷³⁵ Hassenteufel, P., 2008, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les tribunes de la santé*, 18, p. 21-28.

⁷³⁶ Pour un historique complet et détaillé de cette défense, voir Vergez, B., 1996, *op. cit.*

présente à lui dans une campagne reculée, dans son cabinet de ville ou à l'hôpital, pour cela il doit devenir un généraliste de haut niveau. Mais cette exigence est modérée par la théorie pasteurienne elle-même. La mise en évidence des germes, en déplaçant la responsabilité du médecin vers l'extériorité des agents pathogènes, ouvre la voie à une nouvelle législation tant en matière de santé publique qu'en matière de responsabilité médicale⁷³⁷. La juridiction de la responsabilité médicale conduit à l'établissement de l'obligation de moyens du médecin associant sa responsabilité à une responsabilité civile de type contractuelle. Ici encore, les syndicats ont fait leur œuvre, évitant aux médecins d'endosser la responsabilité complète de ses actes et leur permettant d'obtenir un privilège de droit quant à la responsabilité. Tout en inaugurant la relation médicale du XX^e siècle sur le modèle du contrat commercial, le juge ouvre la voie compensatoire du développement de législation de santé publique.

La reconnaissance du médecin par le politique ouvre donc la voie à un renouvellement de l'hygiène publique sous la forme d'une santé publique comme complexe médico-politique qui va progressivement participer à la reconnaissance de la médecine par le public, notamment grâce à l'application des avancées pasteuriennes, et ouvrir ainsi le devenir autonome de la profession médicale.

De l'hygiène à la santé publique

La théorie pasteurienne permet finalement de renverser la perspective de l'hygiène publique en une santé publique de l'ordre de l'hygiénisme, c'est-à-dire de la normalisation des comportements des individus. La biopolitique s'affirme dans la république des savants qu'est la III^e République et au sein de laquelle tout problème est un problème biologique. Ainsi, la médicalisation de la société par la santé publique achève le grand parcours du XIX^e siècle, commencé avec le retournement de l'hygiène hippocratique en hygiène publique. C'est par la loi que les préceptes médicaux s'imposent désormais à tous.

La loi du 15 février 1902 est à ce titre exemplaire : elle impose les principes pasteurien à l'ensemble du corps médical⁷³⁸ mais également de la société, en instaurant des mesures propres à prévenir la propagation des germes pathogènes : déclaration des maladies transmissibles, vaccination obligatoire contre la variole, assainissement des communes et des habitations et renforcement du rôle du maire et du préfet dans cette gestion sanitaire. Ainsi, de l'assainissement des lieux et des espaces de vie qui avait commencé dès l'aube du XIX^e siècle et qui se maintient dans la loi de 1902, on en vient à l'imposition d'un type de comportement idéal aux individus qui composent la population dont on sait désormais qu'elle est régie par des lois biologiques communes et atteintes par les mêmes micro-organismes. Certes les choses se feront lentement et difficilement, à tel point que certains verront dans la France une faillite de la santé publique⁷³⁹. Les lois de santé publique ont du mal à s'appliquer du fait de l'éclatement administratif, de la pauvreté des communes, de la culture libérale des médecins qui occupent nombres de postes dans les

⁷³⁷ Carvais, R., 1986, « Le microbe et la responsabilité médicale », Salomon-Bayet, C., (éd.), 1986, *op. cit.*, p. 217-330.

⁷³⁸ Longtemps la profession médicale s'est méfiée des savants et ce n'est qu'« avec retard et à contrecœur » qu'elle s'est aperçue de son erreur. Et c'est aussi parce que la médecine expérimentale pouvait accroître leurs revenus que les médecins y ont finalement en majorité adhérer (Léonard, J., 1981, *op. cit.*, p. 331).

⁷³⁹ Ramsay, M., 1994, « Public health in France », Porter, D., (éd.), 1994, *The history of public health and the modern state*, Londres, Wellcome Institute series, p. 45-118.

assemblées et les mairies de la III^e république, ou encore de la prééminence de la tradition clinique centrée sur la prise en charge des cas individuels. Néanmoins, des initiatives importantes annoncent déjà le renversement de l'hygiène publique en une santé publique. C'est le cas du dispensaire de Lille ouvert en 1901. Véritable lieu de prophylaxie sociale, il défend l'idée qu'il vaut mieux prévenir que guérir, et s'adresse à la population ouvrière considérée comme la plus à risque. Il s'agit de surveiller les habitats et les modes de vie afin de réduire le risque de contagion tuberculeux. Le dispensaire offre des vêtements et de la nourriture pour attirer à lui les populations à qui il envoie ensuite des infirmières qui se chargent de l'éducation sanitaire, c'est-à-dire de la transmission de préceptes d'hygiène auprès des individus, tout en repérant les maisons insalubres. L'éducation sanitaire à domicile, tel que l'histoire du dispensaire lillois en donne l'exemple, s'ajoute à une éducation sanitaire généralisée, pratiquée à l'école.

L'instituteur et l'institutrice doivent alors vérifier et promouvoir la propreté corporelle, enseigner la gymnastique, convaincre les familles de la légitimité de la vaccination antivariolique et des méfaits de l'alcool [...] Dorénavant, ils auront aussi à charge le renforcement des corps (par la gymnastique par exemple) et la préservation contre les déviations physiques, intellectuelles et morales⁷⁴⁰.

Ainsi se répandent dans la société les préceptes de l'hygiène, de la pasteurisation (stérilisation du lait maternel ou lavage des mains), et de l'intérêt pour sa santé. De la médecine sociale, on a glissé sûrement vers la société médicalisée, puisque ce sont les éléments du corps social qui ont pris le relais des médecins dans la publicité des préceptes d'hygiène. Ce qui libère les médecins d'un travail de terrain et leur permet de prendre en compte, progressivement, chaque pan de la vie sociale. Avec la médicalisation de la société, la médecine en viendra à n'avoir plus d'extériorité⁷⁴¹. Elle va envahir progressivement tout le territoire de la vie des micro-organismes à la vie sociale. Comme le note Freidson en 1970,

[...] pendant ces cent dernières années, la profession médicale ne s'est pas contentée de répondre aux besoins exprimés par le public, ce qui est bien compréhensible, elle s'est aussi attachée à découvrir et à définir de *nouveaux besoins* en développant ses propres conceptions morales de ce que les hommes peuvent ou devraient être dans l'idéal⁷⁴².

Son entreprise spatialisante parvient progressivement à quadriller tous les espaces possibles.

Le modèle de l'ingénieur

La territorialisation de l'ensemble de la vie biologique et de l'existence humaine qui marque l'entrée dans le XX^e siècle concrétise l'épanouissement du paradigme spatialisant apparu au XVII^e siècle avec la révolution des sciences modernes au sein de la médecine. Le

⁷⁴⁰ Parayre, S., 2009, « L'hygiène à l'école aux XVII^e et XIX^e siècles », *Recherches & éducatives*, 1, p. 177-193.

⁷⁴¹ Foucault, M., 1976b, *op. cit.*, p. 51.

⁷⁴² Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 340.

signe de cette appartenance de la médecine au grand mouvement des sciences modernes est certainement l'émergence du médecin-ingénieur.

D'une part, le modèle de l'ingénieur s'impose par le biais de l'application à grande échelle du savoir acquis. En effet, au-delà des médecins et du corps médical, le pasteurisme s'impose à la société. Or, ce sont les industriels qui assurent le passage de la pastorisation de la médecine à la pasteurisation de la société. Par exemple, l'obligation de la vaccination qu'impose la loi de 1902 demande une création en très grand nombre de vaccins contre la variole. Les industriels prennent alors le relais des ingénieurs de laboratoire pour produire à massivement ces nouveaux objets médico-manufacturés. Industrie et médecine forment rapidement un complexe, que la loi du 1^{er} août 1905 renforce en imposant le contrôle bactériologique de l'industrie alimentaire, qui introduit la pasteurisation et avec elle la médicalisation de l'ensemble de la société. L'essor du médicament au XX^e siècle marque cet avènement du complexe bio-médico-industriel de la biomédecine⁷⁴³ qui s'insère jusque dans la relation médicale, puisque c'est un objet manufacturé en grande quantité qui devient le tiers, le cœur de la relation médecin-malade⁷⁴⁴.

D'autre part, le modèle du savoir appliqué qui fonde l'image de l'ingénieur répond parfaitement à la forme iconique du savoir constitué par l'homme dans l'univers acosmique. Le renversement cosmologique de la physique galiléenne implique un renversement, nous l'avons dit, du statut de la science qui de contemplation et de description de l'ordre préétabli du cosmos à une science comme application d'un savoir à la reconstruction du sens et de l'ordre du monde désormais chaotique, car sans repère ontologique préexistant. Connaître c'est désormais fabriquer, Pasteur en est un bon exemple. La médecine de laboratoire favorise ce modèle autant que sa dérive d'un savoir iconique qui ne connaît plus que le reflet qu'il produit. Le microbe, comme nouveau « fait »⁷⁴⁵ devient le centre de la nouvelle médecine, et désormais tout tourne autour d'un élément qui n'existait pas dans le champ du savoir et de la représentation du médecin, quelques dizaines d'années auparavant.

[...] en introduisant cellules, bactéries, virus, hormones, enzymes ou gènes dans les dossiers des malades, la médecine expérimentale a entretenu un puissant mouvement de transformation des problèmes médicaux en questions de recherche⁷⁴⁶.

In fine, l'ingénieur savant, le scientifique ingénieur que devient le médecin va modeler à l'image de ses représentations le monde qu'il observe, clôturant ainsi le modèle du savoir iconique dans la boucle de la connaissance des artefacts de la connaissance : très vite on ne connaît plus que ce qu'on fabrique, car le monde qu'étudie le médecin a pris la forme des représentations construites par le médecin lui-même. La connaissance est une construction du sens du monde qui en marque la maîtrise. La territorialisation est complète : la médecine a acquis son pouvoir sur la vie.

⁷⁴³ Gaudillière, J.-P., 2002, *Inventer la biomédecine*, Paris, La Découverte.

⁷⁴⁴ Dagognet, F., 1964, *La raison et les remèdes*, Paris, Presses Universitaires de France.

⁷⁴⁵ Latour, B., 1988, *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*, La Découverte/ Poche, 1996, notamment, p. 177-189.

⁷⁴⁶ Gaudillière, J.-P., 2006a, *La médecine et les sciences*, Paris, La Découverte, p. 47.

AUTONOMIE PROFESSIONNELLE ET POUVOIR MÉDICAL FORCES ET FAIBLESSES DU RATIONALISME MÉDICAL

L'avènement de la médecine biologique annonce celui de la médecine comme profession autonome, reconnue dans son rôle et son statut tant par le politique que le public. Il aura fallu plus d'un siècle et demi pour que la médecine acquière le statut de profession consultante reconnue autonome dont elle rêvait sous l'Ancien Régime. Les espoirs du siècle des Lumières, que la Révolution cristallise, ne se sont concrétisés qu'au XX^e siècle : le médecin a acquis un statut et un monopole, l'hôpital est devenu le centre de traitement et de recherche par excellence où toutes les professions médicales sont organisées dans un réseau de soins apparemment sans failles, la médecine est devenue scientifique, la vie est décodée et comprise dans son ensemble, des victoires sont gagnées contre les maladies, la souffrance somatique tend à disparaître. Il fallut trois territorialisations successives pour assurer la clôture d'un savoir cohérent assurant à la formation discursive de la médecine le passage du seuil de sa positivité, celui de l'épistémologisation et enfin de la scientificité.

De 1750 à 1945, la médecine s'est constituée comme une discipline scientifique, elle a constitué un savoir du corps cohérent avec les représentations sociales qu'elle a imposées et avec la thérapeutique interventionniste qu'elle a conçue. Elle a gagné la guerre contre la maladie autant que contre le charlatan. Ainsi, le médecin développe-t-il un pouvoir politique, social et culturel. Il a réussi à « se crédibiliser aux yeux des particuliers comme des institutions, se faire adouber *et* rembourser par l'État »⁷⁴⁷. Mais l'acquisition de cette autonomie ne pouvait se réaliser qu'au moyen du développement d'un réel pouvoir médical pratique, pouvoir qui devait ensuite être reconnu par le public, car c'est

[...] avec l'amélioration des résultats concrets dans la pratique et avec l'instruction obligatoire, qui a rendu les connaissances, les idées et les normes de la profession moins inaccessibles au commun, elle a pu devenir une profession consultante pleine et entière au lieu de la profession de chercheurs et de savants qu'elle était auparavant, avec sa protection officielle et sa pratique restreinte à une partie des élites⁷⁴⁸.

Si dès le XIX^e siècle, la littérature traçait le portrait assez flatteur du médecin, à tel point qu'on peut parler de « la vogue de "l'homme en blanc" »⁷⁴⁹, il faut néanmoins attendre le XX^e siècle pour que se réalisent les promesses d'efficacité de la médecine et que le médecin troque les ridicules de Diafoirus contre ceux du docteur Knock⁷⁵⁰. Pour acquérir la confiance du public, le médecin devait faire preuve de son efficacité, preuve de son pouvoir. Il faut que l'opinion publique croie à la compétence du métier de consultant et à la valeur des connaissances et des habilités déclarées par ce métier. En effet, une technique pratique et sûre n'est pas une condition suffisante⁷⁵¹. Pour séduire le patient, le médecin doit faire preuve de bons résultats d'une pratique fondée sur un savoir scientifique. Autrement dit, le pouvoir ne peut pas être uniquement scientifique, mais doit être pratique, car il y a une différence entre une profession consultante et une profession de recherche ou

⁷⁴⁷ Le Pen, C., 1999, *Les habits neufs d'Hippocrate. Du médecin artisan au médecin ingénieur*, Paris, Calmann-Lévy, p. 23.

⁷⁴⁸ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 84.

⁷⁴⁹ Ackerknecht, E. H., 1967, *op. cit.*, p. 247.

⁷⁵⁰ Léonard, J., 1978b, *op. cit.*, p. 169.

⁷⁵¹ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 31.

de savoir⁷⁵². Si les professions de recherche peuvent acquérir leur monopole par les associations professionnelles et le soutien de l'État, les professions consultantes doivent « apporter à une clientèle la preuve qu'elles sont capables de résoudre pratiquement ses problèmes »⁷⁵³.

C'est le pouvoir médical qu'il nous faut désormais aborder, parce qu'il est présent dans le débat de la médecine contemporaine, mais également parce qu'il nous offre une perspective d'ensemble de l'évolution qu'a connue la médecine pour devenir profession autonome.

Le pouvoir sur les maladies et la vie

Le savoir est le premier des pouvoirs, mais comme nous l'avons vu, il n'est pas une condition nécessaire à l'établissement du pouvoir médical. Si son caractère définitif et son statut scientifique lui permettent de faire autorité sur le territoire qu'il décrit, pour que son pouvoir acquière sa puissance il lui faut être reconnu comme s'appliquant sur le territoire autrement reconnu par les sujets de ce territoire. Certes, le concept biomédical de la maladie comme agent ontologique et exogène (étiologie) se manifestant géographiquement dans le corps individuel ou social s'est répandu dans la société, car il correspondait aux représentations communes des populations, mais si les pouvoirs scientifiques des médecins assurent une puissance potentielle au pouvoir médical, encore faut-il que le pouvoir médical se réalise dans le pouvoir curatif des médecins.

À ce titre, les découvertes de la bactériologie jouèrent un rôle important. Souvent spectaculaires comme la vaccination antirabique, elles apparurent tout d'abord comme de véritables « miracles scientifiques »⁷⁵⁴ qui s'enchaînaient rapidement au gré des découvertes des éléments et fonctionnements intimes du corps humain. La constitution d'un vaccin contre la tuberculose en 1921 marque une victoire contre un fléau ancien, la découverte de la pénicilline par Alexander Fleming en 1928 et sa commercialisation en masse dès 1942 assure une nouvelle victoire sur les infections qui tuent les malades jusque dans les hôpitaux. De même, la chirurgie, forte des apports de l'anesthésie et de l'asepsie, et plus généralement des victoires de la médecine et des sciences biologiques, se déploie rapidement. Très vite les maladies qui ravageaient le XIX^e siècle disparaissent les unes à la suite des autres, transformant les termes mêmes de la pathologie moderne. La médecine a su vaincre ses anciens ennemis et cela participe à la reconnaissance du médecin : « L'opinion publique le savait instruit et dévoué aux heures sombres de la médecine pré-pasteurienne, mais elle le croyait désarmé ; elle le découvre puissant »⁷⁵⁵. À ces effets directs de découvertes majeures s'ajoutent les campagnes de sensibilisation et d'éducation de la santé publique qui participent de la reconnaissance du pouvoir médical : « l'enseignement de masse éduque progressivement le public à des connaissances et à des croyances moins étrangères à celle du médecin et le rend ainsi plus réceptif au travail de ce dernier »⁷⁵⁶.

⁷⁵² *Ibid.*

⁷⁵³ *Ibid.*

⁷⁵⁴ Shryock, R. H., 1956, *op. cit.*, p. 217.

⁷⁵⁵ Léonard, J., 1978b, *op. cit.*, p. 169.

⁷⁵⁶ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 30.

Si les médecins ont pu acquérir la confiance du public, c'est dans un premier temps parce qu'ils ont su s'imposer comme des maillons essentiels de la chaîne sociale. Experts de la santé des populations, membres éminents des parlements et des mairies françaises, les médecins se sont constitué leur pouvoir politique, et ce afin d'améliorer leur pouvoir thérapeutique. Et finalement leur pouvoir curatif va renforcer leur pouvoir politique et social. Acteur politique et social essentiel, le médecin est aussi un acteur économique de premier choix, puisque ces découvertes récentes de la fin du XIX^e siècle assurent aux industriels à la fois des moyens de se développer, mais également de nouveaux objets à produire en masse : les médicaments. L'extension de l'assurance maladie est une preuve de la confiance que l'on place alors dans la médecine. Mais, pour comprendre la stratégie du pouvoir médical, il ne faut pas se limiter à cette histoire des victoires de la rationalité médicale, car si le savoir et ses applications expliquent en partie le pouvoir des médecins, son fonctionnement n'apparaît qu'en comprenant la rationalité à l'œuvre dans ce savoir médical moderne.

Le rationalisme médical

François Dagognet a magistralement décrit en 1955, dans sa *Philosophie biologique*, le rationalisme médical qui s'appliquait dans la première moitié du XX^e siècle. Or, ce qu'il nous dévoile dans ce travail, c'est le caractère envoutant d'un rationalisme essentiellement abstrait. Retraçant, dans une perspective d'histoire épistémologique qui est la sienne, le développement de la rationalité médicale, Dagognet distingue trois étapes que furent le développement de l'anatomie, celui de la physiologie, et celui de la biochimie.

L'anatomie, devenue rapidement anatomopathologie, assura dans un premier temps à la médecine la compréhension du substrat organique de l'être humain. Le rationalisme visuel du substrat à l'œuvre dans la morphologie assure à la médecine un matérialisme premier qui l'a conduit vers la naissance de la clinique entendue comme primauté du corps et du visible. L'anatomie pathologique, essentiel « savoir-faire », s'est alors prétendue « savoir » renvoyant la médecine à un empirisme permettait de quitter le rationalisme stérile des systèmes, mais qui en s'affirmant savoir engagea la médecine dans une première méprise qui est celle de prendre l'antécédent pour la cause : « un empirisme où la nécessité se ramène à une habitude, à l'habitude d'une association ; au total, on glisse du *post hoc*, à l'*ergo propter hoc* »⁷⁵⁷. Mais cette généralisation abusive fut masquée par l'impulsion qu'elle offrit à la médecine.

Cependant, pour qu'advienne une médecine positive de l'individu promise par l'anatomo-clinique, il fallu, ainsi que nous l'avons vu, que la physiologie se déploie sur le territoire ouvert par l'anatomie. La mise en mouvement de ce substrat anatomique par ce qui s'appelait originellement *anatomia animata* a permis de donner vie à un être humain global, envisagé comme une unité du physique et du moral. L'individu était envisagé dans sa positivité par une seconde territorialisation, celle du corps collectif, social et politique ou vivant. Dans le mouvement de l'anthropologie kantienne, l'empirisme premier de l'anatomie fut philosophiquement assuré d'une philosophie transcendantale des conditions *a priori* de la connaissance, faisant écho à la physiologie de la sensibilité. Une analytique de la finitude vit le jour ouvrant ainsi la voie à l'affirmation du rationalisme du normal par l'autonomisation de la physiologie. Cette étape se réalisa sous les plumes de Bichat et de

⁷⁵⁷ Dagognet, F., 1955, *Philosophie biologique*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 23.

Comte autour d'une territorialisation dernière de la vie elle-même et une conceptualisation de la biologie qui affirma, sans retour, l'abstraction du rationalisme médical. Car, tout en autonomisant la physiologie, la biologie lui accordait les outils de l'anatomie, faisant ainsi de la morphologie une des conditions de possibilités. Or, comme le souligne Dagognet,

[...] le tort général de la morphologie c'est d'imposer une physiologie, c'est de se présenter comme irréfutable, alors qu'elle devrait venir comme conséquence provisoire, c'est de renverser l'ordre de la genèse, afin de surprendre notre acquiescement et nous conduire doucement du voir au concevoir, de la forme à l'information, par le biais d'un matérialisme offert sous les couleurs de l'objectivité descriptive⁷⁵⁸.

L'anatomie ne peut donc revendiquer aucune antériorité didactique ou chronologique et il faut porter crédit à Claude Bernard d'avoir, à l'encontre de Comte, posé la physiologie, non plus comme complément, mais comme négation de l'anatomie ainsi discréditée. La rationalité médicale prend définitivement sa forme abstraite avec la médecine scientifique de laboratoire. Car en quittant la base du substrat morphologique, la physiologie s'est constituée comme un rationalisme abstrait, de manière telle qu'elle s'est finalement coupée de la réalité qu'elle avait pour but de comprendre. C'est que la physiologie, comme l'avait vu Comte dans l'analyse de la biologie, est déchirée par la double tendance qu'elle affirme : l'exigence d'analyse pour le savant et la nécessité du total pour le vivant.

[La physiologie] ne peut pas appréhender pleinement la dialectique biologique, soit à cause de son champ d'action (limité à tel ou tel animal), soit encore à cause du dérèglement général que provoque l'intervention limitée, soit enfin à cause de la polyvalence réactionnelle qui suit la même lésion selon le processus qui l'amène⁷⁵⁹.

Claude Bernard se voit ainsi contraint de maintenir l'idée d'un germe vital pour asseoir sa science expérimentale. Face à ce problème, la physiologie retombe dans l'anatomie pour éviter toute dérive vitaliste. C'est le retour de la fascinante et « envoûtante »⁷⁶⁰ notion de substrat qui refait alors surface avec l'étiologie pasteurienne. Ce retour morphologique renforce alors l'abstraction de la physiologie qui ne dispose alors plus que d'une superstructure spatiale et numérique pour rendre compte des processus vitaux⁷⁶¹ : radiographies, courbes, pesées, renforcent finalement le rationalisme d'abstraction de la physiologie. La physiologie devenue biologie chimique s'occupe désormais de la vie des microorganismes, ne voyant plus la vie que dans l'extrême transparence de son abstraction. La victoire contre les maladies infectieuses ouvre finalement le rationalisme abstrait à un utopisme fondamental qui fait écho aux rêves du public. La médecine se clôt dans un système autoréférentiel qui traite d'une vie abstraitement envisagée et correspondant aux attentes du sens commun. La chimie rend compte des faits vitaux identifiés par la biologie dans laquelle la physiologie anime la morphologie et construit la vie comme l'espace artificiel de son développement. André Pichot a donc raison d'affirmer que la biologie moderne ignore la vie⁷⁶², car elle lui préfère en fait

⁷⁵⁸ *Ibid.*, p. 28.

⁷⁵⁹ *Ibid.*, p. 42.

⁷⁶⁰ *Ibid.*, p. 34 : « la notion de substrat envoûté, ne peut se combattre directement, finit toujours par resurgir, semblable au désir refoulé dont parle Freud ou semblable encore à l'hydre platonicienne aux cent têtes ! ».

⁷⁶¹ *Ibid.*, p. 43.

⁷⁶² Pichot, A., 1993, *op. cit.*, p. 937.

l'analyse d'objets que le sens commun caractérise comme « vivants ». On entrevoit ici la source de puissance du pouvoir médical : il invente une vie sur laquelle il a toute maîtrise et qui correspond aux attentes et représentations du public. Telle est la force de la pensée spatialisante et de sa stratégie territorialisante : elle modèle ses territoires afin de mieux les maîtriser et d'asseoir ainsi son pouvoir sur ce territoire même comme sur les sujets qui l'habitent⁷⁶³. Comme le résume Dagognet, « [a]vec la substance interstitielle et les cellules, la microscopie fait de la vie, comme le géomètre de la géométrie avec de la craie »⁷⁶⁴.

La pensée territorialisante a entièrement gagné la médecine, soumettant la temporalité de la vie elle-même au culte de l'espace visible. C'est ainsi que la médecine se sépare finalement de la clinique elle-même. Car si la physiologie ne peut être que la codification, la vérification et la confirmation des lois ou des découvertes de la clinique, pour autant, cette dépendance historique et logique, est oubliée par la physiologie qui émet la prétention de comprendre par elle-même. Mais en se détachant de la clinique, la physiologie se vide de son contenu pour s'affirmer comme un simple vocabulaire, pouvant désormais plonger dans les détails de la vie, par une complication progressive de sa langue, qui n'est que le moyen de maintenir son rationalisme. « Dans le fond, [la physiologie] est un vocabulaire, du moins un système qui doit se compliquer toujours pour pouvoir se maintenir »⁷⁶⁵. C'est ainsi qu'à terme, comme nous le verrons d'ailleurs, la physiologie se retourne même contre la clinique, car « elle tente l'esprit par l'apparente clarté de son dogmatisme et elle l'endort dans le Capoue du "croire savoir". Il est agréable de se reposer sur une image ou dans un schéma transparent de clarté »⁷⁶⁶. Ainsi le rationalisme abstrait et utopique de la biologie a endormi, dans le sommeil classique du dogmatisme, toute la pensée médicale qui n'a pour autre but que de se maintenir en place. Il rend compte d'un « savoir qui ne parvient pas tout à fait à se constituer, qui offre asile à la "liberté", qui ne cesse pas davantage d'évoluer et même de se renier, mais qui par ailleurs, ne manque pas non plus de grandir, de s'organiser et de se perfectionner »⁷⁶⁷. Pour s'appliquer concrètement, le savoir médical devait donc gouverner cette liberté afin de concrétiser son pouvoir.

Les outils du pouvoir médical : métaphore militaire et technique

Le pouvoir médical va tirer sa puissance de gouvernement de cette liberté d'une pratique d'envoûtement. Cette dernière repose premièrement sur l'usage d'un vocabulaire qui tend moins à rendre compte de phénomènes concrets qu'à favoriser la compréhension et l'adhésion des profanes. C'est en ce sens qu'il faut comprendre l'omniprésence du vocabulaire militaire dans le langage médical.

Dieu sait [...] combien la biologie exploite le langage militaire – qui se préoccupe de décrire les lieux, le relief du sol où se jouera la bataille, avant de mettre en jeu le courage des soldats ou l'initiative des généraux,

⁷⁶³ Foucault, M., 1978c, « La "gouvernementalité" », *Aut-Aut*, n° 167-168, septembre-décembre 1978, p. 12-29, *Dits et écrits*, texte 239, vol. 2, p. 635-657, ici, p. 643 : « la souveraineté ne s'exerce pas sur les choses, elle s'exerce d'abord sur un territoire et, par conséquent, sur les sujets qui l'habitent ».

⁷⁶⁴ Dagognet, F., 1955, *op. cit.*, p. 9.

⁷⁶⁵ *Ibid.*, p. 45.

⁷⁶⁶ *Ibid.*, p. 62.

⁷⁶⁷ Dagognet, F., 1964, *La raison et les remèdes*, Paris, Presses Universitaires de France, 1984, p. 334.

comme si parfois les péripéties de la lutte et la signification des manœuvres s'inscrivaient dans les plis du terrain⁷⁶⁸.

Le développement de la médecine positive sur le modèle militaire explique en grande partie la présence de la métaphore médicale dans la médecine. Dès la Révolution, on l'a vu, et plus encore après la défaite de 1870, la guerre est transformée en occasion de mobilisation idéologique. Rien d'étonnant donc à ce que la métaphore militaire serve la mobilisation idéologique du public au profit de la médecine. Surtout que, quand le rôle des bactéries en tant qu'agents de la maladie fut mis en évidence, le vocabulaire médical déploya sa puissance heuristique. Les bactéries sont les ennemies du corps, comme la maladie est l'ennemi de la société et le traitement médical, individuel ou collectif par l'hygiène est une lutte. L'efficacité de la microbiologie et de la biochimie contre les maladies infectieuses renforça la puissance du vocabulaire militaire qui, plus que jamais, permettait de comprendre ce que de toute façon on ne pouvait voir à l'œil nu. La conception de la vie comme lutte contre la mort, qui s'était élargie au corps social par le biais de la biopolitique, assurait également le fondement de cette métaphore militaire. La métaphore militaire assure bien, comme l'a vu Susan Sontag dans ses études sur la maladie comme métaphore⁷⁶⁹, la mobilisation du public au côté du médecin dans la lutte contre la maladie.

D'autant qu'elle est renforcée et soutenue par un autre outil de maintien du rationalisme médical : ce que Dominique Lecourt nomme le dogme « positiviste » de la technique⁷⁷⁰ et qui fait de cette dernière une simple application de la science. Car c'est bien parce que la vie est définie biologiquement comme lutte, que la médecine, entendue comme poursuite technique de la science biologique, apparaît comme un bras armé. On l'a vu, en fondant la biologie comme savoir abstrait sur la vie, Comte assigne à la médecine le rôle d'application pratique (et donc de vérification) des lois biologiques. La médecine est la technique de la science biologique, son domaine appliqué. C'est que la technique, comme la science d'ailleurs, est pour Comte la continuité même de la vie, son développement. Les sciences et les techniques sont le résultat de la vie de l'esprit du Grand-Être. Or, cette continuité de la technique à la nature assure pour le rationalisme abstrait la possibilité d'une expérimentation technique de la vie dans la pathologie, car la technique ne modifie pas le processus naturel, mais le poursuit.

Or, ce statut de la technique est au cœur du pouvoir médical comme l'explique le cas du médicament. François Dagognet⁷⁷¹ a montré comment le médicament, modèle concret du remède, devenait le point d'ancrage de la rationalité médicale : « Sur sa substance neutre et froide, se condensent et l'énergie du médecin et la confiance du malade »⁷⁷². Le médicament est le produit technique médical par excellence, directement issu de la science médicale, il est l'artefact concret de la puissance médicale de guérir. Il est au cœur du système médical moderne, inventé par des chercheurs, évalué par des ingénieurs, produit par des industriels, réglementé et surveillé par l'État et la profession médicale, il est

⁷⁶⁸ *Ibid.*, p. 5.

⁷⁶⁹ Sontag, S., 1977, « La maladie comme métaphore », *Œuvres complètes III*, 2009, Lonrai, Christian Bourgois éditeur, trad. fr. M.-F. De Paloméra, p. 11-113 ; Sontag, S., 1988, « Le sida et ses métaphores », *Œuvres complètes III*, 2009, Lonrai, Christian Bourgois éditeur, trad. fr. B. Matthieussent, p. 115-232.

⁷⁷⁰ Lecourt, D., 2003, *Humain, Posthumain. La technique et la vie*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 40.

⁷⁷¹ Dagognet, F., 1964, *op. cit.*

⁷⁷² *Ibid.*, p. 16.

finalement prescrit par les médecins et consommé par les malades. Il retrace donc toute l'économie médicale moderne qui, des laboratoires à la relation clinique, passe désormais irrémédiablement par les organisations professionnelles et politiques et par l'industrie. L'histoire du médicament est au croisement de l'histoire de la médecine et de l'histoire de la société industrielle et capitaliste⁷⁷³.

Mais le médicament est surtout au cœur de la rationalité médicale et de son caractère envoûtant. Comme le souligne Dagognet, « une substance qui guérit induit sa propre croyance en elle-même. Le vrai remède s'active en proportion de son pouvoir »⁷⁷⁴. Le médicament synthétise dans sa concrétude le fonctionnement essentiellement symbolique du pouvoir médical. La pratique du placebo en est l'irréductible exemple. Malgré toute la rationalité inscrite désormais dans le médicament, ce dernier conserve un fond d'opacité qui rappelle au rationalisme l'importance du symbolique dans la prise en charge thérapeutique. Le médecin moderne, armé de son savoir scientifique et de sa technicité pharmacologique à portée de main, n'en reste pas moins un guérisseur et relève donc, ainsi que l'ont analysé les anthropologues, d'un investissement symbolique de la part du public. La médecine est une formation symbolique⁷⁷⁵ et à ce titre, le pouvoir médical fonctionne comme le pouvoir de tout guérisseur, grâce à la croyance.

Si le médecin émerge soudainement en tant que sauveur, héros de la civilisation et thaumaturge, ce n'est pas parce que la nouvelle technologie médicale a fait ses preuves, mais parce que l'on ressent le besoin d'un rituel magique donnant créance à une quête dans laquelle la révolution politique avait échoué⁷⁷⁶.

Le médecin et son biopouvoir comblent donc le besoin d'investissement symbolique de la relation thérapeutique, comme de la relation politique. On peut ainsi envisager le médecin lui-même, comme un remède, du fait de sa force symbolique, et envisagé la manière dont il « s'administre au patient »⁷⁷⁷ et ainsi la manière dont son pouvoir, essentiellement symbolique, se structure.

Le pouvoir spirituel

Ainsi que l'avait entrevu Auguste Comte, le médecin a un rôle « spirituel » important. Freidson confirme cette analyse en caractérisant le médecin moderne et la profession médicale autonome par la possession d'une « position comparable à celle des religions d'État hier »⁷⁷⁸. Cette facette religieuse du médecin n'est pas neuve et relève du caractère sacré de la santé et de la maladie. La nouveauté est que le médecin a désormais le monopole de ce pouvoir « magique ». Ainsi, l'image d'une profession sacerdotale, fondée sur une vocation personnelle, qualifie le médecin moderne. Le médecin, acteur social et politique de premier rang, recouvre, dans sa mission de santé publique, un statut assuré

⁷⁷³ Voir à ce propos, Bonah, C., Rasmussen, A., (dir.) 2005, *Histoire et médicaments aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Glyphe, 2^e édition, 2008.

⁷⁷⁴ Dagognet, F., 1964, *op. cit.*, p. 38.

⁷⁷⁵ Good, B., 1994, *Medicine, Rationality and Experience*, New York, Cambridge University Press, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robin, Institut Synthélabo, 1998, trad. fr. S. Gleize, p. 159.

⁷⁷⁶ Illich, I., 1975, *Némésis médicale*, Paris, Seuil, p. 158.

⁷⁷⁷ Balint, M., 1957, *Le médecin, son malade et la maladie*, 1988, Paris, Payot, trad. J.-P. Valabrega, p. 242.

⁷⁷⁸ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 15.

s'accordant parfaitement avec l'aspect, mis en avant aux alentours de la Révolution, sacerdotal de sa profession : il est le berger de la nation vers la santé et le progrès. L'hygiéniste du XIX^e siècle apparaissait comme un philanthrope de premier ordre en favorisant l'assistance aux populations pauvres (prises en charge surtout parce qu'elles étaient les premiers vecteurs de maladies et de vices), les victoires médicales et l'association des médecins au monde politique favorisent cette image du médecin comme sauveur de l'humanité.

La profession médicale a largement cessé de poursuivre les objectifs d'une corporation d'artisans appliquant la tradition et ayant recours à l'habileté, l'apprentissage et l'intuition. Elle en est venue à jouer un rôle jadis réservé au clergé, utilisant des principes scientifiques en guise de théologie, des techniciens en guise d'acolytes et la routine hospitalière en guise de liturgie⁷⁷⁹.

Savoir spécifique, secret professionnel et philanthropie essentielle transforment le médecin en prêtre des laïcs ; position que concrétise la III^e République « heureuse de célébrer un culte qui ne soit pas une religion »⁷⁸⁰. À tout point de vue donc « le médecin vers 1900 a effacé Dieu »⁷⁸¹. Cette fonction spirituelle du médecin moderne est au cœur de sa stratégie d'envoûtement qui conduit les malades et la société à reconnaître son pouvoir et à se soumettre à ses directives. Confisquant à son profit le mot « docteur », celui qui sait, le médecin

[...] rassemble sur lui le prestige, l'autorité de celui qui sait, le pouvoir de celui qui peut aider ou nuire, guérir ou condamner, sinon par ses actes, du moins par ses prévisions. On le croit si puissant qu'il apparaît encore un peu magicien⁷⁸².

Le pouvoir dont est investi le médecin est la conséquence moins de ses victoires que de sa prise en main de l'ensemble des domaines de la vie sociale et de la croyance en sa puissance qu'il institue. « Le médecin praticien a vraisemblablement foi en sa thérapeutique ; cette foi entraîne son patient à avoir une réponse favorable et l'entraîne lui-même à voir une amélioration, si ce n'est une guérison »⁷⁸³. C'est la force de la fonction apostolique du médecin qu'a repéré Michael Balint.

La mission ou fonction apostolique signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade. Bien que cette idée soit rien moins qu'explicite et concrète, elle possède une immense puissance et, comme nous l'avons découvert, elle influence pratiquement chaque détail du travail du médecin avec ses patients. *Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit et non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients*⁷⁸⁴.

⁷⁷⁹ Illich, I., 1975, *op. cit.*, p. 121.

⁷⁸⁰ Duhamel, P., 1993, *op. cit.*, p. 260.

⁷⁸¹ *Ibid.*, p. 344.

⁷⁸² *Ibid.*, p. 333.

⁷⁸³ Freidson, 1970, *op. cit.*, p. 270.

⁷⁸⁴ Balint, M., 1957, *op. cit.*, p. 228.

La fonction apostolique du médecin organise la relation médicale, tout d'abord au niveau individuel, car c'est avant tout comme dépendante de la personnalité du médecin, comme le résultat des expressions de sa conduite personnelle⁷⁸⁵, que la fonction apostolique est définie. Le médecin « joue au docteur », selon l'expression de Robert Castel⁷⁸⁶ et par là même convint le malade comme lui-même de sa puissance thérapeutique. Mais cette dernière renvoie finalement au pouvoir médical en général :

[...] le besoin irrésistible du médecin de prouver au patient, au monde entier et par-dessus tout à lui-même qu'il est bon, bienveillant, avisé et efficace constitue un aspect particulièrement important de la fonction apostolique⁷⁸⁷.

Le pouvoir du médecin est en interaction avec le pouvoir médical, et ce même s'il faut, comme le conseille Bernard Hoerni, distinguer les deux⁷⁸⁸. C'est que l'autonomie de la profession médicale implique une autorégulation du corps médical qui uniformise les comportements singuliers et qui révèle par là l'organisation professionnelle du pouvoir médical.

Rationalisme et professionnalisation

Ainsi que nous l'avons vu, l'émancipation de la médecine comme profession consultante repose sur l'acquisition d'un savoir cohérent reconnu par les pouvoirs publics et donc inséré dans une formation qualifiante unifiée produisant des « docteurs » qualifiés de manière équivalente à l'usage d'un corpus scientifique et technique. La reconnaissance par le public du savoir scientifique et du pouvoir technique (à la fois diagnostic et thérapeutique) qui semble en découler, autrement dit du rôle du médecin, finit de constituer le statut social de profession consultante de la médecine. Territorialisation, formation discursive et prise de pouvoir vont de pair et accompagnent la professionnalisation médicale et le devenir du corps médical. En ce sens, et contrairement à l'analyse de Freidson⁷⁸⁹, il y a une interaction profonde de la scientification de la médecine et de sa professionnalisation autonome, la perspective technique est inséparable de la perspective sociologique. Savoir et pouvoir vont de pair et s'articulent à une troisième et essentielle dimension de l'autonomie professionnelle : l'auto-régulation⁷⁹⁰. C'est la gestion en interne du savoir et du pouvoir par le corps médical, autorégulation reconnue par les pouvoirs publics, qui assure à cette profession consultante son autonomie. L'autorégulation du corps médical, par le biais de l'université comme des syndicats, assure une unité de formation et de pratiques à l'ensemble des médecins. Le statut autonome de la profession médicale dépend de ce « contrôle exclusif du travail qui lui revient »⁷⁹¹. Freidson précise que le contrôle total n'est pas nécessaire, seul le contrôle technique prime, le contrôle économique et social étant secondaire.

⁷⁸⁵ *Ibid.*, p. 227.

⁷⁸⁶ Castel, R., 1980, « Lorsqu'un médecin cesse de jouer au docteur », *Autrement*, 26, p. 133-135, ici, p. 133.

⁷⁸⁷ Balint, M., 1957, *op. cit.*, p. 244.

⁷⁸⁸ Hoerni, B., 1998, « Pouvoirs en médecine et pouvoirs des médecins », Abtroun, S., (dir.), 1998, *op. cit.*, p. 53-63.

⁷⁸⁹ Freidson note que c'est une évolution sociale parallèle à la scientification de la médecine qui a permis le devenir de profession consultante (Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 26).

⁷⁹⁰ *Ibid.*, p. 146.

⁷⁹¹ *Ibid.*, p. 193.

Comme profession, la médecine demeure une corporation qui garde l'autorité sur ses modes de fonctionnements et c'est son élite scientifique qui définit quelle est la substance du travail médical, qui l'accomplit et comment il doit être opéré⁷⁹².

Dès lors, les comportements individuels s'inscrivent nécessairement dans une matrice définie de manière collective par le corps médical. Le pouvoir individuel du médecin repose sur le pouvoir gnoséologique, professionnel, social et politique tout comme l'autonomie individuelle est le résultat d'une autonomie professionnelle, sociale et politique⁷⁹³.

En outre, au-delà de la structuration du pouvoir médical et du pouvoir des médecins, l'autorégulation permet également à ces derniers le développement d'une autre modalité de pouvoir : celle s'appliquant aux professions qui souhaitent aborder les territoires du médecin (corps, santé, maladie, vie). Les professions paramédicales s'organisent ainsi à l'aune du médecin : « La division des tâches paramédicales constitue un système de strates dans lequel les métiers sont de près ou de loin disposés autour du travail du médecin »⁷⁹⁴. Ce pouvoir interne au corps médical et paramédical repose donc sur un double monopole qui est aussi un double pouvoir, celui que le médecin exerce sur ses différents territoires que sont le corps humain, le corps social et la vie, par le biais de son savoir, et le pouvoir sur les sujets de ses territoires que sont les malades, les citoyens et leurs maladies. « Que les médecins contemporains le veuillent ou non, ils se conduisent en prêtres, en magiciens et en agents du pouvoir politique »⁷⁹⁵.

In fine, le pouvoir médical reprend le modèle de la biopolitique que nous avons explicité précédemment. La biopolitique est le modèle de ce pouvoir-savoir du médecin sur la vie, sur le corps social comme sur le corps médical. Or, à l'instar de la bureaucratie comtienne, la biopolitique se maintient comme régulation générale au moyen, non de principes intellectuels, mais de principes affectifs. Tel est le rôle du pouvoir spirituel du médecin : assurer la cohésion sociale et la mobilisation individuelle autour d'une gouvernance médicale qui a pour fonction essentielle d'assurer la domination du corps médical sur ses territoires et le maintien d'un modèle intellectuel abstrait et sans prise sur l'expérience. Le pouvoir du médecin repose donc sur une construction intellectuelle invalide, mais maintenue, à l'instar d'une fiction, par le biais d'éléments affectifs. Le rationalisme physiologique nous donne ici le modèle de cet envoutement : le sommeil dogmatique est assuré par une apparente simplicité qui se révèle dans deux éléments majeurs et interdépendants : la métaphore militaire et l'idée d'une technique comme complément de la science. Le pouvoir « spirituel » du médecin qui est cœur de sa figure moderne et de l'autonomisation de sa profession assure finalement le maintien d'un mythe, au sens de « modèle parfait, type idéal représentant des symboles inhérents à l'homme ou des aspirations collectives »⁷⁹⁶.

⁷⁹² *Ibid.*, p. 56.

⁷⁹³ *Ibid.*, p. 33-34.

⁷⁹⁴ *Ibid.*, p. 62.

⁷⁹⁵ Illich, I., 1975, *op. cit.*, p. 75-76.

⁷⁹⁶ Article « mythe », *TLFi*.

La médecine mythique

Ainsi, la médecine développe une image idéalisée d'elle-même comme ensemble cohérent de praticiens techniquement compétents et formés, appliquant une connaissance scientifique⁷⁹⁷. Image aussi abstraite que le rationalisme dont elle est issue mais qui est le seul moyen d'assurer l'autonomie de la profession.

Ce qu'il y a de théorique, de scientifique, d'objectif, de systématique, dans le savoir médical, c'est le savoir « pur » et abstrait du cours de la maladie et des méthodes qui auront le plus de chance de la guérir ou d'en soulager les effets. Il est pur et abstrait du fait qu'il est distinct et séparé de ses modes d'application à la réalité pratique qui constituent en évaluations, en habitudes, en préférences personnelles et peut-être même en intérêts personnels, plutôt qu'en un savoir systématique guidé par quelque théorie consciente. Lorsque la profession réclame son autonomie pour déterminer le contenu de son travail, ce n'est pas justifié par le caractère de son savoir en ce qui concerne ces *modèles d'application* de son savoir, même si le caractère de son savoir pur est acceptable⁷⁹⁸.

Ce mythe médical est « un moyen dans un dispositif général destiné à créer ou à entretenir une croyance publique »⁷⁹⁹ d'unité et d'efficacité de la médecine biologique auquel fait écho le concept biomédical entièrement autoréférent⁸⁰⁰ de la maladie. Il est la condition de maintien de la structure générale de la médecine comme profession autonome, structure qui se soutient d'elle-même

[...] car il est de sa nature de bloquer les informations relatives aux prestations alors que, mieux connues des élites professionnelles, elles pourraient les inciter à envisager l'emploi de nouveaux types de contrôle. Si bien que dans l'état actuel des choses, ni l'élite ni la base n'ont la possibilité d'avoir sur l'univers du travail médical une autre perspective que la leur⁸⁰¹.

En ce sens, « l'évolution du discours médical est moins importante que sa permanence, son immobilité »⁸⁰². Il y a une clôture de la médecine sur elle-même dans une structure dogmatique qui lui assure son autonomie et qu'elle est contrainte d'imposer en dehors d'elle. C'est en ce sens que l'autonomie médicale n'a pu advenir qu'au sein d'une société qui par la biopolitique a accepté les règles du rationalisme médical. Pour que la médecine se fasse jour comme une structure gnoséologique et sociale cohérente, il fallait que chacun adhère à cette image mythique de la médecine, que ce soit le médecin⁸⁰³, la société ou le malade. C'est d'ailleurs le rôle de la fonction apostolique que d'assurer cette

⁷⁹⁷ Parsons, T., 1955, « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne », *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955, trad. fr. F. Bourricaud, p. 197-238, ici, p. 224-225.

⁷⁹⁸ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 334.

⁷⁹⁹ *Ibid.*, p. 195.

⁸⁰⁰ Dubas, F., 2004, *op. cit.*, p. 33-55.

⁸⁰¹ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 206-207.

⁸⁰² Clavreul, J., 1978, *op. cit.*, p. 15.

⁸⁰³ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 177 : « le praticien, pour pratiquer, est porté à croire en ce qu'il fait »

croyance : « Par leur fonction apostolique, les médecins préparent les patients depuis leur enfance à ce qui les attend lorsqu'ils se rendent chez leur médecin »⁸⁰⁴.

La différence entre la biologie, science théorique, et la médecine, science pratique, qui est issue du hiatus épistémologique entre savoir abstrait et savoir-faire concret, est gommée par une transformation de la réalité sociale à l'aune des critères du rationalisme médical. Car c'est à ce prix que le savoir « pur » peut se maintenir, alors même qu'il est « transformé, souillé même, au cours de son application » : il doit « s'organiser socialement en pratique »⁸⁰⁵. Ce qu'il fait en adaptant le social à ses normes. Au sein du modèle biopolitique, la médecine et la société se forment autour d'un modèle commun qui assure à chacune leur persistance et leur régulation. C'est ainsi que, si le pouvoir médical est né de l'émergence puis de l'affirmation d'un savoir médical scientifique, il s'est répandu sous l'effet d'une double demande : celle de la société comprise comme un corps dont les maux – le paupérisme par exemple – relèvent de l'hygiène publique⁸⁰⁶, et celle de l'individu qui ne peut que souhaiter une médecine toute puissante capable de lutter contre toutes ses souffrances et de repousser l'inexorable horizon de la mort. L'expertise médicale généralisée à l'ensemble de l'existence biologique et sociale des individus comme de la société « vient de l'importance donnée au corps, sémaphore de la société, et du savoir prêté au médecin, lecteur de ce palimpseste, dans son déchiffrement ».⁸⁰⁷ Le mythe d'une toute-puissance de la médecine satisfait donc l'ensemble des parties et assure à chacun la réalisation de ses souhaits : « Les mêmes aspects du rôle du médecin, qui contribuent à protéger le médecin lui-même, sont des conditions d'une importance décisive pour une thérapeutique réussie »⁸⁰⁸. Ainsi, le mythe médical est proprement cette ritournelle⁸⁰⁹ que les médecins fredonnent pour mieux marquer leur territoire et qui consiste à chanter que tout ce qui touche au corps (individuel, social, vivant) relève de la maîtrise du médecin, car, « structurellement *tout* ce dont peut souffrir le corps relève de son art et de son ordre »⁸¹⁰. Ainsi, les malades, aux oreilles desquels siffle la ritournelle, se plient aux exigences du rationalisme abstrait afin de maintenir le mythe médical.

L'illusion d'une prise en charge par le médecin est au cœur du mythe médical, lui-même à l'origine du pouvoir [...] partant de l'idée que le médecin sait et peut certaines choses, on imagine qu'il sait et peut tout, à côté de quoi on est si peu de chose qu'on n'est plus rien soi-même. Non seulement on démissionne, mais on fait le vide de soi-même pour que le médecin occupe le terrain⁸¹¹.

Ainsi valident-ils la territorialisation médicale au risque même de la dépossession d'eux-mêmes. Car, le médecin, pour accomplir sa tâche, doit avoir libre accès au corps de son malade⁸¹². Ils acceptent de se soumettre, volontairement au discours médical et à son

⁸⁰⁴ Balint, M., 1957, *op. cit.*, p. 240.

⁸⁰⁵ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 336.

⁸⁰⁶ Perrot, M., 1998, « Sur l'histoire contemporaine du pouvoir médical », Abtroun, S., (dir.), 1998, *op. cit.*, p. 41-52, ici, p. 42.

⁸⁰⁷ *Ibid.*, p. 44.

⁸⁰⁸ Parsons, T., 1955, *op. cit.*, p. 232.

⁸⁰⁹ « Forme de retour ou de revenir, notamment musical, lié à la territorialité et à la déterritorialisation », Villani, A., 2003, « Ritournelle », Sasso, R., Villani, A., (dir.), 2003, *op. cit.*, p. 304-307, ici, p. 304.

⁸¹⁰ Rivière, M., 1978, « Médecine officielle : l'univers du déjà donné », *Autrement*, 15, p. 179-181, ici, p. 180.

⁸¹¹ Briche, G., 1980b, « La fabrication des malades », *Autrement*, 26, p. 22-41, ici, p. 35

⁸¹² Parsons, T., 1955, *op. cit.*, p. 221.

pouvoir essentiellement autoritaire, puisque n'acceptant aucune remise en question. Le malade offre son corps au médecin, dans le but d'obtenir la guérison promise par le mythe médical. Mais rapidement, le rationalisme médical montre ses limites dans la pratique quotidienne du médecin. Dans l'application pratique du savoir biologique aux affaires humaines, les éléments discutables apparaissent⁸¹³, puisque le travail de la médecine constitue en fait « une réalité sociale distincte (et, dans certains cas, pratiquement indépendante) de la réalité physique »⁸¹⁴. Dès lors, la conception de la maladie que les médecins tirent de leur rationalisme « est inapplicable dans le monde – en dehors de leur cabinet »⁸¹⁵. C'est donc proprement à la phénoménalité de leur expérience que les malades sont confrontés, d'autant plus durement qu'ils avaient accepté un sens médical qui n'épuise finalement pas cette expérience médicale.

La médecine expérimentale ne dit pas le tout de l'expérience de la médecine et le hiatus épistémologique qui les sépare ne parvient pas à être effacé dans l'expérience vécue du sujet. Mais la médecine ne se rend pas compte de cette distance qui ne va pourtant que continuer à se creuser, car « L'ennui, c'est qu'une fois son statut particulier acquis, la profession se forme tout naturellement un point de vue propre, qui est d'autant plus déformé et étroit qu'il provient d'un statut dont elle est seule à répondre »⁸¹⁶.

D'un bout à l'autre de ce rationalisme médical, la maladie s'affirme comme objet tout en étant niée en elle-même au profit de la construction de la science et du maintien du vocabulaire : la maladie se déduit comme une variante ou une dérogation en physiologie, comme un simple accident en pathologie biochimique, ce qui revient à la nier. « [L]a maladie dissoute devient l'anthropomorphique exagération, la complication de la souffrance subjective à partir d'un infiniment petit nécessairement inconnu du patient »⁸¹⁷. Elle fait ainsi jaillir la division profonde de la vie médicale entre la médecine expérimentale et l'expérience de la médecine⁸¹⁸, mettant en exergue le hiatus épistémologique fondamental qui sépare l'une de l'autre. Ainsi, la médecine acquiert sa scientificité et son autonomie professionnelle au moyen de la construction d'un mythe médical rationnel⁸¹⁹ visant à masquer le décalage épistémologique profond entre la vie biologique qu'elle territorialise et la vie phénoménologique qui est celle du sujet, mythe qui malheureusement tend à nier les conséquences parfois désastreuses de la pratique médicale, au profit de son renforcement gnoseologique structurel. Le mythe médical qui assure l'autonomie de la médecine va finalement la conduire à ses propres limites, remettant en cause sa scientificité comme son autonomie.

Tel est le grave défaut de l'autonomie professionnelle : en permettant et en encourageant la création d'institutions qui se suffisent à elles-mêmes, elle aide la profession à se faire une idée trompeuse de l'objectivité et de la fiabilité de son savoir, ainsi que des vertus de ses membres ; elle l'entraîne en outre à se considérer comme la seule à posséder savoir et

⁸¹³ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 334.

⁸¹⁴ *Ibid.*, p. 212.

⁸¹⁵ *Ibid.*, p. 271.

⁸¹⁶ *Ibid.*, p. 358.

⁸¹⁷ Dagognet, F., 1955, *op. cit.*, p. 88.

⁸¹⁸ *Ibid.*, p. 93.

⁸¹⁹ Sur la distinction du mythe rationnel et du mythe traditionnel (cosmogonique), voir Fraser, P., 2012a, *Le mythe rationnel*, [en ligne, consulté le 1^{er} mai 2012] <http://pierre-fraser.com/2012/04/30/le-mythe-rationnel-une-proposition/>.

vertu, à mettre en doute les capacités techniques et morales des autres professions, et à avoir à l'égard de sa clientèle une attitude qui est au mieux paternaliste, au pire méprisante. En protégeant la profession médicale de ce qu'exigeraient des relations libres, sur une base d'égalité, avec ceux qui appartiennent au monde extérieur, cette autonomie l'amène à mettre en épingle ses vertus propres au point de la rendre incapable de percevoir même le besoin de l'autoréglementation qu'elle promet, encore moins de la mettre en œuvre⁸²⁰.

Du sommeil dogmatique au sommeil anthropologique

Le mythe médical aveugle finalement la médecine qui tend à se confondre avec l'image idéalisée d'elle-même qu'elle a produite. Oubliant toute précaution épistémologique dans le sommeil dogmatique qui caractérise le mode de fonctionnement de son rationalisme abstrait, la médecine s'engage dans un sommeil anthropologique qui fragilise alors ses propres fondements. La médecine scientifique a oublié la précaution bernardienne. Car si pour territorialiser la vie, « il suffit que l'on s'entende sur le mot *vie* », pour autant, comme le soulignait le physiologiste avec raison, « il faut surtout que nous sachions qu'il est illusoire et chimérique »⁸²¹. Or, cette recommandation a été oubliée par la médecine qui a confondu la vie abstraite de la biologie, avec la vie concrète des individus qu'elle prend en charge, elle a confondu la rationalité pratique de son exercice empirique avec la rationalité abstraite de ses conditions scientifiques de possibilités. Ainsi est-elle tombée dans le panneau de l'anthropologie, oubliant que si elle se veut science de l'homme, elle est nécessairement aussi, science des limites de la connaissance de l'homme. La médecine s'est finalement affranchie du geste critique qui était pourtant aux fondements de l'anthropologie kantienne, permettant la sortie du sommeil dogmatique, pour s'approprier dans un sommeil épistémologique assumé, le modèle anthropologique de l'homme disciplinaire normal. En trouvant dans la discipline anthropologique et sa biopolitique le moyen de conquérir la vie de l'homme normal, la médecine a hérité de sa pétition de principe. Car si, en se différenciant de la science de l'homme cartésienne, l'anthropologie telle qu'elle apparaît en France au XIX^e siècle, fait écho aux travaux de Kant, qui sont publiés en français entre 1830 et 1840⁸²², pour autant, cette émergence de la discipline anthropologique se fait dans l'ignorance de la finesse du propos kantien. L'anthropologie comme discipline se revendique en effet comme science de l'homme, mais ignore toute considération épistémologique, autrement dit, son aspect de science de la connaissance de l'homme. Oubliant d'interroger ses propres limites, l'anthropologie offre un modèle cohérent mais instable à la médecine. Se revendiquant plus de Comte que de Kant, la médecine, en prétendant dépasser les dissociations âme/corps et objet/sujet, actualise alors dans l'illusion anthropologique qui consiste à placer la réflexion anthropologique comme fondement ou horizon d'une réflexion philosophique. Mais là où Comte s'était prémuni contre les dérives d'une telle illusion en assumant l'éviction du sujet comme « illusion » après une réflexion sur le rapport gnoséologique à l'objet, la médecine scientifique, ne reprenant que grossièrement les acquis du positivisme, développe comme

⁸²⁰ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 358.

⁸²¹ Bernard, C., 1878, *Leçons sur les phénomènes de la vie*, Paris, J.-B. Baillière, p. 24-25.

⁸²² Hatchuel, P., 2008, *Kant en français (1796-1917)*, Librairie Hatchuel.

support une philosophie biologique qui, « en s'affranchissant d'une critique préalable de la connaissance et d'une question première sur le rapport à l'objet, [...] ne s'est pas libérée de la subjectivité comme thèse fondamentale et point de départ de sa réflexion »⁸²³.

La médecine assiste donc, dans l'espace phénoménologique irréductible à la vie médicale qui se situe entre la médecine expérimentale et l'expérience de la médecine, à l'ultime résurgence d'un sujet (dont a vu qu'il n'avait pour place que cette infime et irréductible phénoménalité) qu'elle s'était pourtant attachée à maîtriser. Le rationalisme avait en effet enserré la clinique dans les mailles de concepts appropriés afin d'éviter qu'elle permette à la subjectivité de ressurgir et de détruire ainsi tout l'édifice de la médecine scientifique. L'extension du biopouvoir médical assurait le complet débordement de la souveraineté humaine qui lui est corrélatif. Mais dans l'espace de la maladie, un brin de souveraineté a été maintenu par la philosophie biologique du rationalisme médical, maintenu sous la forme d'une négativité, d'une limite, mais maintenu néanmoins.

En soumettant à la pensée spatialisante ce qui jusqu'alors lui résistait, c'est-à-dire les corps organiques animés, permettant au paradigme galiléen d'investir l'organisme individuel, la médecine avait finalement participé à l'établissement de l'anthropologie moderne en mettant en action le projet kantien. Mais dans ce mouvement même, elle l'a nié et en a annoncé la fin. Oubliant que l'*Anthropologie* nécessite la *Critique*, la médecine avait retrouvé la primauté de la fonction-sujet théorisée par Comte, mais l'avait réintégré dans une ontologie de la finitude (contre le projet positiviste lui-même). Dès lors, la médecine s'était constituée une positivité qui ne pouvait que tendre au cercle vicieux épistémologique. Car si la finitude ne s'offre à la connaissance et au discours que d'une manière seconde, se référant, non plus comme chez Descartes, à une ontologie de l'infini, elle ne peut non plus le faire en se référant à une ontologie de la finitude, car dès lors, elle ne retrouve qu'elle-même, non dans ce qu'elle est, mais dans la forme d'objet qu'elle se donne à elle-même. En mettant ainsi l'accent sur la fonction-sujet, tout en reconnaissant l'individu, la médecine scientifique engageait l'effacement progressif de son objet même : l'homme. L'anthropologie de l'homme normal, ressaisie sans critique préalable, par la médecine, assurait une positivité, là où même l'anthropologie ne pouvait que trouver négativité et limite⁸²⁴. Ainsi, loin de suivre la voie d'une anthropologie, la philosophie biologique a renforcé, hypostasié, la subjectivité dans la discussion même qu'elle a établie avec les sciences empiriques de l'homme. Faute d'une épistémologie, d'une critique, d'une théorie de la connaissance réfléchie, la philosophie comme les sciences de l'homme ont maintenu une distanciation entre le corps et l'âme, entre l'objet et le sujet, bref entre le corps et le sujet, dans l'affirmation même du dépassement de ces catégories. C'est ainsi que s'est maintenu, au cœur de la médecine, un lieu d'émergence de la subjectivité comme phénoménalité même.

De l'infime espace qui lui a été laissé, dans la dialectique toujours recommencée du Même et de l'Autre⁸²⁵ qui qualifie l'homme normal, la vie souterraine et essentielle à l'homme qui rend compte de sa singularité qualitative individuelle, bref sa subjectivité va rejaillir. Mais c'est sous la forme de la négativité, comme l'avait vu Kant, que va s'exprimer son essentielle phénoménalité ; au lieu même de la limite de la science médicale ou de la science de l'homme, redevenant ainsi une question pour la philosophie. Car c'est

⁸²³ Foucault, M., 2009, *op. cit.*, p. 78.

⁸²⁴ *Ibid.*, p. 76.

⁸²⁵ Foucault, M., 1972a, *Histoire de la folie*, Paris, Gallimard Tel, 2004, p. 651.

bien dans la phénoménalité de la mort, mise en spectacle sordide, aux limites de la médecine, par le nazisme, que le sujet va émerger de nouveau, questionnant les limites mêmes de l'anthropologie de l'homme normal qui n'envisageait l'homme, physique comme mental, qu'entre déterminisme et éthique. La liberté de l'homme va selon le modèle spatialisant lui-même, mais de manière à le retourner sur lui-même, émergée du déterminisme du corps dans laquelle il l'avait enfoncé, triomphant dans l'organique, « la seule vérité de l'homme qui puisse être objectivée et perçue scientifiquement »⁸²⁶.

C'est toute la machine de guerre médicale qui va se retourner contre elle-même et contre son territoire, délivrant ainsi la subjectivité de l'indicible où l'avait laissé le discours ouvertement totalitaire qu'est le discours médical⁸²⁷. La machine de guerre qu'était la médecine comme profession savante (en témoigne la prégnance du vocabulaire militaire) s'était laissée utiliser par l'entité politique afin de faire de l'espace strié de l'organisme (réalisation des nomades étrangers) son territoire et d'acquérir ainsi son statut de profession consultante et de science royale. Mais dans ce mouvement, la machine de guerre s'est retournée contre elle-même, expulsant les nomades et leurs initiatives gnoséologiques créatrices au profit d'une répétition constante des réseaux, des itinéraires, des chemins et des lignes de fuite du corps, qui de créatrices vont devenir destructrices (normalisation). Ainsi, de sa reterritorialisation vers le corps individuel et matériel à sa déterritorialisation vers la vie humaine en général, la médecine a gagné son statut de profession, a constitué son corps propre (le corps médical) et a finalement assuré sa cohésion et son pouvoir (sur ses membres comme sur ceux de la société) par le biais d'un mythe et d'une association politique. Mais ce devenir a eu pour conséquence de transformer la subjectivation multiforme du médecin et des citoyens comme visagéification en une subjectivation aliénante, car uniformisatrice de tous les hommes comme vivants. La machine de guerre s'est retournée contre son propre territoire faisant ainsi disparaître la figure même de l'homme, dans une « barbarie collectiviste, scientifique et organisée »⁸²⁸. Ces mots avec lesquels Paul Delaunay concluait en 1935, dans une vision clairvoyante de l'avenir, son étude du monde médical, nous rappelle que la biopolitique nazie et sa proximité avec le darwinisme social et son versant racialisé⁸²⁹, font écho à une rationalité abstraite proche de celle de la médecine. Rien d'étonnant donc à ce que l'apogée de l'influence du médecin coïncide avec le départ des dérives totalitaires de la Seconde Guerre Mondiale. La métaphore militaire⁸³⁰ dans le discours médical engageait déjà, au sein de la biopolitique qui l'accompagnait, le développement d'une violence, tant la police est devenue « le type même de rationalité pour le gouvernement de tout le territoire »⁸³¹.

⁸²⁶ *Ibid.*, p. 641-642.

⁸²⁷ Le Bris, M., 1978, « Le pouvoir du médecin », *Le Nouvel Observateur*, 2 septembre 1978, p. 63.

⁸²⁸ Delaunay, P., 1935, *op. cit.*, p. 527.

⁸²⁹ Le terme de racialisme est un néologisme utilisé par Pierre-André Taguieff pour désigner les théories scientifiques, principalement au XIX^e siècle, qui ont tenté de fonder le racisme sur des études descriptives de la science expérimentale. Le racialisme se distingue ainsi du racisme par son aspect scientifique. Taguieff, P.-A., 1998, *Le Racisme. Un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir*, Paris, Flammarion.

⁸³⁰ Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 521 : « c'est en même temps que l'appareil d'État s'approprié une machine de guerre, que la machine de guerre prend la guerre pour objet, et que la guerre devient subordonnée aux buts de l'État ».

⁸³¹ Foucault, M., 1982c, « Space, Knowledge and Power » (« Espace, savoir et pouvoir », entretien avec P. Rabinow, trad. fr. F. Durand-Bogaert), *Skyline*, mars 1982, p. 16-20, *Dits et écrits*, texte 310, vol. 2, p. 1089-1104, ici, p. 1091.

[S]on corollaire [à la métaphore militaire], le modèle médical du bien-être public, est sans doute plus dangereux et doté de conséquences plus lointaines, car non seulement il fournit une justification convaincante à un pouvoir autoritaire, mais il suggère implicitement la nécessité de la répression et de la violence étatiques (l'équivalent de l'ablation chirurgicale ou du contrôle chimique des parties délictueuses ou « malsaines » du corps politique)⁸³².

L'ensemble de notre histoire du médecin, décrite comme une entreprise spatialisante prométhéenne vaut pour une mise au pas de l'homme et de sa médecine. L'histoire de la constitution du discours médical moderne et de ses acteurs est l'histoire du recouvrement, de l'éviction, de la désagrégation de la subjectivité au profit du dévoilement d'une subjectivité abstraite, forme particulière, individuellement reconstruite, de la grande subjectivité humaine qu'est l'histoire. C'est de ce sceau indélébile que la médecine contemporaine, qui naîtra au sortir de la guerre, sera elle aussi marquée.

⁸³² Sontag, S., 1988, *op. cit.*, p. 231.

CHAPITRE III

VERS UNE NOUVELLE MÉDECINE : L'OBSTINATION CONTEMPORAINE DU DISCOURS MÉDICAL

(1947-2011)

La généalogie du discours médical que nous avons effectuée précédemment nous a permis de mettre en évidence la manière dont la médecine moderne s'est constituée comme domaine de savoir et profession autour d'une anthropologie, celle de l'homme normal, qui déterminait ses relations équilibrées avec le corps politique et le corps social. Cette stabilité épistémologique lui a permis de faire évoluer son savoir vers une scientificité qui l'a finalement conduite aux limites de son propre modèle. Surdéterminée par l'image mythique d'elle-même qu'elle avait constituée pour maintenir ses relations au social et au politique, la médecine moderne s'est retrouvée dans l'impasse de ses propres principes épistémologiques lorsque la subjectivité vivante, qu'elle avait réussie à intégrer, a rejailli comme un problème lors de la Seconde Guerre mondiale.

Après les hostilités, la médecine et les sciences prirent un essor tel qu'il sera possible à certains de dire à la fin du XX^e siècle que « la médecine a plus évolué pendant les cinquante dernières années que durant les cinquante siècles précédents »⁸³³, bouleversant ainsi son rapport aux sciences et à la société. Deux termes sont apparus pour rendre compte de cette évolution : biomédecine et techno-science⁸³⁴. Le premier met en avant l'effacement des frontières entre le laboratoire et la clinique, par rapport à la première moitié du XX^e siècle où le premier était l'auxiliaire du second. Le second terme renvoie à une absence de discontinuité entre acquisition de connaissances et développements d'applications et insiste sur la présence massive d'objets technologiques. Entre ces deux qualificatifs, se noue une réalité nouvelle de la médecine, une médecine proprement contemporaine qui émerge d'un double mouvement d'investissement politique autour de la recherche médicale et d'une refonte de l'hôpital et de l'enseignement médical. Mouvement tardif en France qui prend pour exemple ce qui avait émergé en Amérique du Nord dès le début du XX^e siècle⁸³⁵. Suite à la création du Centre National de la Recherche Scientifique en 1939 puis de l'Institut National d'Hygiène en 1941, une nouvelle génération de médecins voit le jour qui souhaite, à l'image du Dr Robert Debré (1882-1978), renouveler l'élite médicale en introduisant la recherche médicale dans la pratique hospitalière essentiellement centrée sur la clinique. La rénovation de l'assistance publique de Paris en Association Claude Bernard traduit l'ambition d'inscription de la physiopathologie scientifique dans la pratique hospitalière. Une génération de « néocliniciens »⁸³⁶ prend la tête des grands laboratoires des hôpitaux parisiens. En décembre 1958, ces derniers parviennent à obtenir une réforme de l'enseignement médical centrée sur l'apparition des Centres Hospitaliers Universitaires. L'association étroite, soin-enseignement-recherche suit le mouvement nord-américain dit flexnerien⁸³⁷ et s'impose dans la France des années soixante, grâce au soutien par les pouvoirs publics. La transformation, en 1964, du vieil INH de Vichy en Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale institutionnalise le changement de mentalité. La biologie moléculaire et la génétique remplacent l'épidémiologie au cœur de la recherche médicale. C'est à cette nouvelle médecine que nous consacrerons ce troisième chapitre.

⁸³³ Bernard, J., 1994, *La bioéthique*, Paris, Flammarion, coll. « Dominos », p. 7.

⁸³⁴ Comme le souligne Dominique Bourg, « l'expression de techno-science garde sa pertinence, à condition d'en préserver soigneusement le tiret » (Bourg, D., 1996, *L'homme-artifice. Le sens de la technique*, Paris, Gallimard, p. 37).

⁸³⁵ Picard, J.-F., 1996, « Naissance de la biomédecine, le point de vue d'un historien », *Médecine/sciences*, 12, p. 97-102.

⁸³⁶ *Ibid.*, p. 100

⁸³⁷ Du nom d'Abraham Flexner (1866-1959) qui rédigea en 1910 un rapport qui conduisit à la réforme des études médicales nord-américaines, le rapport Flexner.

Pour ce faire, nous nous baserons sur deux éléments caractéristiques de cette médecine contemporaine : la formation d'un nouveau savoir entièrement formalisé et l'apparition d'un volet éthique désormais incontournable.

L'investissement massif des pouvoirs publics dans la recherche médicale, à la suite de la guerre, favorise en effet l'émergence de nouveaux savoirs autour desquels s'organise une dernière territorialisation de la vie humaine. Un mode d'acquisition et d'application du savoir proprement contemporain se dévoile et la formation discursive de la médecine franchit finalement un nouveau seuil. La biomédecine s'impose comme référent et permet rapidement à la médecine française de retrouver la gloire qu'elle avait connue au début du XIX^e siècle avec l'École de Paris.

Parallèlement à cette évolution gnoséologique et épistémologique, la médecine contemporaine se déploie également autour d'une pensée éthique qui tend à organiser sa pratique et à limiter son extension scientifique. Dès son apparition, la biomédecine inquiète les médecins qui voient dans cet hybride épistémologique une dénaturation de leur art. Dès 1968, Jean Bernard (1907-2006) accueillait ainsi la biomédecine avec un scepticisme qui marquera l'ensemble de la médecine contemporaine :

Il ne paraît pas indispensable de remplacer le terme honorable et classique de recherche médicale par celui récemment formé de recherche biomédicale qui a l'inconvénient d'être un barbarisme étymologique avec sa tête grecque et sa queue latine, et qui n'a aucun avantage, car on ne peut concevoir une recherche médicale indépendante de la vie [...] Le langage employé néglige la fécondation donnée à la recherche fondamentale par les données cliniques, l'impulsion, la nourriture de ces recherches théoriques par des faits observés sur l'homme⁸³⁸.

Entre extension scientifique et limitation éthique, la médecine contemporaine se déploie dans une zone grise où sa volonté de rompre avec la médecine moderne côtoie sa nostalgie d'une clinique du colloque singulier. La crainte d'une mort de la médecine comme clinique⁸³⁹ par l'encerclement⁸⁴⁰ des sciences biomédicales n'est pourtant pas, comme nous le monterons, justifiée. Au contraire, la biomédecine apparaît comme une réorganisation épistémologique du discours médical qui réalise les prétentions de la modernité. Ce constat nous invitera donc à interroger le rôle de l'éthique dans cette stratégie de préservation de l'autonomie et du pouvoir médical dans la contemporanéité et dans la reproblématisation de la question du sujet. Cet autre regard porté sur la biomédecine nous permettra de retrouver dans les savoirs qui forment sa contemporanéité, le déplacement du mythe médical moderne vers un mythe proprement biomédical soutenant moins l'autonomie du médecin que celle de la technique. À l'aune de cette analyse, nous serons en mesure d'explicitier les fondements socio-politiques d'une « crise » médicale dont la formulation proprement contemporaine sous forme de hiatus entre technologie et humanisme participe du mythe, de sa persistance comme des obstacles à sa résolution.

⁸³⁸ Cité par Picard, J.-F., 1996, *op. cit.*, p. 97.

⁸³⁹ Couturier, D., David, G., Lecourt, D., Sraer, J.-D., Sureau, C., (dir.), 2009, *La mort de la clinique ?*, Paris, Presses Universitaires de France.

⁸⁴⁰ Cambrosio, A., Keating, P., 2003, « Qu'est-ce que la biomédecine ? Repères socio-historiques », *Médecine/sciences*, 19/12, p. 1280-1287, ici, p. 1286.

LE DERNIER MOT DE LA MÉDECINE

La médecine contemporaine, sous le vocable de biomédecine, se caractérise par de nouveaux modes d'acquisition du savoir et de nouveaux contenus de savoirs qui engendrent une modification de la formation discursive de la médecine. Une nouvelle et ultime territorialisation de la vie humaine voit le jour dans le développement de la génétique et de l'immunologie, accompagnant la formalisation du discours médical dans l'interaction d'une nouvelle alliance entre science et technique. Suivant l'analyse de Jean-Paul Gaudillière⁸⁴¹, nous pouvons analyser cette « révolution » biomédicale autour de quatre enjeux que sont les usages des machines et de l'instrumentation, la culture des essais cliniques et la revendication d'une médecine de la preuve, la molécularisation du vivant, et le recours aux biotechnologies.

L'imagerie médicale et les technologies du visible

L'imagerie médicale est au cœur de la stratégie de diagnostic de la biomédecine et s'inscrit de plain-pied dans le champ de la techno-science, au sens où elle introduit dans le champ de la clinique des appareils résultants de recherche scientifique de pointe. Le début de cette aventure peut être repéré le 28 décembre 1895 lorsque Wilhelm Röntgen (1845-1923) présente à la Société de physique médicale de Würzburg une image photographique de la main de sa femme obtenue par exposition à des rayons qu'il nomme rayons X. Cette possibilité de voir à l'intérieur d'un corps vivant fit rapidement sensation et les publications, expériences et travaux se multiplièrent. S'il a fallu du temps pour adapter cette technologie à la pratique médicale, l'engouement fut néanmoins immédiat et dès la fin de la Première Guerre mondiale, la radiographie médicale naissait comme spécialité grâce à la production industrielle d'équipements performants, la mise en place de procédures techniques et l'organisation d'une communauté de praticiens. Le développement des travaux sur les matériels radioactifs permettent rapidement de mettre en image des parties de l'organisme plus molles, puis celui de l'informatique dans les années soixante-dix engendre la multiplication des instruments : nouvel échographe, scanner, IRM, caméra TEP, Gamma caméra, élastographe, microscope optique à fluorescence, microscope électronique à balayage, *etc.* Le corps est rendu transparent par ces nouvelles technologies qui repoussent les limites de la visibilité jusqu'à l'infiniment petit et dévoilent même le fonctionnement corporel *in vivo* (par la tomographie à émission de positron par exemple).

La multiplication des tests biochimiques miniaturisés et accessibles à tous, comme les tests de grossesse ou les lecteurs de glycémie, favorise également les interactions plus intimes de la clinique et du laboratoire autour d'une modalité nouvelle de la visibilité. Le corps se lit désormais sur des écrans et des tableaux chiffrés. La nouvelle physique médicale⁸⁴² fait également entrer les instruments d'optique jusque dans le traitement des maladies. Le laser cautérise les plaies ou détruit des lésions cutanées, l'arthroscopie guérit les lésions des ménisques, le fibroscope permet l'ablation de polypes, la radiologie interventionnelle dans son ensemble redéfinit les frontières de la chirurgie et la distinction entre traitements et diagnostic. En repoussant les limites de la perception médicale,

⁸⁴¹ Gaudillière, J.-P., 2006a, *op. cit.*, p. 85.

⁸⁴² Sournia, J.-C., 1992, *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte, 1997, p. 298-300.

l'instrumentation favorise le retour vers la vision des résultats. L'étude des ultrasons et de l'effet Doppler⁸⁴³ a remplacé l'écoute des sons du corps et mis en avant la vue.

L'intrusion du laboratoire au cœur de la clinique implique l'émergence d'un nouveau regard médical, regard qu'Alain-Charles Masquelet qualifie d'« imagique contemplatif »⁸⁴⁴ et qui remplace progressivement le regard clinique interprétatif de l'anatomo-pathologie. L'image, sur le négatoscope ou sur l'écran, remplace le tact médical, délicat mélange de regard et de langage qui avait vu naître la médecine moderne et marque une rupture contemporaine. « Nous sommes passé du stade du toucheur à celui du voyeur »⁸⁴⁵. L'imagerie médicale révèle une modification profonde du discours médical, de ses modes d'acquisition du savoir à ses modalités d'application techniques, en passant par le raisonnement médical lui-même. En affinant la science du diagnostic, c'est toute la sémiologie qui change et avec elle l'interprétation du médecin⁸⁴⁶, en renouvelant les techniques d'intervention, c'est la thérapeutique qui se modifie. L'instrumentation médicale conditionne l'apparition de la biomédecine comme médecine contemporaine, d'autant qu'elle permet de refonder le savoir biologique sur des bases qui vont le modifier profondément.

La biologie moléculaire

L'analyse au millièmième de millimètre rendue possible par l'imagerie dévoile la composition chimique et l'architecture de chaque substance corporelle. La molécule se découvre comme élément premier de la nouvelle médecine, comme l'atome l'est pour la physique. L'histologie et la cytologie se fondent dans une anatomie moléculaire qui seule désormais intéresse le médecin⁸⁴⁷. La biologie moléculaire⁸⁴⁸ révolutionne la biologie moderne en résolvant dans sa contemporanéité les apparentes apories du XIX^e siècle et ouvre un dialogue nouveau et fécond avec la médecine. Génétique et immunologie unifient dans une molécularisation du vivant l'histoire des vivants au sein de l'espèce et l'histoire du vivant dans son individualité offrant un langage nouveau à la médecine contemporaine.

La génétique et l'hérédité

La génétique est certainement la plus grande avancée de la biologie du XX^e siècle et de la révolution qu'elle opère autour de la biologie moléculaire. C'est dans un premier temps comme science expérimentale de l'hérédité⁸⁴⁹ que la génétique s'affirme. La

⁸⁴³ Le décalage de fréquence d'une onde acoustique ou électromagnétique entre la mesure à l'émission et la mesure à la réception lorsque la distance entre l'émetteur et le récepteur varie au cours du temps. Le Doppler permet de calculer une vitesse.

⁸⁴⁴ Masquelet, A.-C., 2007, « Mutations du regard médical », Masquelet, A.-C., (dir.), 2007, *Le corps relégué*, Cahiers du Centre Georges Canguilhem, Paris, Presses Universitaires de France, p. 57-68, ici, p. 66.

⁸⁴⁵ Masquelet, A.-C., 2009, « Mutation de la clinique ou la révolution des sens », Couturier, D., David, G., Lecourt, D., Sraer, J.-D., Sureau, C., (dir.), 2009, *op. cit.*, p. 29-46, ici, p. 36.

⁸⁴⁶ Ravenet, M., Houdy, A., 1989, « "L'Homme transparent", Entretien avec le Dr Alain Taïed », *Autrement*, série Mutations, 109, p. 33-36, ici, p. 35.

⁸⁴⁷ Sournia, J.-C., 1992, *op. cit.*, p. 278.

⁸⁴⁸ Morange, M., 1994, *Histoire de la biologie moléculaire*, Paris, La Découverte.

⁸⁴⁹ Caullery, M., 1957, *Génétique et hérédité*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », p. 7.

redécouverte des lois de la génétique mendélienne⁸⁵⁰ s'accompagne des premières théories sur le matériel génétique que sont le plasma germinatif de Weismann ou les pangènes de De Vries. La théorie chromosomique de Thomas Morgan (1866-1945) puis les travaux d'Oswald Avery (1877-1955), Colin MacLeod (1909-1972) et Maclyn McCarty (1911-2005) qui établissent l'acide désoxyribonucléique comme support de caractères héréditaires valident les hypothèses darwiniennes sur l'évolution. L'ADN est une molécule présente dans toutes les cellules vivantes qui organise le développement et le fonctionnement de tout organisme vivant. La molécule d'ADN contient en germe les racines héréditaires de l'individu comme les lois de son organisation à venir. L'identification de la structure en double hélice de la molécule d'ADN par James Watson et Francis Crick (1916-2004), à partir des travaux d'imagerie menés par Maurice Wilkins (1916-2004) et Rosalind Franklin (1920-1958) permet de cerner la manière dont l'hérédité est y engrammée⁸⁵¹. La manière dont s'opère la réplication semi-conservatrice explique la transmission d'informations des cellules-mères aux cellules-filles. Le maintien d'un brin parental au côté du brin néoformé explique, sur la base de la structure double, les liens entre les organismes individuels dans la reproduction. La confirmation dès 1958 de cette réplication semi-conservatrice par Matthew Meselson et Franklin Stahl valide définitivement la théorie génétique de l'hérédité. Dès lors, les multiples découvertes qui suivent se penchent moins sur l'hérédité que sur le développement des organismes individuels. En 1957, est formulé le dogme central sur la transmission de l'information génétique, en 1959-1960 sont explicités les mécanismes de contrôle de l'activité des gènes chez les bactéries, en 1962 on décrypte le code génétique et les mécanismes de transfert d'information de l'ADN aux protéines *via* les ARN messagers. La biologie moléculaire naît alors comme étude des processus de réplication, de transcription et de traduction du matériel génétique, à l'articulation de la biochimie et de la génétique. *In fine*, la génétique joue, à l'égard de la biologie, le rôle d'unificateur de la description physique (physiologie et biochimie) et la description historique (évolutionnisme) du vivant. Elle est « le nœud qui fait tenir l'ensemble de la biologie contemporaine »⁸⁵². La génétique est la théorie synthétique du vivant qui organise la biologie contemporaine malgré ses diverses directions. Le code génétique, code universel, permet de comprendre l'unité du vivant, tout en servant de base à la compréhension des variations individuelles phénotypiques. Une science biologique de l'individu apparaît possible sans remettre en question une biologie des populations. Le problème qui avait animé le XIX^e siècle et qui mettait Claude Bernard dans l'embarras, l'obligeant à maintenir un « souvenir » organisateur à l'allure finaliste, trouve ainsi une apparente solution. L'organisation des formes vivantes a trouvé son explication déterministe. Une explication biologique de la formation des différents caractères observables (phénotype) de l'individu à l'aune de l'espèce est désormais possible et va rapidement influencer la médecine. D'autant que la molécularisation du vivant par la biologie moléculaire rencontre la molécularisation des agents thérapeutiques et des causes de pathologie, ouvrant ainsi la voie à une génétique médicale⁸⁵³, entendue comme corpus de pratiques et spécialité qui étudie l'hérédité chez les individus et les causes génétiques

⁸⁵⁰ Correns, C., 1900, « G. Mendel's Regel über das Verhalten der Nachkommenschaft der Rassenbastarde », *Berichte der deutschen botanischen Gesellschaft*, 18, p. 158-168.

⁸⁵¹ Pichot, A., 1993, *op. cit.*, p. 930.

⁸⁵² Morange, M., 2001, « La construction du gène », *Sciences et Avenir*, hors série, p. 69-72.

⁸⁵³ Pinell, P., 2004, « Génétique médicale », Lecourt, D., (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 514-518.

des maladies. L'immunologie, comme science moléculaire de l'individu biologique va finalement bouleverser la médecine, au-delà de la génétique médicale et des tests génétiques qui permettent de déceler la survenue probable et possible de certaines maladies, en lui offrant un ultime langage⁸⁵⁴.

L'immunologie : le dernier mot de la médecine

L'immunologie est le discours sur l'immunité entendue, au sens médical, comme la préservation et l'exemption de maladie, et plus précisément la résistance naturelle ou acquise d'un être vivant à la maladie. L'immunologie étudie donc les réactions immunitaires de l'organisme. Discipline transversale, sans « lieu fixe »⁸⁵⁵, elle a pour caractéristique de réintégrer en son sein toutes les sciences médicales et surtout de se constituer comme un langage pour la médecine.

Si la question de l'immunisation était déjà au cœur de la pratique médicale du XIX^e siècle, notamment avec les travaux d'Edward Jenner (1749-1823), il faut attendre l'essor de la bactériologie puis de la sérologie pour voir émerger les prémisses de l'immunologie comme science particulière qui va s'affirmer comme la science du XX^e siècle⁸⁵⁶. Issue de la médecine, l'immunologie a d'abord pris pour modèle la chimie et notamment les travaux post-pasteuriens sur l'immunisation de Paul Ehrlich (1854-1915) autour de l'interaction entre anticorps et antigènes. L'immunochimie domina l'immunologie naissante jusque dans les années quarante. Mais l'identification des anticorps à une catégorie particulière de protéines, notamment à l'aide des techniques nouvelles de marquage et d'imagerie, fit glissée le débat vers les protéines accompagnant la formation de la biochimie. Le regain d'intérêt pour les groupes sanguins engagés par la théorie synthétique de l'évolution aida l'immunologie à entrer en contact avec la génétique. En faisant des groupes sanguins des caractères héréditaires Ludwik Hirsfeld (1884-1954) introduit l'hérédité dans les questions d'immunité. L'hématologie, épaulée par la génétique, instaura une distinction entre anticorps « naturels » avant toute immunisation et anticorps artificiels se modelant sur l'antigène. Elle dessina ainsi les bases d'une individualité biologique, que la théorie multifactorielle de l'évolution avait déjà conceptualisée, dont témoigne la transfusion et que l'immunologie reprendra à son compte comme point de départ de ses travaux sur la transplantation. En effet, les travaux sur la transplantation d'organes au début du siècle font face au problème biologique de l'individualité : l'autogreffe est toujours un succès alors que l'homogreffe est toujours un échec. L'hypothèse de gènes d'histocompatibilité régissant le devenir de la greffe va alors émerger à la rencontre de l'immunologie et de la génétique au sein de problématiques sérologiques. Le rapprochement de la sérologie et de la génétique autour de l'antigène, dépisté sérologiquement sur le globule rouge et qui s'affirme comme la face visible du gène (le phénotype), va conduire à l'émergence de l'immunologie comme science autonome. La mise en évidence de groupes leucocytaires par l'hématologue Jean Dausset (1916-2009) le conduit à mettre en évidence en 1958 un complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) organisant la distribution des antigènes leucocytaires dans les différents tissus. Cette clé de l'immunité cellulaire individuelle est nommée *Human Leucocyte Antigens* (HLA) en 1967, elle est le « soi » génétique.

⁸⁵⁴ Moulin, A.-M., 1991, *Le dernier langage de la médecine. Histoire de l'immunologie de Pasteur au Sida*, Paris, Presses Universitaires de France.

⁸⁵⁵ Genetet, B., 2000, *Histoire de l'immunologie*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 7.

⁸⁵⁶ L'immunologie est la science du XX^e siècle tant son histoire recoupe celle des prix Nobel de médecine.

L'hypothèse HLA⁸⁵⁷ confirmée par les premiers succès de sélection renforce la prétention de l'immunologie d'être une science biologique autonome et porteuse de réponse. La fondation en 1966 de la Société Française d'Immunologie marque l'avènement institutionnel de la science immunologique autour de la question du rejet et de la tolérance. Deux concepts qui vont rapidement s'accoupler à ceux de soi et de non-soi qualifiant définitivement l'immunologie comme science du soi et du non-soi et offrant à la médecine un langage dont elle avait besoin, c'est-à-dire un « langage plastique et applicable à de nombreuses situations pathologiques »⁸⁵⁸.

Opérant un retour à la cellule pour contrer la prééminence des chimistes, le biologiste Frank Macfarlane Burnet (1899-1985) avait déjà été conduit dès 1949 à émettre l'hypothèse de l'existence de marqueurs cellulaires du soi, concluant avec son collègue le virologue Frank Fenner (1914-2010) que la différenciation entre soi et non-soi était le problème central de l'immunologie⁸⁵⁹. L'enzyme du soi se transforme en un anticorps dirigé contre non-soi du fait d'une faible différence moléculaire entre soi et non-soi que la biologie doit encore élucider. Mais l'immunologie et l'immunopathologie sont encore exercées par des praticiens différents (transplanteurs ou hématologues), qui abordent la question de la distinction du soi et du non-soi dans un sens différent. Burnet envisage ainsi une faible différence entre les deux, tandis que Peter Medawar (1915-1987) qui pratique des transplantations sur les grands brûlés déploie un « mode négatif de définition de l'individu par le rejet absolu de l'Autre »⁸⁶⁰.

C'est l'affirmation du système immunitaire au moyen de la biologie moléculaire qui va définitivement réunir les différentes branches de l'immunologie. C'est ce que va permettre Niels Jerne (1911-1994), prix Nobel de médecine en 1984, en réintégrant l'histoire naturelle de l'immunité et l'histoire médicale de l'immunisation. Rapprochant l'immunologie de la génétique, il renvoie à cette dernière le soin de résoudre l'origine de la diversité des anticorps. Or, c'est au cours des années soixante-dix qu'est définitivement tranchée l'opposition entre les théories dites instructives et la théorie sélective de l'hérédité⁸⁶¹. Darwin gagne définitivement et la théorie sélective emporte l'immunologie⁸⁶². La validation de la théorie sélective engage une modification de l'immunologie et notamment de ses métaphores qui vont emprunter moins à la métaphore militaire qu'à la théorie de la connaissance⁸⁶³. C'est sous la forme de réseau d'idiotypes reconnaissant des non-idiotypes que Jerne décrit en 1974 une première forme du système immunitaire. Même si ce modèle sera extrêmement discuté et pas toujours accepté, il a néanmoins pour avantage d'entamer la révolution copernicienne de l'immunologie⁸⁶⁴ en admettant que le système peut, même en l'absence d'antigènes étrangers, adopter un comportement propre qui résulte des interactions paratope-idiotope. Autrement dit, il y a une fonction nouvelle

⁸⁵⁷ « Par l'hypothèse HLA, il faut entendre l'hypothèse que l'acceptation (ou le rejet) des greffes est sous la dépendance des gènes d'histocompatibilité et en particulier des gènes du système HLA ; responsables de l'existence d'antigènes spécifiques pour chaque individu » (Moulin, A.-M., 1991, *op. cit.*, p. 213).

⁸⁵⁸ *Ibid.*, p. 225.

⁸⁵⁹ Burnet, F., Fenner, F., 1949, *The production of antibodies*, Melbourne, Macmillan, 2^e édition, p. 86.

⁸⁶⁰ Moulin, A.-M., 1991, *op. cit.*, p. 249.

⁸⁶¹ Kourilsky, P., 1987, *Les artisans de l'hérédité*, Paris, Odile Jacob, p. 193.

⁸⁶² Même s'il faudra officiellement attendre les recherches sur le codage génétique de la synthèse des anticorps par Susumo Tonegawa pour confirmer ce lien entre génétique et immunologie.

⁸⁶³ Moulin, A.-M., 1991, *op. cit.*, p. 288.

⁸⁶⁴ *Ibid.*, p. 339.

dans l'économie de l'organisme, fonction autonome que résume et incarne le système immunitaire. L'immunologie a trouvé son objet⁸⁶⁵ : un système ouvert répondant à une causalité dite de « processus » où compte tenu d'un ensemble de conditions, tel évènement va se produire, quelque soit la séquence qui amène à cet évènement. Seulement si l'immunologie est la science du soi et du non-soi, le système immunitaire comme son objet doit à la fois connaître le soi pour identifier le non-soi et l'ignorer pour éviter de se détruire lui-même⁸⁶⁶. La solution, conventionnellement acceptée, sera fournie par Melvin Cohn : à partir des deux lois du système selon lesquelles la distinction entre soi et non-soi n'est pas codée dans le génome et l'antigène ne crée pas la spécificité de l'anticorps qui lui préexiste (théorie sélective), il propose contre Jerne, un mécanisme associatif où toute réponse repose sur deux signaux fournis par des récepteurs différents. Un signal égale tolérance ; deux signaux égalent immunisation. Cette théorie de la restriction génétique de la réponse immunitaire postule que, pour que la réponse immunitaire soit effective, les cellules immunocompétentes doivent reconnaître à la fois l'antigène et des molécules codées par les gènes du complexe majeur d'histocompatibilité à la surface de la cellule cible. Le système se régule donc dans une alternance suppression-renforcement qui constitue ses cycles biologiques. L'immunologie devient ainsi une branche de la biologie qui « étudie la nature et le fonctionnement d'un système physiologique majeur des vertébrés, le système immunitaire, qui joue un rôle essentiel dans la protection de l'organisme animal contre les agents extérieurs »⁸⁶⁷.

Les fonctions épistémologiques du système immunitaire

Le système immunitaire qui a fondé l'immunologie comme science biologique autonome a des conséquences épistémologiques importantes pour la médecine. L'immunologie n'étant ni entièrement médicale, ni véritablement biologique, profite de cette force d'être sans lieu épistémologique pour synthétiser les différentes sciences. C'est ainsi que dans la décennie de l'immunologie cellulaire, l'immunologie a récapitulé les étapes historiques de la biologie : « anatomie-physiologie-histologie-embryologie, pour finir par l'étape biochimique d'élucidation des facteurs »⁸⁶⁸ puis, en lien avec la génétique a intégré la biologie moléculaire dans une théorie cohérente de l'individu biologique. L'immunologie réalise finalement le discours médical en englobant définitivement toutes les sciences dans lesquelles la médecine avait recherché son socle. Ce statut épistémologique singulier la place en bonne position pour nourrir la médecine de son langage et de son raisonnement, d'autant plus qu'elle résout en un système global et cohérent les problèmes qu'avait rencontrés la médecine moderne.

D'une part, elle fournit un modèle biologique où l'individualité trouve une place en accord avec la série générale des individus qui forment l'espèce. Récapitulant en son sein le passé des formes vivantes, les archives de leur évolution, de manière trans-spécifique, ainsi qu'en témoigne le polymorphisme du complexe majeur d'histocompatibilité, le système

⁸⁶⁵ Moulin, A.-M., 1989, « The immune system: a key concept for the history of immunology », *History and philosophy of life sciences*, 11, p. 13-28.

⁸⁶⁶ Moulin, A.-M., 1991, *op. cit.*, p. 349.

⁸⁶⁷ Fougereau, M., 1979, *L'immunologie*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que-sais-je ? », 1995, 3^e édition refondue, p. 1.

⁸⁶⁸ Moulin, A.-M., 1991, *op. cit.*, p. 317.

immunitaire s'impose comme un facteur de continuité entre le passé, le présent⁸⁶⁹ du vivant au niveau individuel et collectif.

D'autre part, en plus d'être « un musée de l'évolution »⁸⁷⁰, le CMH participe de l'individualité biologique et assure un rôle dans le fonctionnement intime du système immunitaire et dans sa régulation. Le système immunitaire offre une image de l'individualité biologique désormais envisageable à partir des systèmes d'histocompatibilité. Mais en plus d'inclure l'homme dans sa globalité biologique, il fait intervenir sa subjectivité, puisque la réponse immunitaire ne dépend pas seulement de la nature de l'antigène mais de l'histoire du sujet⁸⁷¹. L'immunologie fournit donc une théorie de l'Ego proprement contemporaine, non plus en termes de pensée et d'étendue, mais en termes de systèmes, de cellules et de molécules, elle « fournit [à la médecine] l'indispensable mythe de la naissance de l'Ego »⁸⁷². Cette double réponse au problème médical de l'individu et du sujet qu'offre apparemment l'immunologie lui assure une emprise sur le raisonnement médical du fait de cette force philosophique qui est la sienne.

Le système immunitaire satisfait pleinement l'exigence fondamentale de la médecine en ce qu'il peut passer pour un assez bon modèle du corps tout entier et même, en dernière analyse, être considéré comme le corrélat principal de l'activité médicale. Il résout en effet le problème majeur résultant de la longue division du travail dans la communauté médicale : l'émiettement du corps humain morcelé entre les spécialistes des différents organes, diffracté par les nouvelles méthodes d'imagerie⁸⁷³.

Le système immunitaire est l'assurance d'une transcription de la science biologique dans une structure signifiante pour le médecin, car il offre une nouvelle construction du corps humain individuel et collectif. « Il restitue une parole unique d'une étonnante simplicité à un corps longtemps réduit à des automates »⁸⁷⁴. La médecine trouve dans l'immunologie un discours biologique sur l'individu et un discours génétique sur l'hérédité, le tout dans un système rendu par des métaphores gnoséologiques et informatiques qui « parlent » au grand public et qui forment un « langage plastique et applicable à de nombreuses situations pathologiques »⁸⁷⁵. En outre, le système immunitaire fournit une nouvelle interprétation de la causalité médicale et produit une relecture des liens entre physiologie et pathologie qui correspond aux attentes de la médecine contemporaine. Il joue le rôle de cause première et rend ainsi possible l'explication des symptômes par une foule de mécanismes. Une théorie uniciste de la maladie voit le jour où la cause n'est plus externe, mais repose sur la responsabilité de l'organisme. La pensée spatialisante trouve ici son achèvement. À partir des maladies auto-immunes et des cancers étudiés par Burnet, l'immunologie envahit la médecine en intégrant ses différentes strates. Elle prend en compte la totalité de l'organisme et son aspect historique, l'ancienne anamnèse de la médecine des symptômes, dans un système entièrement biologisé et soumis à un déterminisme rationalisé. Et elle intègre aussi l'autothérapie, la médecine de soi-même, au sens où « le sujet joue un rôle en

⁸⁶⁹ *Ibid.*, p. 359.

⁸⁷⁰ *Ibid.*, p. 358.

⁸⁷¹ *Ibid.*, p. 376.

⁸⁷² *Ibid.*, p. 400.

⁸⁷³ *Ibid.*, p. 423.

⁸⁷⁴ *Ibid.*, p. 424.

⁸⁷⁵ *Ibid.*, p. 214.

première personne dans la mobilisation ou l'affaiblissement du système »⁸⁷⁶. L'immunologie rend compte de l'homéostasie globale du sujet humain individuel dans son milieu, parce que le système immunitaire est l'explication scientifique la plus proche que possible d'une solution biologique au problème des rapports du corps et de l'âme, et s'impose alors comme le dernier système adopté par la médecine⁸⁷⁷. Comme le résume Anne-Marie Moulin :

Cette approche permet d'intégrer des faits d'observation médicaux qui ne s'expriment pas facilement dans le contexte scientifique officiel et conviennent plutôt à des discours sur l'interaction de l'âme et du corps, suivant une gamme qui s'étend de la psychanalyse à toutes les formes de médecine psychosomatique, y compris les médecines étrangères, ayurvédique, chinoise..., opposées au réductionnisme intempérant de la médecine occidentale. Cette vision grandiose d'un seul système intégrant des régulations nerveuses, endocriniennes, immunitaires dans tous les azimuts, serait la réalisation du grand tout et donnerait en même temps la clé de l'individualité malade, objet traditionnel de la médecine⁸⁷⁸.

L'immunologie offre un contenu philosophique, méthodologique et épistémologique au discours médical mais le guide également sur une voie gnoséologique systématique.

L'EBM comme seuil de formalisation du savoir médical

L'*Evidence Based Medicine*, traduit par « médecine basée sur les preuves » ou « médecine factuelle », marque cet avènement d'une nouvelle forme du discours médical. Rendue célèbre par le médecin britannique Archibald L. Cochrane (1909-1988) dans son livre de 1971, *Effectiveness and Efficiency, random reflections on health services*⁸⁷⁹, l'EBM tend à l'application d'une rationalité stricte à l'ensemble de la pratique médicale. Cette rationalité est celle des essais cliniques contrôlés et fonctionne sur le modèle de la comparaison statistique⁸⁸⁰. Comme le rappelle Gaudillière⁸⁸¹, la transposition en médecine de la rationalité des essais cliniques est issue d'un essai sur l'efficacité de la streptomycine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire coordonné par les statisticiens A. Bradford Hill (1897-1991) et R. Doll (1912-2005). Pour contourner les biais dits objectifs (hétérogénéité des patients) et subjectifs (la conviction des médecins et des patients de l'efficacité du traitement) du jugement thérapeutique, ils instaurent un essai randomisé, en double aveugle, autrement sans que personne ne sache qui prend quoi, autour d'un protocole standardisé. Enfin les images radiographiques retenues comme preuve de l'action de l'antibiotique étaient analysées par des médecins extérieurs au cercle des prescripteurs, avant que le bilan ne soit confirmé par des statisticiens. Cette procédure d'étude de

⁸⁷⁶ *Ibid.*, p. 414.

⁸⁷⁷ *Ibid.*, p. 421.

⁸⁷⁸ *Ibid.*, p. 420.

⁸⁷⁹ Cochrane, A., 1971, *Effectiveness and Efficiency, random reflections on health services*, London, Royal Society of Medicine.

⁸⁸⁰ Un essai se conduit en groupe parallèle, sur deux échantillons homogènes et représentatifs de la population ; le hasard répartit les individus dans les échantillons et régit la répartition du traitement ; la méthode en double-aveugle est la méthode de référence ; le but du test statistique est de rejeter l'hypothèse nulle, c'est-à-dire de conclure que les deux échantillons sont statistiquement différents.

⁸⁸¹ Gaudillière, J.-P., 2006a, *op. cit.*, p. 89-90.

l'efficacité des traitements, autour d'un modèle de contrôle maximal des variables et d'externalisation du jugement, va être importée en médecine suite à dénonciation par Cochrane des errements de la pratique thérapeutique et la proposition d'une exploitation plus systématique et plus rigoureuse des essais dans la pratique médicale quotidienne. Dans son ouvrage, il met en place et utilise une analyse critique systématique de la littérature dans le but d'améliorer les pratiques de soins, explicitant ce qui deviendra le programme de l'EBM : « l'usage explicite et judicieux des connaissances scientifiques en cours, pour prendre des décisions de santé chez des individus »⁸⁸². L'ambition affichée est donc de soigner les patients sur des bases scientifiques. Elle reprend la méthodologie même de la constitution du savoir scientifique (essai randomisé) et clôt ainsi le discours médical sur le savoir scientifique dans un système fermé. L'idée de cette formalisation est d'uniformiser les pratiques cliniques en les insérant dans une méthodologie scientifique unitaire des expérimentations à la publication des résultats dans les revues reconnues. Bien qu'auto-instituée, la légitimité de l'EBM est appuyée par l'autorité étatique (en France la Sécurité Sociale et la Haute autorité de Santé, aux États-Unis, la FDA) ou la contrainte financière (les HMO américains ou Références médicales opposables en France). L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé⁸⁸³ assure aujourd'hui l'application de l'EBM à tous les détails de la pratique médicale afin d'assurer la normalisation des procédures de soin. Enfin, la justice valide aujourd'hui ces choix, à l'instar de la Cour de Cassation qui a déjà condamné des médecins pour « incompétence fautive » lorsque des traitements en opposition aux acquisitions récentes du savoir sont réalisés. L'EBM assure le passage de la rationalité scientifique abstraite du niveau populationnel où se réalisent les études à l'individu molaire auquel est destinée l'attitude calibrée du praticien, moins en vue d'un meilleur soin que d'une réduction des coûts⁸⁸⁴. Cette dernière déplace les fondements de la médecine du clinicien à la certitude d'un savoir organisé selon une échelle des preuves (faible, moyenne, forte). L'EBM s'impose comme un paradigme, au sens kuhnien⁸⁸⁵ du terme, c'est-à-dire une structure entièrement autoréférencée : le fait, la méthode et les résultats répondent à une même structure de savoir. L'EBM marque en fait le passage du seuil de formalisation de la formation discursive de la médecine, au sens où désormais le discours scientifique définit « les axiomes qui lui sont nécessaires, les éléments qu'il utilise, les structures propositionnelles qui sont pour lui légitimes et les transformations qu'il accepte » et déploie ainsi, « à partir de lui-même, l'édifice formel qu'il constitue »⁸⁸⁶. Visualiser, quantifier, prouver et universaliser, ces quatre principes de la démarche scientifique, sont désormais réunis dans un modèle applicable à la médecine, systématisant le discours biomédical dans un tout cohérent en lui-même et avec les démarches scientifiques des sciences naturelles. Cette modification dernière de la formation discursive de la médecine, qui fait écho au dernier langage de l'immunologie, implique une modification des pratiques qui vont venir magnifier les possibilités de la biomédecine sur le vivant.

⁸⁸² Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Muir Gray, J. A., Haynes, R. B., Scott Richardson, W., 1996, « Evidence-based medicine. What is it what it isn't », *British Medical Journal*, 312, p. 71-72, traduction issue d'Abastado, P., 2007, *L'impasse du savoir. Essai d'épistémologie médicale*, Sèvres, Éditions EDK, p. 100.

⁸⁸³ Son préambule place ses recommandations sous le joug du « niveau de preuve des études ».

⁸⁸⁴ Abastado, P., 2007, *op. cit.*, p. 107-108.

⁸⁸⁵ Kuhn, T., 1962, *op. cit.*

⁸⁸⁶ Foucault, M., 1969, *op. cit.*, p. 253.

BIOTECHNOLOGIES ET ANTHROPOTECHNIQUES : LA DERNIÈRE RÉVOLUTION BIOMÉDICALE ?

La biomédecine ainsi forgée ouvre de nouvelles possibilités à la médecine qui de la guérison et du soin peut passer à la prédiction et à la modification. Les biotechnologies lui offrent en effet des possibilités jusque-là inimaginables de reconstruction du corps humain. Le terme biotechnologie apparaît en France en 1978 et se rapporte à « l'application des principes scientifiques et de l'ingénierie à la transformation de matériaux par des agents biologiques pour produire des biens et services »⁸⁸⁷. Si l'on considère souvent les travaux pasturiens sur les microorganismes comme l'origine des biotechnologies⁸⁸⁸, ces dernières prennent un essor nouveau avec la biologie moléculaire. Entre 1970 et 1978 est apparu un ensemble d'outils nouveaux de manipulation de l'ADN permettant d'isoler, de couper, de coller, de recombiner et de transférer des gènes ou des fragments de gènes d'un organisme à l'autre ; cette capacité de transgénèse marque l'avènement des biotechnologies « de nouvelle génération »⁸⁸⁹. Nous sommes passés de l'utilisation de la nature à la fabrication du vivant⁸⁹⁰. Les premières productions biotechnologiques qui permettent de produire de l'insuline ou de l'hormone de croissance par inclusion dans des bactéries de séquences d'ADN codant ces protéines révolutionnent déjà la médecine. Puis rapidement, les travaux sur le clonage, que la naissance de la brebis Dolly en 1996 médiatise largement, ouvrent la voie des thérapies géniques, dont l'application réussie chez l'homme en 2000 fera sensation. Dans le champ médical, des biotechnologiques dites rouges⁸⁹¹, les promesses sont sans bornes et ouvrent la voie d'une médecine régénérative⁸⁹² des membres⁸⁹³ ou des organes⁸⁹⁴. Les cellules souches pluripotentes, totipotentes ou multipotentes permettent aujourd'hui de reconstruire des cellules de tout type et d'envisager la régénération de parties d'organismes abimées, voire la production d'organes artificiels pour remplacer les organes naturels déficients. D'autant qu'à côté des biotechnologies se développent des techniques d'interactions corps-machine qui renouvellent l'homme dans une interaction de chair et de métal⁸⁹⁵. L'implantation en 2004 d'une interface neuronale directe (ou IDN) dans le cerveau de Matthew Nagle (1980-2007) a permis à ce tétraplégique d'interagir avec le monde par le biais d'ordinateur. Bras, pancréas, poumons, cœur, rein, cornée, articulation, vessie, tympan artificiels, biotechnologiques ou bioniques modifient

⁸⁸⁷ Site de l'OCDE : <http://www.oecd.org> [consulté le 08 mars 2011].

⁸⁸⁸ Douzou, P., Durand, G., Kourilsky, P., Siclet, G., 1983, *Les biotechnologies*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », p. 10-11 ; Debru, C., 2004a, « Biotechnologie », Lecourt, D., (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 179-185.

⁸⁸⁹ Douzou, P., Durand, G., Kourilsky, P., Siclet, G., 1983, *op. cit.*, p. 11.

⁸⁹⁰ Gros, F., 1990, *L'ingénierie du vivant*, Paris, Odile Jacob.

⁸⁹¹ Par opposition aux biotechnologies vertes qui touchent le domaine agricole et les biotechnologies blanches qui concernent l'industrie.

⁸⁹² Le Douarin, N., 2000, *Des chimères, des clones et des gènes*, Paris, Odile Jacob.

⁸⁹³ Alan Russell de l'Université de Pittsburgh a permis à un patient de 78 ans de voir son doigt « repousser » en 2006.

⁸⁹⁴ Des organes cultivés en laboratoire ont déjà été réimplantés chez des patients, notamment une trachée en 2008. Le *Skin Gun* du Dr. Jörg Gerlach de l'institut McGowan pour la médecine régénérative à l'Université de Pittsburgh permet aujourd'hui de pulvériser des cellules souches sur des grands brûlés et d'accélérer la régénération de la peau endommagée.

⁸⁹⁵ Dyens, O., 2000, *Chair et métal*, Montréal, Vlb éditeur.

aujourd'hui la vie de nombreux malades. La perspective d'une post-humanité⁸⁹⁶, de l'avènement d'un nouvel homme⁸⁹⁷, d'une humanité hybride⁸⁹⁸ ou faite d'avatars soma techniques⁸⁹⁹ est désormais sortie du rêve et de l'utopie pour devenir envisageable. Surtout que ces modifications de l'humain au niveau individuel, s'accompagnent de possibilités de modification au niveau de l'espèce, au sens où les tests génétiques et la médecine prédictive⁹⁰⁰ tendent aujourd'hui à éviter la naissance de certains individus malades permettent aujourd'hui de détecter dans un diagnostic anténatal certaines maladies génétiques et donc d'interrompre la grossesse pour éviter la naissance de régénérer des membres, engendrant une modification de l'espèce humaine par sélection. Le cyborg ou *robot sapiens*, l'homme pharmaceutique ou *soma sapiens*, l'HGM ou homme génétiquement modifié sont les formes nouvelles que prend l'humanité contemporaine à l'aune des biotechnologies et des technologies bioniques⁹⁰¹. Un tournant a bien été pris par la biologie et la médecine dans le complexe biomédical, ouvrant des possibilités proprement contemporaines d'interventions sur l'homme. La biologie dite synthétique qui a vu le jour au début du XXI^e siècle vise désormais la fabrication d'organismes vivants et de fonctions biologiques qui n'existent pas dans la nature, pour produire de l'énergie, des médicaments, des biomatériaux. C'est ainsi qu'en 2010, suite à la fabrication en 2007 de *Mycoplasma laboratorium*, la première bactérie dite synthétique, c'est-à-dire entièrement reconstruite par génie génétique autour d'un chromosome de synthèse, Craig Venter et son équipe créent la première cellule artificielle en insérant un génome entièrement artificiel « JCVI-syn1.0 » dans une cellule naturelle. L'homme a fait le premier pas vers la création de la vie⁹⁰² et cette nouvelle biologie laisse entrevoir une modification profonde de la médecine de demain⁹⁰³. Jérôme Goffette parle à ce titre d'une naissance de l'anthropotechnie⁹⁰⁴, dont la visée, ce qu'il nomme le tropisme⁹⁰⁵, n'est plus comme en médecine la guérison, le retour à l'état normal, mais la transformation, l'instauration d'un état sur-normal⁹⁰⁶. La médecine se serait donc profondément modifiée en entrant « de plain-pied dans une révolution scientifique et technique »⁹⁰⁷.

⁸⁹⁶ Fukuyama, F., 2002, *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*, New York, Farrar, Straus, and Giroux, *La Fin de l'homme : les Conséquences de la révolution biotechnique*, Paris, La Table Ronde, 2002, trad. fr. D.-A. Canal ; Lecourt, D., 2003, *op. cit.*

⁸⁹⁷ Robitaille, A., 2007, *Le nouvel homme nouveau. Voyages dans les utopies de la posthumanité*, Montréal, les éditions du Boréal.

⁸⁹⁸ Andrieu, B., 2008a, *Devenir hybride*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.

⁸⁹⁹ Andrieu, B., 2011a, *Les avatars du corps. Une hybridation somatechnique*, Montréal, Liber.

⁹⁰⁰ Ruffié, J., 1993, *Naissance de la médecine prédictive*, Paris, Odile Jacob.

⁹⁰¹ Robitaille, A., 2007, *op. cit.*

⁹⁰² De Rosnay, J., Papillon, F., 2010, *Et l'Homme créa la vie. La folle aventure des architectes et des bricoleurs du vivant*, Paris, Les Liens qui libèrent.

⁹⁰³ Benkimoun, P., (dir.), 2008, *Médecine : objectif 2035*, Paris, L'Archipel.

⁹⁰⁴ Goffette, J., 2008, *Naissance de l'anthropotechnie. De la médecine au modelage de l'humain*, Paris, Vrin.

⁹⁰⁵ Entendu comme « orientation fondamentale de l'activité humaine », *Ibid.*, p. 35.

⁹⁰⁶ *Ibid.*, p. 9.

⁹⁰⁷ *Ibid.*

L'âge de la techno-science

On ne peut penser la biomédecine en dehors du mouvement que l'on nomme techno-science⁹⁰⁸. En effet, la biomédecine, comme complexe médico-industriel⁹⁰⁹, met en jeu une technique qui, du fait de l'investissement financier et politique dont elle fait l'objet, s'est développée autant qu'elle s'est modifiée. La techno-science implique de nouveaux rapports entre science et technique que l'on peut résumer, avec Lucien Sfez⁹¹⁰, autour de trois marqueurs, qui font écho à la biomédecine. Le premier concerne les modes d'acquisition et la transmission du savoir technique. Nous avons quitté le mode d'acquisition traditionnelle qui consistait en un apprentissage artisanal fonctionnant par « essais et erreurs, corrections apportées par le maître, intériorisation des règles, imitations et quelques fois innovations (amélioration du prototype) poursuite du résultat final en termes de perfection de l'objet et donc de réussite quant au but fixé »⁹¹¹. Ce modèle qui qualifiait encore la clinique de la première moitié du XX^e siècle et impliquait un savoir-faire transmis par les grands patrons et autres mandarins, a progressivement évolué en intégrant plus de théorie et en se tournant donc vers un mode de connaissance essentiellement intellectuel⁹¹². Cet état de fait qui tend à effacer la distinction science/technique au profit d'un complexe techno-scientifique⁹¹³ marque « la prétention de la technique à se hisser vers un idéal de scientificité, ou peut-être aussi, en retour, un abandon des prétentions scientifiques à se poser comme vérités universelles »⁹¹⁴. Cette nouvelle alliance serait la marque de la contemporanéité où science et technique se retrouveraient autour du langage mathématique dans un but commun d'extension des capacités physiques et intellectuelles de l'humain, de son action sur son environnement comme sur ses propres manières d'agir et de penser. La technologie, entendue comme technique associée à un discours scientifique⁹¹⁵, témoigne, dans le langage courant, de l'ambition commune à la science et à la technique de modification de l'homme et du milieu. Elle rend compte d'une modification de la technique par l'insertion de son empirisme essentiel dans le champ maîtrisé de l'expérimentation. L'expérience est désormais une méthode scientifique du fait de son caractère systématique. La systématité des techniques est leur seconde caractéristique contemporaine. Aspect repéré tardivement du fait du changement du niveau d'intervention du mode technique, la systématisation révèle l'interaction des techniciens, objets techniques et de la technicité avec l'ensemble des éléments scientifiques, sociaux et/ou politiques, bref avec l'ensemble du système culturel dans lequel ils s'insèrent. C'est ainsi que Gilbert Simondon (1924-1989) pouvait trouver dans l'objet technique un biais de description du niveau culturel d'une société à une

⁹⁰⁸ Le philosophe belge Gilbert Hottois a largement participé à l'émergence de ce concept, notamment grâce à ses ouvrages *Le Signe et la technique* (Paris, Aubier-Flammarion, 1984) et *Entre symboles et technosciences* (Seysell-Paris, Champ-Vallon - Presses Universitaires de France, 1996).

⁹⁰⁹ Gaudillière, J.-P., 2002, *op. cit.*

⁹¹⁰ Sfez, L., 2002, *Technique et idéologie. Un enjeu de pouvoir*, Paris, Seuil, p. 53-73.

⁹¹¹ *Ibid.*, p. 56.

⁹¹² *Ibid.*, p. 58.

⁹¹³ Breton, P., Rieu, A.-M., Tinland, F., 1990, *La Techno-science en question : éléments pour une archéologie du XX^e siècle*, Seysell, Champ-Vallon.

⁹¹⁴ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 58.

⁹¹⁵ Selon Jean-Pierre Sérís, notre époque est celle de la technique pensée comme technologie, si l'on entend sous ce dernier terme les techniques « où est à l'œuvre le *logos*, ou qui sont l'œuvre d'un *logos* » (Sérís, J.-P., 1994, *La technique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, p. 3-4).

époque donnée⁹¹⁶. La systématique des objets entre eux serait même devenue le critère de leur technicité révélant la troisième caractéristique de la technique contemporaine : son aspect réticulé. Le réseau caractérise en effet la technique à l'âge de la techno-science. La notion de réseau rend compte du corps-territoire⁹¹⁷ de la technique.

Intellectualisation, systématisation et réticulation sont donc les trois enjeux de la technique contemporaine comme techno-science. À ce titre la biomédecine apparaît bien comme élément du mouvement techno-scientifique de la systématisation de sa rationalité intellectualiste jusque dans les protocoles de soins (EBM), à la conception réticulée de son territoire corporel (immunologie) en passant par la valorisation des objets techniques (imagerie) et des procédés de fabrication (anthropotechnie). La technique a acquis une nouvelle positivité du fait de son changement de mode de production, d'interventions et d'acquisition. La biomédecine participe de cette révolution techno-scientifique qui emporte avec elle la médecine moderne vers une contemporanéité affirmée, mais qui a également pour conséquence de brouiller les frontières et les représentations admises. La biomédecine est bien cet « état des choses où les circulations entre le laboratoire et la clinique sont si intenses que les distinctions entre médecins et chercheurs, examen des corps et manipulation des molécules, expérimentation et soin seraient devenues obsolètes »⁹¹⁸. On comprend pourquoi l'inquiétude règne parmi les médecins qui assistent à cet abandon des frontières de leur champ d'exercice et pourquoi la formalisation d'une pensée éthique se fait jour en parallèle de la formalisation du discours médical engendrée par la biomédecine technoscientifique.

⁹¹⁶ Simondon, G., 1958, *Du mode d'existence des objets techniques*, Paris, Aubier.

⁹¹⁷ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 68.

⁹¹⁸ Gaudillière, J.-P., 2006a, *op. cit.*, p. 102.

DE LA FORMALISATION DU DISCOURS À LA FORMALISATION DE L'ÉTHIQUE

*La médecine du XXI^e siècle sera-t-elle humaine ?*⁹¹⁹

Face à cette croissance apparemment sans bornes des biotechnologies et de la biomédecine, une réflexion éthique va émerger au cours des années 1970 suivant la même exigence de systématisation, de formalisation et d'universalisation : la bioéthique. Le terme *bioethics* est proposé en 1971 par le cancérologue américain Rensselaer Van Potter (1911-2001) dans son ouvrage *Bioethics : bridge to the future*, mais vise originellement une éthique tenant compte de l'interdépendance de tous les êtres vivants⁹²⁰. Mais la médecine et la biologie vont rapidement s'approprier ce terme pour rendre compte de l'espace de discussion éthique portant sur la recherche biomédicale et sur ses applications thérapeutiques⁹²¹ conduisant Potter à redévelopper sa philosophie d'éthique écologique sous le vocable de *global bioethics*⁹²². Si le mouvement bioéthique s'est rapidement développé aux États-Unis, il faudra attendre les années 1980 pour le voir apparaître lentement en France. Malgré ce retard, la bioéthique a progressivement conquis ce qui relevait avant entièrement du domaine de l'éthique médicale⁹²³. Pour comprendre ce déplacement qui a conduit la bioéthique qui est la mise en forme à partir d'une recherche pluridisciplinaire d'un questionnement sur les conflits de valeurs suscités par le développement techno-scientifique dans le domaine du vivant à empiéter sur le domaine de l'éthique médicale, c'est-à-dire l'exigence d'un certain comportement de la médecine au service du malade, il faut se resituer dans la médecine française du début du XX^e siècle.

De l'honneur individuel aux protocoles internationaux

La médecine moderne s'était accompagnée du développement d'un code d'honneur⁹²⁴ du médecin qui prenait effet lors du serment, qui n'a plus rien de celui d'Hippocrate⁹²⁵, que les médecins prêtent lors de leur soutenance. Plus proche de la promesse que du code de déontologie, ce code d'honneur régit tacitement le comportement du médecin. Et si Claude Bernard énonce des prescriptions dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, c'est plus dans le cadre d'une codification des pratiques à l'aune de sa considération de la scientificité qu'un code éthique ou déontologique. Certes, dès 1810, le

⁹¹⁹ Duprez, A., 1988, *La médecine du XXI^e siècle sera-t-elle humaine ? Essai thérapeutique pour une médecine traumatisée*, Paris, Éditions médicales internationales.

⁹²⁰ Les avancées de la technologie ne sont pas les seuls déclencheurs du mouvement bioéthique comme le rappelle Guy Durand, 2005, *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*, Montréal, Fides.

⁹²¹ Bateman-Novaes, S., 2004, « Bioéthique », Lecourt, D., (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 158-164.

⁹²² Van Potter, R., 1988, *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*, East-Lansing, Michigan State University Press.

⁹²³ Sicard, D., 2009, *L'éthique médicale et la bioéthique*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».

⁹²⁴ Nye, R., 1995, « Honor codes and medical ethics in modern France », *Bulletin of History of Medicine*, 69, p. 91-111 ; Nye, R., 2006, « Médecins, éthique médicale et État en France : 1789-1947 », *Le Mouvement social*, 214, p. 19-36.

⁹²⁵ Despierres, G., 1985, « Le serment d'Hippocrate et son histoire : comment le perçoit-on à notre époque ? », *Conférences de l'institut d'histoire de la médecine de Lyon, Cycle 1984-85*, Lyon, Collection Fondation Marcel Mérieux, p. 69-87.

secret médical⁹²⁶ a été intégré au *Code pénal* (art. 378), mais la conduite des médecins est entièrement affaire privée et au pire l'affaire du corps médical. En 1845, l'ouvrage de Max Simon intitulé *Déontologie médicale ou des devoirs et des droits du médecin dans l'état actuel de la civilisation* rompt avec la tradition hippocratique qui énonçait les qualités nécessaires au médecin⁹²⁷ et introduit le néologisme de déontologie. En 1890, Charles Floquet et Alfred Lechopie⁹²⁸ publient un *Code des médecins* qui témoigne de l'encadrement juridique de la médecine⁹²⁹. Mais il faudra attendre cinquante ans pour qu'un code de déontologie voie le jour. Le développement des manuels et précis de déontologie à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle relèvent plus de la crise de la profession autour de la croyance en une surpopulation médicale et de la volonté de rendre compte du rôle nouveau du médecin dans la société⁹³⁰ que d'une tentative de codification générale des comportements. Néanmoins, la réforme des études médicales de 1912 introduit un enseignement obligatoire de déontologie et de législation médicales. Il faut dire que les procès contre les médecins se sont développés dans cette première décennie du XX^e siècle et que la responsabilité de ce dernier a été reconnue par le *Code civil* (art. 1382-1383) et le *Code pénal* (art. 319 et 320)⁹³¹. En parallèle, des instances de régulation de l'expérimentation humaine sont créées. Mais en l'absence d'un Ordre des médecins, la formalisation de la responsabilité et de la déontologie médicales reste partielle. La création de cet Ordre en 1940 engage la rédaction législative d'un code déontologique réglant les mœurs, la morale et les bonnes pratiques de la profession médicale qui paraîtra en 1945 pour prendre une valeur juridique comme règlement administratif en 1947.

À cette première de régulation autonome et interne à la profession succède, selon Anne-Marie Moulin⁹³², une seconde période qui jusqu'à 1983 se caractérise par la remise en question et par l'improvisation. Il faut dire que deux conditions ne favorisent pas le développement de l'éthique en France. D'une part, le Code de déontologie de l'Ordre porte les traces des conditions politiques d'apparition de cette institution⁹³³ et fait l'objet de nombreuses critiques au sein du monde médical. Et d'autre part, après le procès de Nuremberg, le développement de l'éthique se réalise surtout au niveau international. En effet, en 1947, le Tribunal militaire américain qui juge les médecins nazis ayant pratiqué des expérimentations sur l'être humain, énonce dix règles éthiques revendiquant le statut de

⁹²⁶ Pour une histoire du secret médical, voir Grmek, M., 1963a, « Le secret médical, I : Aperçu historique », *Le concours médical*, 1963, 85, 2, p. 4177-4182 ; Grmek, M., 1963b, « Le secret médical, II : Du secret absolu au secret partagé », *Ibid.*, p. 4283-4290 ; Grmek, M., 1963c, « Le secret médical, III : Situation actuelle dans le cadre européen », *Le concours médical*, 1963, 85, 3, p. 4371-4380 ; Grmek, M., 1969, « L'origine et les vicissitudes du secret médical », *Cahiers Laennec*, 29, 1969, n° 3, p. 5-31.

⁹²⁷ Sur l'éthique hippocratique et le rôle stratégique et non proprement éthique du *Serment*, voir Klein, A., 2005, *op. cit.*

⁹²⁸ Comiti, V.-P., 2010, « Historiographie de la bioéthique », *Journal international de bioéthique*, 21/2, p. 15-24, ici, p. 19.

⁹²⁹ Floquet, C., Lechopie, A., 1890, *Droit médical ou code des médecins*, Paris, Octave Doin/ Marchal et Billard.

⁹³⁰ Bonah, C., 2007, *L'expérimentation humaine : discours et pratiques en France, 1900-1940*, Paris, Belles-Lettres, p. 67-68.

⁹³¹ *Ibid.*, p. 98.

⁹³² Moulin, A.-M., 1988, « Medical ethics in France: the latest great political debate », *Theoretical Medicine*, t.9, n°3, p. 271-285.

⁹³³ Weisz, G., 1991, « The origins of medical ethics in France. The international congress of Morale Médicale of 1955 », Weisz, G., (éd.), 1991, *Social science perspectives on medical ethics*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, p. 145-161.

« principes fondamentaux qui devraient être observés pour satisfaire aux concepts moraux, éthiques et légaux »⁹³⁴. Ce Code de Nuremberg, qui marque pour beaucoup la naissance de l'éthique médicale contemporaine⁹³⁵, va donner lieu à des développements multiples dans l'élaboration des principes d'éthique médicale : la création en 1948 de l'association médicale mondiale (AMM) puis l'élaboration de directives internationales d'éthique médicale (DIEM), auxquelles succèdent la déclaration d'Helsinki (1964), puis de Manille (1981) et enfin la création du comité de bioéthique de l'UNESCO en 1993. Les réunions, publications, créations de comités, et directives de bioéthique se multiplient et façonnent un champ de recherche autour de cet homme bio-éthique étudié par Anne-Fagot-Largeault⁹³⁶. Ce mouvement international va tardivement gagner la France et prendre son essor suite à la création en 1983 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE).

Objet et définition de la bioéthique

La bioéthique ne peut être définie par un concept univoque, mais elle peut être abordée néanmoins par le biais des thèmes-sources objectifs qui constituent son champ comme un ensemble relativement stable et circonscrit. Gilbert Hottois et Jean-Noël Missa⁹³⁷ proposent la liste suivante : interventions dans la procréation humaine ; interventions dans le patrimoine génétique ; interventions sur le vieillir et le mourir ; interventions sur le corps humain, manipulation de la personnalité et interventions sur le cerveau humain ; expérimentations sur l'être humain, interventions sur les êtres et les milieux non humains. En ce sens, la bioéthique répondrait, par le biais de pratiques et de discours pluridisciplinaires, pluraliste et complexes, à des questions de dimension éthique suscitées par les avancées nouvelles (recherche et applications) des techno-sciences biomédicales impliquant une manipulation du vivant. Elle a pour caractéristique essentielle de se distinguer de la déontologie médicale : contre le corporatisme, elle s'impose pluridisciplinaire, contre la connotation religieuse, elle se veut séculière et pluraliste, contre la tradition et le conservatisme, elle se veut prospective et ouverte, contre l'approche fragmentée de la personne, elle se réclame globale, contre le paternalisme et la casuistique, elle se veut systémique⁹³⁸. La bioéthique affirme donc sa nouveauté, à la fois comme discipline et comme mouvement socioculturel⁹³⁹. Elle répond tant à la révolution scientifique de la biomédecine qu'à la révolution sociale de l'affirmation des droits civiques⁹⁴⁰.

⁹³⁴ Rameix, S., 1996, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipses, p. 12.

⁹³⁵ Yves Ternon affirme ainsi qu'avant le Code de Nuremberg, « le pouvoir du médecin n'avait pas été codifié » (Ternon, Y., 2001, « Genèse et sens du code de Nuremberg », Abtroun, S., (dir.) 2001, *De Nuremberg à la loi Huriet : essais thérapeutiques et recherche biomédicale*, Ellipses, Paris, p. 91-117, ici, p. 97).

⁹³⁶ Fagot-Largeault, A., 1985, *L'homme bioéthique. Pour une déontologie de la recherche sur le vivant*, Paris Maloine.

⁹³⁷ Hottois, G., Missa, J.-N., (dir.), 2001, *Nouvelle encyclopédie de bioéthique : médecine, environnement, biotechnologie*, Bruxelles, De Boeck, p. 127.

⁹³⁸ Durand, G., 2005, *op. cit.*, p. 120.

⁹³⁹ *Ibid.*

⁹⁴⁰ Callahan, D., 1995, « Bioethics », Reich, W. T., (dir.), 1995, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon Schuster McMillan, , vol. 1, p. 247-255, ici, p. 249.

Si elle apparaît d'abord en réponse aux problématiques éthiques soulevées par la transformation et la fabrication de l'homme par l'homme⁹⁴¹, son objectif premier « d'assurer le respect de la primauté de la personne humaine, que traduit la reconnaissance de sa dignité propre »⁹⁴² se réclame néanmoins comme un projet social et philosophique nouveau. Les principes sur lesquels elle repose, et qui ont été théorisés aux États-Unis par James Childress et Tom Beauchamp dans leur ouvrage *Principles of biomedical ethics*⁹⁴³, se veulent une reconnaissance du sujet individuel au sein d'un contrat social renouvelé. La bioéthique repose sur quatre principes essentiels⁹⁴⁴ que sont l'autonomie reposant sur l'information et le choix rationnel, la bienfaisance comme évaluation du rapport risque/bénéfice, la non-malfaisance reprenant le « surtout ne pas nuire » hippocratique, la justice distributive ou équité. Éthique guidée par des principes, le principisme n'offre pas un système complet permettant de fonder une éthique normative, ces principes doivent se composer avec des règles morales dérivées. Le philosophe Tristram Engelhardt insistera d'ailleurs dans son ouvrage fondateur de 1986⁹⁴⁵ où il critique le « principisme » de Childress et Beauchamp, sur l'importance de l'autonomie individuelle et collective impliquée et engendrée par la bioéthique. Si cette conception s'inscrit avant tout dans un cadre anglo-saxon, notamment dans le principe contractuel de la relation médicale qu'elle implique, elle s'imposa rapidement dans les instances et normes internationales de la bioéthique⁹⁴⁶ et influença donc, en ce sens, la France⁹⁴⁷. Les philosophes français comme Paul Ricœur⁹⁴⁸ ou Jean Ladrière (1921-2007)⁹⁴⁹ ne voient d'ailleurs aucune contradiction entre bioéthique et éthique médicale. Et la philosophe québécoise Jocelyne Saint-Arnaud donne une définition qui ne laisse aucun doute :

Au sens strict, la bioéthique est synonyme d'éthique biomédicale. C'est une réflexion sur les problèmes d'ordre éthique qui sont apportés par l'application des nouvelles technologies biomédicales. Cette réflexion comporte deux volets, en raison du but visé : déterminer la conduite d'un homme ou d'un groupe d'hommes en regard du cas d'un individu, d'une part, et déterminer les règles de conduite qui auront un impact sur l'ensemble de la société, d'autre part⁹⁵⁰.

Tout en conservant une spécificité française, que nous allons expliciter, l'éthique biomédicale s'harmonise donc rapidement avec les normes internationales de la bioéthique, notamment par le biais de la création du Laboratoire d'Éthique Médicale et de Santé

⁹⁴¹ Bernard, J., 1976, *L'homme changé par l'homme*, Paris, Buchet/Chastel.

⁹⁴² Lenoir, N., Mathieu, B., 1998, *Les normes internationales de la bioéthique*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », p. 15.

⁹⁴³ Beauchamp, T., Childress, J., 1979, *Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press.

⁹⁴⁴ Le Rapport Belmont de 1979 reconnaissait déjà l'autonomie, l'équité et la bienfaisance comme principes bioéthiques fondamentaux.

⁹⁴⁵ Engelhardt, T., 1986, *The Foundations of Bioethics*, New York, Basic Books.

⁹⁴⁶ Doucet, H., 1998, « La bioéthique : sens et limites d'un mouvement socioculturel », *Ethica*, 10/1, p. 31-58, ici, p. 53.

⁹⁴⁷ L'éthique biomédicale, telle que popularisée par Christian Hervé dans le laboratoire de l'université Paris V, s'apparente à la bioéthique.

⁹⁴⁸ Ricœur, P., 1996b, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, p. 21-33.

⁹⁴⁹ Ladrière, J., 1993, « Éthique et tâche de la pensée. L'éthique et la raison pratique », *Forum éthique*, 1994, *L'éthique : interprétations et positionnements multiples*, Bruxelles, ECCE, p. 10.

⁹⁵⁰ Saint-Arnaud, J., 1989, « La bioéthique : définitions et perspectives didactiques », Parizeau, M.-H., (dir.), 1989, *Bioéthique : méthodes et fondements*, Montréal, ACFAS, p. 183-192, ici, p. 184.

Publique de l'Université René Descartes (Paris V) par Christian Hervé et Yves Pélicier (1925-1996) et de sa formation doctorale en éthique (dès 1991)⁹⁵¹. C'est ainsi qu'on retrouve en France, à travers l'évolution de la législation, cette territorialisation éthique de la vie humaine individuelle et sociale à partir d'un questionnement sur la techno-science biomédicale. Si dès 1974, l'INSERM s'était doté d'un comité éthique propre, c'est proprement la création du CCNE qui marque un tournant dans le champ de l'éthique médicale comme l'avait repéré Anne-Marie Moulin⁹⁵². L'éthique biomédicale, telle qu'on la nomme en France, prend définitivement le pas sur la déontologie, par la prise en charge politique de ces questions qui dessaisissent en partie l'Ordre des médecins de son monopole. Mais dès le départ, elle s'impose comme une réflexion éthique sur les sciences et les technologies. En effet, le CCNE naît en réponse à la naissance par fécondation *in vitro* d'Amandine⁹⁵³ et porte avant tout sur l'avancée des sciences qui tendent, comme le constate François Mitterrand (1916-1996) dans son allocation lors de la première réunion du comité, à prendre l'homme de vitesse⁹⁵⁴. L'éthique biomédicale, dans un premier temps moins ambitieuse que la bioéthique anglo-saxonne qui dès les années 1970 avait interrogé les effets de l'expérimentation sur la qualité humaine des rapports de soin, se limite à l'étude à certaines pratiques techniques se distinguant de la pratique médicale ordinaire⁹⁵⁵. Elle se veut une tentative de codification du pouvoir du scientifique biomédical. Elle répond aux dérives de la pensée instrumentale⁹⁵⁶ et à la crainte insufflée par la techno-science d'une instrumentation du vivant. Si la technique a changé au point de ne plus prendre l'homme pour mesure alors c'est toute l'humanité qui est mise en question par l'anthropotechnie biotechnologique. La première loi qui voit le jour porte tout naturellement sur les expérimentations médicales, dans la lignée des ordonnances du 23 septembre 1967 et des décrets d'application de 1972 et 1975 qui obligeaient l'industrie pharmaceutique à réaliser des essais thérapeutiques et essais cliniques chez le volontaire sain et dans l'esprit du Code de Nuremberg. La loi du 20 décembre 1988 dite loi Huriet-Sérusclat et le décret d'application du 27 septembre 1990 impose le consentement de toute personne participant à des essais cliniques qui sera ensuite inscrit dans le Code de déontologie de 1995. Elle reconnaît la dignité et la capacité d'autonomie du sujet expérimental, mais surtout en fait une condition de possibilité de tout travail biomédical. Car si des instances hospitalières avaient des comités d'éthique avant 1988, ils étaient essentiellement consultatifs. Or, la loi change la donne en créant les Comités Consultatifs de Protection des Personnes qui se prêtent à des Recherches Biomédicales (CCPPRB). Malgré leur dénomination, ces comités ne sont pas véritablement consultatifs puisque la loi rend obligatoire l'obtention d'un avis pour tout protocole de recherche avant son démarrage et impose aux comités la transmission de tout refus au Ministère. On assiste donc à un

⁹⁵¹ Ce laboratoire est, depuis 2001, le lieu de coordination de l'Institut international de recherche en Bioéthique pour la France. Son directeur le Pr. Hervé est depuis 1995 le président du CCPPRB Paris-Necker.

⁹⁵² Moulin, A.-M., 1988, *op. cit.*

⁹⁵³ Le 24 février 1982, le professeur René Frydman mettait au monde Amandine, premier bébé éprouvete français, dans le service du professeur Émile Papiernick. Amandine a été conçue grâce à la technique de la fécondation *in vitro*, mise au point par les travaux du biologiste Jacques Testart et de son équipe.

⁹⁵⁴ Ambroselli, C., 1988, *L'éthique médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », p. 3.

⁹⁵⁵ Bateman-Novaes, S., 2004, *op. cit.*, p. 160.

⁹⁵⁶ Rameix, S., 1996, *op. cit.*, p. 12.

« retour du sujet »⁹⁵⁷ qui s'opère par l'acte du consentement conditionné par la notion de balance risque-bénéfice.

Six ans plus tard est promulguée la loi qui établit les bases du droit actuel en matière de bioéthique⁹⁵⁸ en France. La loi du 29 juillet 1994 porte spécifiquement sur le corps humain, le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et affirme la particularité de la perspective française vis-à-vis de la tradition anglo-saxonne. Elle énonce le principe d'une inviolabilité, d'une inaliénabilité, d'une intégrité à respecter, d'une non patrimonialité (qui interdit donc sa marchandisation), qui interdit par exemple la vente d'organes, n'autorisant que le don. Cette indisponibilité du corps humain pour l'individu fait écho à une tradition proprement française où prime une vision citoyenne du corps humain⁹⁵⁹ reposant sur une vision communautaire et solidariste du corps social et politique. La liberté de disposer de son corps à l'aune de l'intérêt et des besoins du corps collectif. Contrairement à la tradition politique libérale anglo-saxonne qui fixe un droit naturel d'usage de son corps préexistant au contrat social, ici l'usage du corps est annexé à l'intérêt du corps social, selon la perspective rousseauiste d'aliénation de son droit naturel au profit du droit civil. C'est dans ce cadre que sera promulguée le 6 août 2004, une loi modifiant celle de 1994, organisant le prélèvement d'organe au sein d'une Agence de la biomédecine et réaffirmant la nécessité du consentement préalable à toute expérimentation ou à tout prélèvement sur le corps humain et interdisant la création d'embryons en dehors de la lutte contre la stérilité au sein d'un couple hétérosexuel stable (rejet du clonage reproductif et/ou thérapeutique⁹⁶⁰). Par le biais d'un biodroit⁹⁶¹, la bioéthique et l'éthique biomédicale proposent une réglementation de l'usage du corps humain autour du respect de la dignité de la personne humaine, c'est-à-dire d'une reconnaissance et d'une primauté de son autonomie, qui dès lors organise l'éthique proprement médicale. Cette alliance de l'éthique médicale qui « couvre tout le champ relationnel de la médecine » et de la bioéthique en tant que « questionnement existentiel et ontologique du rapport au vivant »⁹⁶² voit le jour au sein de la loi du 4 mars 2002 concernant le droit des malades et la qualité du système de santé, dite loi Kouchner. Cette loi qui associe la reconnaissance de l'autonomie revendiquée par les malades et mise en pratique par la bioéthique dans le champ de l'expérimentation, renforce en effet le Code de déontologie médicale⁹⁶³ en précisant les conditions de responsabilité individuelle de chaque praticien à l'égard de chacun de ses patients. Faisant suite à la Charte du malade hospitalisé de 1995, la loi de 2002 reconnaît des droits nouveaux au malade : l'information, la liberté, l'égalité et la solidarité⁹⁶⁴. Le droit du malade à l'information et à la confidentialité des informations le concernant renouvelle l'exigence du secret médical, y compris dans les cas de décision partagée et rend également compte de la possibilité pour les malades de ne pas savoir. Mais il permet surtout au malade

⁹⁵⁷ Ternon, Y., 2001, *op. cit.*, p. 102.

⁹⁵⁸ Le terme bioéthique n'apparaîtra dans le droit français qu'en 2004.

⁹⁵⁹ Crignon-De Oliveira, C., Gaille-Nikodimov, M., 2004, *A qui appartient le corps humain ? Médecine, politique et droit*, Paris, Belles-Lettres, p. 68.

⁹⁶⁰ Seul est autorisé, pour cinq ans et par dérogation, l'usage des embryons surnuméraires.

⁹⁶¹ Ricœur, P., 1996a, « Préface », *Code de déontologie médicale*, Paris, Seuil, p. 18. Voir à ce sujet, Neirinck, C., (dir.), 1994, *De la bioéthique au bio-droit*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence.

⁹⁶² Sicard, D., 2009, *op. cit.*, p. 3.

⁹⁶³ Glorion, B., 2004, « Code de déontologie », Lecourt, D., (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 262-263, ici, p. 263.

⁹⁶⁴ On a souvent parlé de la reconnaissance d'un droit à la santé. Or rien de tel ne peut exister dans le droit français puisque la santé est un bien immatériel et non appropriable ne dépendant pas entièrement de ceux qui travaillent à la maintenir ou à la restaurer.

d'accéder à toutes les informations relatives à sa santé afin qu'il puisse participer activement aux choix de traitement par exemple. C'est ce que supporte le droit à la liberté ou droit à la décision partagée qui vise à permettre au malade d'affirmer son caractère d'acteur par la participation aux décisions thérapeutiques ou par la demande d'autres avis médicaux. Ce droit d'être acteur du soin, qui s'accompagne d'un devoir de responsabilité, reconnu à tous par le biais du droit à l'égalité et à la solidarité. La personne malade retrouve ainsi une dignité et un rôle actif dans la relation médicale⁹⁶⁵. Les revendications des malades qui avaient le jour dans les années 1970 sont comblées, la loi de 2002 favorise le fait associatif et les malades vont progressivement être représentés dans les instances de décision biomédicale.

Des principes aux protocoles de soins, en passant par les normes juridiques, voici comment les principes formels de la bioéthique conduisent à l'application de règles éthiques dans un système cohérent reposant sur la norme juridiquement installée de la reconnaissance de la personne autonome comme sujet de droit. Ainsi sont unifiées l'éthique médicale de la relation individuelle et l'éthique scientifique dans la relation sociale, autour d'un modèle philosophique de l'homme autonome.

La personne autonome comme sujet de droit

L'humanisme s'est révélé être une valeur « cadre » insuffisante, notamment suite à ses différentes critiques effectuées par Jean-Paul Sartre (1905-1980)⁹⁶⁶ ou Martin Heidegger (1889-1976)⁹⁶⁷ pour penser l'homme. La médecine a donc cherché dans la notion de personne, et plus précisément sa conceptualisation moderne opérée par Kant, un nouveau socle. C'est ainsi que l'ensemble de l'édifice bioéthique est alimenté, voire justifié, par la théorie de la personne moderne fondée par Kant⁹⁶⁸. Détachant l'être humain de son existence empirique, il fonde, sur la notion de personne humaine, un système qui du droit à la morale puis de la morale au droit, permet de faire de la dignité absolue de tout individu, en tant que personne, l'objet du sentiment éthique par excellence qu'est le respect. Poursuivant le mouvement cartésien en y introduisant la dimension morale, Kant fige la conception moderne de la personne comme sujet moral. Bien qu'utilisant peu le terme de personne, Kant constitue la personne comme fin en soi, comme sujet autonome et comme dignité. Premièrement, dire que l'homme est une personne équivaut à reconnaître qu'il est à lui-même sa propre fin et qu'il ne peut donc être utilisé comme un moyen en vue d'une autre fin. Se prendre soi-même comme fin est ce qui constitue le sujet de l'action en son humanité. Ici, la personne se distingue des choses. C'est du fait de sa nature raisonnable que la personne peut se poser comme fin pour elle-même mais également imposer comme principe de ses actions des maximes universalisables, autrement des lois choisies de caractère raisonnable et telles qu'elles puissent être applicables à tout autre sujet. L'humanité est cristallisée dans la notion de personne qui est la reconnaissance de soi-même et des autres comme fin ultime et unique des actions du sujet.

⁹⁶⁵ Gérard Briche nous rappelle qu'« on vole plus couramment et systématiquement la maladie par privation d'information » : privation d'information diagnostique puis de l'information (graduelle et adaptée) sur le savoir médical appris en faculté, privation d'information sur les investigations cliniques (Briche, G, 1980b, *op. cit.*, p. 28).

⁹⁶⁶ Sartre, J.-P., 1946, *L'existentialisme est un humanisme*, Paris, Nagel.

⁹⁶⁷ Heidegger, M., 1946, *Lettre sur l'humanisme*, Paris, Éditions Montaigne, 1957, trad. fr. R. Munier.

⁹⁶⁸ Lecourt, D., 2004, « Personne humaine », Lecourt, D., (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 857-859.

La dignité de la personne et le respect inconditionnel dont elle doit être l'objet sont liés à la reconnaissance, et de ce qu'elle est fin en soi en raison de sa nature raisonnable, et de son autonomie en vertu de laquelle elle est législatrice, se donnant à elle-même sa loi, grâce au lien qui en elle unit la raison pratique et la volonté libre⁹⁶⁹.

Cette qualité législatrice de la personne qui se donne à elle-même ses propres lois, ici maximes, introduit la notion d'autonomie dans sa compréhension. C'est par ses lois qu'elles se donnent à elles-mêmes et qui la figent comme fin, que la personne se reconnaît comme personne et non comme chose. C'est ce qui rapproche la personne du citoyen qui lui aussi est législateur. Mais il ne suffit pas de reconnaître cette capacité législative pour faire d'un sujet une personne, il faut encore comprendre les fondements de ce pouvoir qui constitue la personne dans son autonomie au point de l'identifier à la liberté. « La personne est autonome en raison de la nature du lien qui unit en elle raison et volonté »⁹⁷⁰. Car c'est bien la capacité qu'a la volonté, volonté libre, d'être déterminée par la raison, qui permet à la personne de contourner les déterminismes pour se fixer à elle-même, en toute autonomie, ses propres lois. La raison peut inciter, elle seule, la volonté, ce qui conduit la volonté à pouvoir être seule cause de l'action. La volonté est une raison pratique qui assure à l'homme sa liberté, son autonomie, sa qualité de personne. En tant qu'être vivant, l'homme est soumis aux lois de la nature, mais en tant qu'être raisonnable, il a la possibilité de se déterminer lui-même par le biais de cette volonté libre, cette autonomie, qui autodétermine ses actions. Cette liberté est une propriété de la volonté qui la rend indépendante des lois de la nature et qui permet de qualifier l'homme de personne. La personne est une qualité qui transcende les phénomènes, c'est l'*homo noumenon* par opposition à l'*homo phaenomenon*. Et c'est à cet être doué de liberté intérieure qu'il est seul possible de reconnaître une dignité. La personne comme fin en soi est définie par Kant comme l'humanité considérée dans la personne, c'est-à-dire comme *homo noumenon*. Or, c'est en tant qu'*homo noumenon* que la personne est objet de respect et est établie inconditionnellement dans sa dignité. « L'humanité elle-même est une dignité »,⁹⁷¹ car elle est autonome, raisonnable et libre. C'est la personne inscrite en tout individu qui lui assure sa dignité autant que sa nature humaine. Les hommes, en tant que personnes, appartiennent donc à une communauté éthique qui fait l'humanité.

La médecine contemporaine comme biomédecine technoscientifique a ainsi formalisé une éthique à son image : systématique et universelle. Une *Ethical based medicine* qui intégrerait l'*Evidence based medicine*⁹⁷². À la territorialisation de la vie humaine dans toutes ses strates biologiques (individuelles et collectives, corporelles et subjectives), répond une territorialisation éthique de la vie humaine dans l'ensemble de ses strates « métaphysiques » (individuelle et collective, morale et juridique). À une autonomie de la technoscience⁹⁷³ répond une autonomie de l'humanité. Le paradigme biomédical est ainsi

⁹⁶⁹ Ladrière, P., 1991, « La notion de personne, héritière d'une longue tradition », Novaes, S., (dir.), 1991, *Biomédecine et devenir de la personne*, Paris, Seuil, p. 27-85, ici, p. 35.

⁹⁷⁰ *Ibid.*, p. 60.

⁹⁷¹ Kant, E., 1795b, *Métaphysique des mœurs. Doctrine de la vertu*, Paris, Vrin, 1968, trad. fr. A. Philonenko, p. 140.

⁹⁷² Dubas, F., 2004, *op. cit.* p. 169.

⁹⁷³ Si l'on retrouve cette idée d'autonomie chez la majorité des penseurs contemporains de la technique (avec des nuances allant de l'autonomie absolue chez J. Ellul ou M. Heidegger à une autonomie plus relative chez

unifié dans un système englobant la clinique et le laboratoire, la médecine privée et la santé publique, la recherche et ses applications, la technique et l'éthique. L'ensemble des dichotomies soulevées par le développement de la médecine moderne semble résolue dans cette évolution contemporaine dont on peut dès lors, derrière la nouveauté, questionner la continuité.

D. Bourg ou J.-P. Séris), l'opposition d'une autonomie de la technique à une autonomie de l'humanité apparaît surtout chez Gilbert Hottois qui affirme que « le règne technique est [...] absolument autre chose que le *regnum hominis*, le règne de l'humanité parlante, voyante et choisissante » (Hottois, G., 1984, *Le Signe et la technique*, Paris, Aubier-Flammarion, p. 151).

LA BIOMÉDECINE FACE À LA CLINIQUE : RUPTURE OU MUTATION ?

La biomédecine, si elle semble rompre avec la clinique et avec sa déontologie, les réintègre finalement au sein d'un système cohérent et plus vaste. Faut-il dès lors entendre la médecine contemporaine comme une rupture radicale ou une continuation modifiée de la médecine moderne ? Y a-t-il lieu d'y voir, comme le fait Jérôme Goffette, l'apparition d'un nouveau tropisme, ou faut-il envisager la reconnaissance d'un tropisme médical plus large ? Autrement dit, comment qualifier la biomédecine, à l'aune de l'histoire de la médecine et de la généalogie du discours médical ? Un collectif de chercheurs s'est penché sur cette question et expose ses analyses dans un ouvrage au titre évocateur *La mort de la clinique*⁹⁷⁴. Or, la principale leçon de ce travail est que, s'ils s'accordent tous sur le fait que l'ère du « colloque singulier » semble bien révolue, notamment du fait d'une épistémologie qui normalise par protocole la pratique clinique, et tente d'exclure l'incertitude et la subjectivité au profit d'un objectivisme massif, pour autant aucun d'eux ne conclut à la mort de la clinique. Cette disparition « n'est pas à l'ordre du jour »⁹⁷⁵ rappelle Alain-Charles Masquelet dont l'intervention sur la mutation de la clinique résume l'enjeu actuel. La clinique s'est modifiée à l'aune de la technologie et du laboratoire qui s'y est infiltrée, mais elle n'a pas disparu. Elle demande simplement à être repensée à l'aune des modifications qu'elle a subies. Mais avant de nous pencher sur ces modifications, il nous faut revenir sur le travail évoqué précédemment du philosophe Jérôme Goffette qui constate que des pratiques, qui s'affirment comme un « changement sociétal important »⁹⁷⁶, telles que l'IVG, le dopage sportif ou la chirurgie esthétique non réparatrice⁹⁷⁷ engendrent des tensions internes au sein de la médecine, révélant l'existence d'un tropisme nouveau. Ce tropisme anthropotechnique qu'il dégage se déploie comme une activité extra-médicale⁹⁷⁸ ne visant plus la restauration de l'état normal, mais l'instauration d'un état sur-normal. En effet, nous l'avons vu avec les biotechnologies, l'idéologie de l'homme augmenté⁹⁷⁹ a en effet gagné la médecine par l'intermédiaire des biotechnologies qui permettent de repousser les frontières de la nature humaine et qui brouillent les frontières entre diagnostic et thérapie, prédiction et intervention, mesures préventives et mesures curatives. Faut-il pour autant y voir un dépassement de la médecine ? Y a-t-il une rupture anthropotechnique ?

Anthropotechnie : rupture ou continuité ?

Selon nous, si la volonté anthropotechnique rompt clairement avec la médecine moderne, elle reste néanmoins une entreprise médicale, ce que l'on nomme la biomédecine. Car malgré les précautions méthodologiques que prend Goffette, il fonde son argumentation sur un présupposé qui le conduit finalement à une pétition de principe qui ruine entièrement son analyse : s'il affirme l'anthropotechnie en dehors de la médecine, c'est qu'il réduit la médecine à la médecine moderne. Au contraire, comme nous allons le

⁹⁷⁴ Couturier, D., David, G., Lecourt, D., Sraer, J.-D., Sureau, C., (dir.), 2009, *op. cit.*

⁹⁷⁵ Masquelet, A.-C., 2009, *op. cit.*, p. 29.

⁹⁷⁶ *Ibid.*, p. 70.

⁹⁷⁷ *Ibid.*, p. 46-47.

⁹⁷⁸ Goffette, J., 2008, *op. cit.*, p. 69.

⁹⁷⁹ Claverie, B., 2010, *L'Homme augmenté. Néotechnologies pour un dépassement du corps et de la pensée*, Paris, L'Harmattan.

montrer, il faut voir que le tropisme anthropotechnique se distingue bien de l'esprit médical moderne, mais s'intègre parfaitement au tropisme médical.

Toute l'argumentation de Goffette repose sur une qualification de la médecine comme science des maladies et « un art visant une objectivité technique »⁹⁸⁰. Or, cette conception de la médecine ne peut représenter son essence, tant elle s'inscrit dans un cadre historique et culturel spécifique, ainsi que nous l'avons montré. Dès lors, la définition du tropisme médical qu'il donne sur cette base, loin de recouvrir l'orientation fondamentale et anhistorique d'activité humaine de la médecine⁹⁸¹, est en fait limitée à la médecine moderne telle qu'elle est apparue au XIX^e siècle. S'il a donc entièrement raison de militer pour un jugement sur le champ du médical à partir de l'essence de la médecine⁹⁸² et non de la pratique des médecins, il réalise finalement une pétition de principe en n'étudiant pas l'essence de la médecine, mais en la limitant aux pratiques médicales modernes. En maintenant la médecine et son tropisme dans une position de préservation ou de restauration d'une normalité sans vocation à aller au-delà⁹⁸³, il n'interroge pas l'essence de la médecine, mais le cœur de l'*épistémè* médicale moderne, n'atteignant ainsi qu'un moment de la formation discursive médicale.

L'absence de mise en perspective historique de sa démarche le conduit ainsi à des situations problématiques. Dès le départ de son analyse, il n'envisage la médecine que comme profession ou discipline⁹⁸⁴ (les deux termes s'équivalant dans son discours) s'enfermant dès lors dans un cadre réduit relevant d'une période spécifique où la médecine s'est professionnalisée autour d'un savoir cohérent et dont nous avons montré l'émergence. Excluant dès lors toute contextualisation historique et sociale, il ne peut cerner le fait que ce qu'il nomme le tropisme médical est déjà une spécialisation, une réduction de ce qui pourrait être, à travers les temps, le tropisme de la médecine et qui doit inclure les siècles de pratiques nomades, officieuses et non disciplinaires. C'est pour cette même raison qu'il peine à préciser le moment supposé de la naissance de l'anthropotechnie⁹⁸⁵. Il note que l'entreprise de remodelage et de façonnage qui qualifie l'anthropotechnie « a commencé de longue date », « depuis l'aube de l'humanité »⁹⁸⁶, mais qu'elle n'était alors que superficielle. Tant que l'homme n'était qu'une « sorte de forme à peine altérée », le façonnage pouvait encore relever du médical, mais dès lors que l'homme s'est révélé « horizon ouvert », l'anthropotechnie a jailli de cette « plasticité inédite et presque intégrale »⁹⁸⁷. *In fine*, le tropisme anthropotechnique repose moins sur un changement d'orientation fondamentale de l'activité humaine (définition du tropisme) que sur une possibilité technique, celle de la modification profonde et quasi intégrale de la nature humaine. Pourtant, comme il le précise au chapitre VII, l'anthropotechnie se distingue de la médecine par son recours à la technique. La médecine serait l'art du traitement technique tandis que l'anthropotechnie serait un art de création. Les limites de l'approche non historique de Goffette se font ici jour puisqu'il affirme qu'il faut entendre selon les cas le terme d'art différemment : la médecine relèverait ainsi d'un concept technique de l'art

⁹⁸⁰ Goffette, J., 2008, *op. cit.*, p. 63.

⁹⁸¹ Définition du tropisme, *Ibid.*, p. 35.

⁹⁸² *Ibid.*, p. 59.

⁹⁸³ *Ibid.*, p. 58.

⁹⁸⁴ *Ibid.*, p. 34.

⁹⁸⁵ *Ibid.*, p. 66-70.

⁹⁸⁶ *Ibid.*, p. 66.

⁹⁸⁷ *Ibid.*, p. 67.

(artisan), tandis que l'anthropotechnie se ferait art au sens créatif du terme (artiste)⁹⁸⁸ ; mais surtout que cette distinction est historique :

Historiquement, la divergence entre ces deux sens, à l'origine indistincts, s'est définitivement accomplie, semble-t-il, vers les XVII^e-XVIII^e siècles, lorsqu'apparaissent des artistes au sens moderne⁹⁸⁹.

Incredibly retournement où l'histoire de l'art et de la sémantique vient au secours d'une argumentation qui devrait concerner l'épistémologie et les techniques. Ainsi, tout en reconnaissant la proximité historique de la médecine et de l'anthropotechnie, il les distingue dans la modernité, sans envisager que la spécialisation de la médecine autour de la pathologie qui qualifie sa professionnalisation ne puisse être qu'un moment de son histoire et non la source de son tropisme. Ignorant l'évolution du discours médical, il prend ainsi pour un art visant une objectivité technique ce qui s'est en fait affirmé, comme nous l'avons vu, à un moment bien spécifique, comme un art reposant sur une objectivité technique.

La volonté de Goffette de maintenir le tropisme médical dans le cadre de la restauration du normal l'engage surtout, au-delà du problème historique, dans un problème philosophique qu'il ne parvient pas à surmonter. Pour justifier le normal comme objet exclusif de la médecine, il s'attache au chapitre VI au problème du normal et du pathologique et se confronte donc au passage obligé de la pensée canguilhemienne. S'accordant tout d'abord avec le philosophe-médecin sur la nécessité d'une notion de normalité en médecine⁹⁹⁰, il passe ensuite en revue les différents types de normalité qui peuvent fonder le normal médical. Rejetant la normalité utopique de l'OMS (perfection), la normalité statistique (moyenne) et puis la normalité sociale (conformité), il affirme que la normalité médicale n'est pas une norme vitale. Son argumentation, réalisée « sans entrer dans le détail qu'une analyse du texte de G. Canguilhem mériterait »⁹⁹¹, s'appuie sur le fait que la normativité vitale ressort plus d'une philosophie de la biologie que de la médecine et plus d'une philosophie de la vie qu'une philosophie de la santé. Il critique tout d'abord l'idée selon laquelle le pathologique puisse être une norme de vie « normale » qui selon lui ne permet pas d'appréhender la mort. Citons le passage complet pour comprendre l'argumentaire.

Si le pathologique est une norme vitale, avec un équilibre, comment penser la dégradation, l'écart, le chaotique ? Au fond, il ne faut pas confondre la pathologie et la façon dont l'organisme tente de s'en accommoder. Le pathologique n'est pas normativité, mais déclivité. Seule la façon dont l'organisme tente de lutter ou de s'accommoder de la pathologie est normativité⁹⁹².

Ainsi, il faudrait distinguer la pathologie de la réaction de l'organisme à son égard. Seulement, pour cela, il faudrait admettre que la pathologie est extérieure à l'organisme et à sa vie. Or, c'est là une mécompréhension profonde du propos canguilhemien qui est, Goffette l'admet, une philosophie de la vie. La pathologie est toujours déjà réaction de

⁹⁸⁸ *Ibid.*, p. 117.

⁹⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁹⁰ *Ibid.*, p. 95.

⁹⁹¹ *Ibid.*, p. 98.

⁹⁹² *Ibid.*, p. 99.

l'organisme, comment dès lors distinguer les deux ? Il n'est pas possible, à moins d'admettre une capacité de l'organisme à s'extraire de sa propre vie pour en produire une autre, d'affirmer que l'organisme peut avoir une réaction à sa propre réaction. Canguilhem ne confond donc pas pathologie et adaptation de l'organisme à cette pathologie, il reconnaît seulement leur profonde inséparabilité sous l'égide de la vie.

Le second aspect de la critique goffettienne repose sur une interprétation erronée de l'affirmation de Canguilhem selon laquelle le normal médical dépend du malade, de « l'intéressé »⁹⁹³. Goffette précise qu'« un tel passage laisserait à penser que ce qui fonde finalement le concept de pathologique, ce serait la souffrance qu'exprime le patient » puis reprenant la suite du texte canguilhémien, il affirme que le propos du philosophe « s'attache moins à l'expression du patient qu'à une expressivité de la vie »⁹⁹⁴. À partir de cette étrange interprétation critiquée par lui-même, il conclut que la philosophie de Canguilhem est bien une philosophie de la biologie et non de la médecine et qu'en ce sens elle « réduit l'ancrage spécifiquement humain de la médecine, à savoir l'impératif éthique d'aider l'humanité souffrante »⁹⁹⁵ en faisant de la subjectivité qu'un porte-parole de la vie.

Sans reprendre ce que nous avons déjà montré, c'est-à-dire que la philosophie canguilhémienne peut être une philosophie de la médecine faisant intervenir la subjectivité vécue autant que vitale de l'homme où l'écart qui semble poser problème à Goffette⁹⁹⁶ est central, nous ne pouvons que constater la faiblesse de l'analyse de Goffette et en comprendre les raisons. Goffette ne peut admettre le propos canguilhémien puisqu'il souhaite rapporter la santé à une absence de mal-être⁹⁹⁷, mais les limites de son interprétation se font jour puisqu'il rejoint finalement les grandes lignes d'une conception de la normalité non positiviste : primauté du pathologique sur le normal, importance de la dimension subjective, distinction de l'anomalie et de l'anormalité. Ainsi, on retrouve la conception canguilhémienne tant dans la médecine que dans l'anthropotechnie. Goffette finit par définir la pathologie « médicale » comme « la vie dans la clameur inattendue et inappropriée, perturbante et douloureuse des fonctions »⁹⁹⁸, comme une clameur qui à tout point de vue fait rupture⁹⁹⁹, interrompt un cours, celui de la relation normale au corps¹⁰⁰⁰. De l'autre côté, il entend le normal anthropotechnique, ce qu'il nomme l'ordinaire, comme une normalité vécue, « l'état auquel il est habitué »¹⁰⁰¹ et l'oppose au modifié qui serait l'état « succédant à l'état ordinaire de l'individu, par l'intervention d'un changement artificiel et décidé de sa physiologie »¹⁰⁰². Ainsi, si Goffette critique Canguilhem pour finalement le retrouver¹⁰⁰³, c'est pour maintenir son opposition radicale entre médecine et anthropotechnie. Il doit se limiter à une normalité prescriptive et non descriptive pour sauver son argumentation, alors même que toute normalité est d'office normative, c'est-à-dire autant descriptive que prescriptive.

⁹⁹³ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 77.

⁹⁹⁴ Goffette, J., 2008, *op. cit.*, p. 99.

⁹⁹⁵ *Ibid.*, p. 100.

⁹⁹⁶ *Ibid.*, p. 99.

⁹⁹⁷ *Ibid.*, p. 101.

⁹⁹⁸ *Ibid.*, p. 106.

⁹⁹⁹ *Ibid.*, p. 105.

¹⁰⁰⁰ *Ibid.*, p. 109.

¹⁰⁰¹ *Ibid.*, p. 122.

¹⁰⁰² *Ibid.*, p. 125.

¹⁰⁰³ La conclusion de l'ouvrage sur la reconnaissance de l'errance est à ce titre exemplaire.

Finalement, il est difficile de ne pas voir dans les critères de l'anthropotechnie, comme dans sa définition d'« art de la transformation et de l'amélioration de son être par intervention sur la physiologie »¹⁰⁰⁴, la médecine contemporaine. L'intervention anthropotechnique qui permet le passage de l'ordinaire au modifié, défini comme une altération, un changement d'état, artificiel, technique qui ne répond pas à une nécessité vitale, mais à une obligation, un besoin, un désir existentiel, n'est-elle pas le modèle même d'une médecine consciente des limites de sa fondation positiviste ?

La biomédecine comme projet technico-conceptuel

Goffette opère donc un grand écart, selon nous, insoutenable qui grève l'ensemble de son argumentation, mais qui n'en fait pas pour autant un repère inutile. Car, sans accepter sa distinction drastique de l'anthropotechnie avec la médecine, nous pouvons y trouver des éléments d'analyse de la biomédecine. Car la médecine contemporaine se caractérise bien, selon nous, par une biomédecine anthropotechnique. Seulement, comme le remarque justement Goffette, il ne faut pas entendre cette dernière comme une discipline à part entière. « [I]l n'existe pas de tropisme biomédical général » ; la biomédecine « ne peut pas correspondre à une discipline au sens fort du terme »¹⁰⁰⁵. Jean-Paul Gaudillière avait déjà montré que la biomédecine est avant tout un complexe technoscientifique entendu comme un ensemble cohérent de pratiques organisé autour de trois disciplines fondamentales que sont la médecine de laboratoire, la médecine clinique et la médecine sociale et dont la caractéristique est de mettre en avant la médecine de laboratoire et la biologie qui s'y pratique¹⁰⁰⁶. La biomédecine relève d'un fait culturel où la technique est mise en avant et s'impose dès lors comme un cadre conceptuel au sein duquel il faut penser parce qu'elle s'y reflète et s'y pratique, la médecine contemporaine. La biomédecine est le cadre médical de la techno-science, en ce sens, elle s'inscrit dans une médecine en mutation, tout comme les problématiques des sciences expérimentales se sont intégrées à la médecine du XVIII^e siècle l'engageant vers une modification d'elle-même. La biomédecine anthropotechnique n'est rien d'autre que la modalité de formalisation du discours médical qui dès lors le reproblématise. C'est ce que confirment d'ailleurs Alberto Cambrosio et Peter Keating lorsqu'ils qualifient la biomédecine comme une plateforme technique qui réorganise les relations entre les disciplines, entre les concepts médicaux, et entre les modalités d'acquisition et d'application du savoir médical¹⁰⁰⁷.

Ainsi, la biomédecine n'est pas la mort de la clinique au profit du laboratoire, elle n'est pas une réduction de la médecine à la biologie¹⁰⁰⁸. La biomédecine est « un projet nécessairement inachevé et en continuel devenir, qui implique le réalignement constant des pratiques cliniques et des pratiques de laboratoire au sein de nouvelles plates-formes »¹⁰⁰⁹. Si les médecins, comme le public, y voient une source d'inquiétude telle qu'elle nécessite la fondation d'une éthique particulière, c'est donc que ce réalignement se réalise selon des modalités qui mettent en question la nature de la médecine dans sa pratique clinique elle-

¹⁰⁰⁴ Goffette, J., 2008, *op. cit.*, p. 66.

¹⁰⁰⁵ *Ibid.*, p. 44.

¹⁰⁰⁶ Gaudillière, J.-P., 2006a, *op. cit.*

¹⁰⁰⁷ Cambrosio, A., Keating, P., 2003, *op. cit.*

¹⁰⁰⁸ Contrairement à la définition qu'en donne Frédéric Dubas, même s'il ne réduit pas toute la médecine à cette biomédecine qu'il affirme comme modèle dominant ou idéal à suivre (Dubas, F., 2004, *op. cit.*, p. 9).

¹⁰⁰⁹ Cambrosio, A., Keating, P., 2003, *op. cit.*, p. 1286.

même. La question laquelle il faut répondre est donc : Qu'est-ce que la biomédecine a changé dans la clinique ?

Comme nous le rappelle Masquelet, la clinique comme lieu de rencontre entre deux personnes, comme activité totale n'a jamais cessé d'être le lieu de tensions entre science et art, universel et particulier, soin et expérimentation, conception ontologique de la maladie et conceptions physiologique, malade et médecin¹⁰¹⁰. Mais pour comprendre sa mutation, il faut d'abord la qualifier. Or, contrairement à ce que laisse croire son étymologie, la clinique n'est pas seulement examen clinique, mais elle inclut la thérapeutique, puisqu'elle est fondamentalement réponse d'un médecin à l'appel d'un individu. De ce fait, elle possède une scientificité propre qui ne résulte pas de l'utilisation d'examen sophistiqués, mais est issue de la rigueur des observations, de l'interprétation des résultats et de l'exercice du raisonnement. C'est ce qui explique qu'elle ne peut disparaître¹⁰¹¹ : elle est un processus qui ne se réduit jamais à la science dans le cadre de laquelle elle peut s'exercer (anatomopathologie ou biologie). La clinique ne peut mourir, bien que ses méthodes et sa mise en application puissent fluctuer, puisqu'elle est le processus même de la médecine, son essence¹⁰¹². Ainsi, dans le cadre de la biomédecine, les techniques de diagnostic et de thérapeutique se sont grandement modifiées, la clinique n'a pas disparu, remplacée par une anthropotechnie ou une biologie appliquée, mais elle s'est recentrée sur le cœur de son processus : le raisonnement médical¹⁰¹³ qui produit une interprétation et lie le diagnostic et la thérapeutique. C'est ce que laissait entendre l'intellectualisation inhérente à la biomédecine telle que nous l'avons décrite précédemment. Mais alors, comment comprendre la volonté éthique ? À quelles tensions répond le développement d'une éthique biomédicale et de la déontologie qui l'accompagne ?

Relire l'anthropotechnie à l'aune de la biomédecine

La consultation anthropotechnique¹⁰¹⁴ que décrit Goffette nous permet ici de nous plonger dans cette clinique biomédicale que nous cherchons à qualifier. La clinique anthropotechnique se déroule selon les mêmes critères qu'une relation médicale classique à la différence qu'elle oppose un être actif, plus impatient que patient, à un praticien qui ne peut plus être médecin, car il n'a pas de patient et ne soigne pas de pathologie. Ainsi, la clinique nouvelle exige d'une part une attention du praticien à la demande de son client, elle doit répondre à un désir de la personne, et d'autre part, elle prend la forme d'un éclairage, d'une clarification, d'une aide à la précision de sa pensée et à la réalisation de choix éclairé par le client. C'est à ce titre que le diagnostic est remplacé par des propositions informées pour montrer les choix possibles dans leur multiplicité. Comme le résume Goffette, la valeur de l'anthropotechnie est l'autonomie¹⁰¹⁵ : le praticien anthropotechnique est un professionnel compétent au service d'un client et non un commanditaire autoritaire qui ordonne. « Le commandement a changé de camp », la

¹⁰¹⁰ Masquelet, A.-C., 2009, *op. cit.*

¹⁰¹¹ *Ibid.*, p. 30.

¹⁰¹² Weber, J.-C., 1998, « Y a-t-il une essence de la médecine ? », *Revue de médecine interne*, 1998, 18, p. 924-927.

¹⁰¹³ Masquelet, A.-C., 2006, *Le raisonnement médical*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».

¹⁰¹⁴ Goffette, J., 2008, *op. cit.*, p. 135-142.

¹⁰¹⁵ *Ibid.*, p. 138.

compliance du patient est remplacée par la « décidance » du client¹⁰¹⁶. Le processus clinique a changé et on est passé d'un schéma documentation, interrogation- auscultation-diagnostic-traitement à un schéma documentation-expression de la demande-auscultation-propositions-choix du client¹⁰¹⁷. Le modèle de l'obligation d'assistance est remplacé par celui du contrat. La clinique s'est réorganisée autour d'une conception autonome du soin, telle que revendiquée par les malades, où le temps du patient comme durée est pris en compte autant que le temps de l'urgence médicale et le temps biologique de la normativité des processus¹⁰¹⁸. Cette clinique nouvelle a, comme le rappelle Masquelet faisant ainsi écho à Goffette,

[...] pour but le préférable et se substitue au bien qui vise l'idéal et l'absolu de l'universel abstrait. On peut sans doute, à l'heure actuelle, renverser la perspective en énonçant sans se contredire que « le bien est l'ennemi du mieux¹⁰¹⁹ ».

La clinique s'est donc réorganisée autour du discours du malade transformant le raisonnement en une sémiotique de l'écoute médicale¹⁰²⁰ qui permettrait de transcrire l'interrogatoire paternaliste en questionnement orienté, d'interpréter l'image et de retrouver le symptôme dans la parole du sujet enfin reconnue. Seulement, un hiatus se fait jour ici entre les normes de la biomédecine et les normes de la clinique qu'elle demande à construire. L'ouïe, comme sens de la réception du discours, est un sens qui ne fait pas intervenir de règles techniques, mais une habileté acquise par l'expérience et une attention soutenue. En ce sens, il se distingue des protocoles de soins prônés par l'EBM. Et, plus fondamentalement, le raisonnement médical, reste d'une clinique rencontrant la biomédecine, ne peut plus s'appliquer qu'autour d'une aporie fondamentale qui dès lors le grève. Masquelet résume ainsi cette exigence de la nouvelle clinique :

Il faut accepter que la technique puisse modifier nos façons d'agir et de penser, mais il faut exiger en revanche que la rationalité instrumentale qui pose la question des moyens demeure toujours au service de la rationalité évaluative qui ressort des fins que l'on assigne à l'action¹⁰²¹.

Or, et c'est pour cette raison que Goffette avait envisagé l'existence d'un nouveau tropisme, les moyens de la biomédecine ne correspondent pas aux fins de la bioéthique. La confrontation pratique, au sein de la clinique, d'une rationalité où l'homme est moyen d'analyse statistique et d'une autre où il est expressément une fin, révèle la fragilité du système contemporain. C'est parce que les pratiques anthropotechniques ne répondaient pas aux principes éthiques définis par Childress et Beauchamp (même si elles semblent faire écho au projet kantien) que Goffette concluait son travail en précisant les principes d'une déontologie proprement anthropotechnique, seul moyen d'éviter l'explosion de la déontologie ou son bricolage¹⁰²². L'anthropotechnie, qui a pour unité d'objet l'homme et pour finalité spécifique de « nous donner la liberté de nous transformer, d'améliorer

¹⁰¹⁶ *Ibid.*, p. 140.

¹⁰¹⁷ *Ibid.*, p. 139.

¹⁰¹⁸ Sur la question du temps en médecine, voir Hoerni, B., 2006, *Temps et médecine*, Paris, Éditions Glyphe.

¹⁰¹⁹ Masquelet, A.-C., 2009, *op. cit.*, p. 45.

¹⁰²⁰ *Ibid.*, p. 42.

¹⁰²¹ *Ibid.*, p. 43.

¹⁰²² Goffette, J., 2008, *op. cit.*, p. 116.

certaines facettes de notre être, ou de choisir notre voie »¹⁰²³, a également pour règles spécifiques des lois bioéthiques en difficulté¹⁰²⁴ ! Ces analyses nous invitent donc à opérer une relecture du complexe bioéthique, voire, dans un second temps, du complexe biomédical lui-même.

¹⁰²³ *Ibid.*, p. 62.

¹⁰²⁴ *Ibid.*, p. 65.

L'ALIBI DE L'ÉTHIQUE

[O]n ne permet de dire qu'à celui qui ne peut rien¹⁰²⁵.

L'analyse de la clinique a fait jaillir la tension profonde qui existe entre l'universalisme de la biomédecine et de son éthique et le particularisme de la relation médicale, ce qui nous invite finalement à relire la bioéthique qui est au cœur de cet affrontement. L'éthique n'est-elle pas devenue, comme le constatait, en 2006, celui qui été alors président du CCNE, un alibi¹⁰²⁶ ? À l'instar des droits de l'homme, avec lesquels elle entretient des liens étroits, la bioéthique qui instaurait une protection de la personne en reconnaissance de sa libération, n'a-t-elle pas finalement fait primer la protection sur la libération ? Il semble bien que la bioéthique, dans son principe si cohérente et efficace, fasse l'objet d'une application qui trahit l'esprit qui l'a pourtant vu naître. Elle se voulait dénonciation, elle est devenue énonciation, elle se voulait résistance à l'indifférence et à la routine, elle est devenue catalogues de protocoles, elle se voulait universelle, elle se découvre exclusive, voire excluante¹⁰²⁷, elle se voulait construction dans l'échange et le débat, elle est devenue prescription par la norme et la loi. Ainsi, la bioéthique semble être devenue schizophrène, conduisant finalement les médecins comme les malades vers cet état psychopathologique grave.

En effet, si la bioéthique est classiquement associée à une délibération, un débat, un échange d'opinions et d'expériences de tous les acteurs concernés¹⁰²⁸, ses principes n'ont pourtant fait l'objet d'aucun débat. Au contraire, elle s'est systématisée de manière à éviter le débat sur ces questions qui n'auraient pu faire consensus dans le cadre du pluralisme de la société américaine¹⁰²⁹. Le pragmatisme de son courant classique a ainsi permis l'émergence de différents courants rendant compte du pluralisme social et philosophique : éthique de la vertu, casuistique, courant féministe, éthique narrative, éthique de la responsabilité en sont quelques formes. Mais derrière cette diversité, qui pourrait assurer sa qualité de discussion, la bioéthique s'est unifiée, en discipline, autour des droits de l'homme, afin d'éviter tout point de vue péremptoire et d'intégrer les différentes cultures mondiales¹⁰³⁰. Mais de ce fait, elle s'est mue en un discours normatif sur l'homme, impliquant un modèle du corps et du sujet de droit prédéfini et interdisant toute modification du discours médical qu'elle tentait pourtant de réformer. Comme le résumait Claire Crignon-De Oliveira et Marie Gaille-Nikodimov, la bioéthique n'est pas « contrairement à ce que ses concepteurs et ses praticiens affirment, moralement et

¹⁰²⁵ Diderot, D., 1774, *Principes de politiques des souverains*, CCXVII, Diderot, D., 1829, *Œuvres philosophiques*, Bruxelles, Librairie philosophique, Tome 2, p. 201-268, ici, p. 266.

¹⁰²⁶ Sicard, D., 2006, *L'alibi éthique*, Paris, Plon.

¹⁰²⁷ Doucet, H., 2001, « Le concept de personne en bioéthique : un facteur d'exclusion en médecine », Hervé, C., Thomasma, D., Weisstub, D., (éds.), 2001, *Visions éthiques de la personne*, Paris, L'Harmattan, p. 131-140, ici, p. 137.

¹⁰²⁸ Lenoir, N., Mathieu, B., 1998, *Les normes internationales de la bioéthique*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».

¹⁰²⁹ Wildes, K. Wm., 1993, « After the Fall: Particularism in bioethics », *Journal of medicine and philosophy*, 18/6, 1993, p.505-509, ici, p. 506.

¹⁰³⁰ Ambroselli, C., Wormser, G., (dir.), 1999, *Du corps humain à la dignité de la personne humaine. Genèse, débats et enjeux des lois d'éthique biomédicale*, Paris, Centre national de documentation pédagogique, p. 71-77.

juridiquement neutre »¹⁰³¹. Mais, le plus grave, certainement, est que ce modèle anthropologique sur lequel elle s'appuie est profondément contradictoire, ce qui conduit la bioéthique dans des contradictions internes témoignant, selon nous, de la poursuite des problèmes de la médecine moderne qu'elle tentait pourtant de solutionner.

Éthique et droits de l'homme : retour sur une naissance controversée

Le Code de Nuremberg est considéré comme l'acte fondateur de l'éthique médicale qui réintroduit « le sujet, l'être humain »¹⁰³² en fixant les « conditions du contrat entre le sujet expérimental et le médecin expérimentateur, contrat libre entre deux personnes en position de liberté similaire »¹⁰³³. Les juges du procès des médecins estimèrent en effet qu'il fallait « redonner son sens au concept de personne »¹⁰³⁴, concept central de la morale kantienne comme des droits de l'homme. « Il fallait mettre un terme à cette déconstruction du sujet et lui restituer son autonomie comme fin et non plus comme moyen »¹⁰³⁵. Ainsi s'élabora le concept de contrat comme accord passé entre des individus capables de contracter, c'est-à-dire libre tant civilement que moralement. Le consentement volontaire du sujet d'expérimentation¹⁰³⁶ assurait la distinction entre le crime et le non-crime contre l'humanité.

Pourtant, Claire Ambroselli a montré que ce lien direct entre l'éthique médicale et le Code de Nuremberg devait être repensé. Elle insiste au contraire sur l'idée selon laquelle chaque création de comités, chaque nouvelle déclaration internationale apparaissent au contraire comme une nouvelle problématisation de la crise éthique¹⁰³⁷. Dès lors, si le Code de Nuremberg marque bien une problématisation fondamentale, les suivantes n'y répondent pas nécessairement, voire empruntent d'autres directions. Ainsi, si les procès de Nuremberg apparaissent comme une réponse aux dérives biopolitiques, la création du CCNE en 1983 répond plutôt à une prise de vitesse de la science sur l'homme. Là où en 1947, les règles d'éthique étaient pensées dans l'interaction des droits de l'homme et de la justice internationale, l'éthique biomédicale s'est constituée selon Ambroselli en suivant la seule voie médicale. La création en 1948 de l'association médicale mondiale (AMM) puis l'élaboration de directives internationales d'éthique médicale (DIEM) ne font déjà plus référence au procès de Nuremberg. La déclaration de Manille (1981), qui révisé celle d'Helsinki (1964) et donne naissance aux comités d'éthiques médicaux, rejette explicitement le Code de Nuremberg.

C'est dans la production même du Code qu'il faut rechercher, comme l'a montré Ambroselli, l'origine historique de cette déviation. Le Code de Nuremberg qui est publié aux États-Unis dans les années 1960, dans un contexte de recherche clinique et médicale, reprend un extrait du jugement mais en modifie la première règle. La traduction française suit la même direction : dans la version abrégée du premier article, la relation citoyen-médecin-juge laisse la place à une relation médecin-malade, mettant ainsi de côté « le sens

¹⁰³¹ Crignon-De Oliveira, C., Gaille-Nikodimov, M., 2004, *op. cit.*, p. 35.

¹⁰³² Abtroun, S., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 29.

¹⁰³³ *Ibid.*, p. 36.

¹⁰³⁴ Ternon, Y., 2001, *op. cit.*, p. 102.

¹⁰³⁵ *Ibid.*

¹⁰³⁶ Dans le code, la formule « the human subject » est employée à côté de « the experimental subject ».

¹⁰³⁷ Ambroselli, C., 1988, *op. cit.*, p. 5-8.

révolutionnaire de la nouvelle relation civique » qui était au cœur du procès¹⁰³⁸. Le médecin prend la place du législateur et le malade celle du citoyen, et quand le législateur referra surface, à l'occasion des lois de 1988 ou de 1994, « ce sera pour protéger les médecins, sans rien faire pour informer tous les citoyens [...] de leurs nouvelles responsabilités civiques fondées sur des droits internationaux d'êtres humains »¹⁰³⁹. Ce n'est plus le juge qui instaure une relation égale entre un sujet expérimental et un directeur d'expérimentation autour de principe de justice internationale, mais un médecin qui définit les règles de l'expérimentation qu'il va lui-même mener sur le malade. La règle de la nécessité d'obtention du consentement, se fait donc entre médecin, au détriment du malade (relation civique) comme malade comme acteur médical (relation hippocratique).

Aucune mention de la « capacité légale du sujet humain à consentir ».
Aucune mention de la réciprocité de la responsabilité des citoyens, entre eux, dans cette nouvelle relation civique qui fonde de nouveaux droits humains, par les nouvelles lois de l'humanité qui devraient être mises en application dans les lois nationales¹⁰⁴⁰.

L'éthique médicale s'est constituée en mettant de côté le lien politique inhérent à la tragédie nazie et mis en exergue par le procès de Nuremberg. C'est ce qui explique pour Ambroselli, la renaissance de la crise éthique dans les années 1970. Par cet « oubli », la médecine comme la politique ont tenté d'éviter de se confronter à leur propre rôle dans la domination totalitaire. Car c'est bien l'alliance biopolitique, nous l'avons vu, qui est mise en exergue dans la compréhension des camps d'extermination. Ces premiers crimes contre l'humanité sont le résultat d'une biomédicalisation de la vie et de la mort qui devient criminelle quand elle n'est pas pensée par les gens eux-mêmes, mais par des experts et des professionnels. Ainsi, s'il y a une leçon à retenir du procès de Nuremberg, c'est la nécessaire implication des citoyens dans les choix éthiques. Or, dans les différents comités éthiques, seuls les experts, les professionnels prennent aujourd'hui les décisions¹⁰⁴¹. Ainsi, la domination totalitaire qui se caractérise par le retrait du statut politique de citoyen à l'être humain, et la réduction de l'espace politique à un espace vital, sans « espace commun pour que les êtres humains puissent se parler et se comprendre »¹⁰⁴² est poursuivie par la bioéthique. L'ensemble de l'histoire de l'éthique médicale est à entendre dans ce cadre de construction d'une citoyenneté biologique qui vaut, comme l'avait vu le procès de Nuremberg, comme négation biopolitique de la citoyenneté politique et sociale. L'éthique médicale est un discours qui permet à la médecine expérimentale de se perpétuer en définissant une humanité qui lui convient¹⁰⁴³. Le recours aux droits de l'Homme pour fonder l'unicité de la bioéthique se fait donc moins pour reconnaître une citoyenneté universelle et active aux individus que pour asseoir un modèle anthropologique proprement médical : par l'éthique, la médecine nous dit « qui » nous sommes¹⁰⁴⁴. On comprend la difficulté d'application particulière de l'éthique, au sens où elle impose un modèle

¹⁰³⁸ *Ibid.*, p. 106.

¹⁰³⁹ *Ibid.*, p. 107.

¹⁰⁴⁰ *Ibid.*, p. 107.

¹⁰⁴¹ Sans parler de la prise en compte effective de leur parole, les patients représentés, par le biais d'association, au sein de CCPPBR, le sont sous le statut d'experts.

¹⁰⁴² Ambroselli, C., 1988, *op. cit.*, p. 112.

¹⁰⁴³ Voir à ce propos, Amiel, P., 2011, *Des cobayes et des hommes. Expérimentation sur l'être humain et justice*, Paris, Belles-Lettres, coll. « Médecine et Sciences humaines ».

¹⁰⁴⁴ Ambroselli, C., 1988, *op. cit.*, p. 114.

anthropologique aux individus dans lequel ils ne se reconnaissent que rarement. Il faut dire que ce modèle est avant tout celui de l'homme abstrait.

Le modèle anthropologique bioéthique : un sujet juridique comme personne abstraite

La pensée de l'homme qu'a produit la médecine, afin d'éviter de devenir somatologie¹⁰⁴⁵, s'est organisée autour de la notion de personne comme un tout cohérent où modèle du sujet et modèle biomédical du corps peuvent s'harmoniser dans une compréhension globale de la médecine qui intègre la biomédecine¹⁰⁴⁶. Seulement, la notion même de personne pose problème à la fois comme concept et en tant qu'elle est une fiction¹⁰⁴⁷ abstraite difficilement conciliable avec le corps humain qu'elle doit pourtant représenter. Au cours d'une journée d'étude dédiée à Yves Pélicier qui s'est tenue en 2001 autour de la notion de personne, le Pr. David Weisstub constatait déjà la tension croissante entre la perception individuelle de la personne, dans son intégrité et son identité, et sa construction sociale et publique :

D'une part, une personne sans self-concept affirmé serait incapable de faire valoir ses droits et d'établir des relations avec les cliniciens, lors de la prestation de soins, et partout où l'affirmation des droits devient nécessaire. D'autre part, une approche trop legaliste de la notion de personne serait perçue comme désuète et comme négation même de cette personne en tant qu'être souffrant, vulnérable, avec une famille, avec des réseaux sociaux et ayant besoin de structures d'appui, dont, bien entendu, celles des professions de la santé¹⁰⁴⁸.

Or, la notion de personne qui soutient l'édifice bioéthique recouvre ses deux excès. Aujourd'hui, elle renvoie à un « visage singulièrement défiguré »¹⁰⁴⁹, car, c'est son problème essentiel, fait écho, par son histoire, à une valeur abstraite, tiraillée entre spiritualisme et transcendance qui conduit donc, outre sa dispersion aux vents des interprétations (de la bioéthique, des juristes, des moralistes et des ecclésiastiques), à la rendre proprement inconcevable¹⁰⁵⁰.

La notion de personne, telle que conceptualisée par Kant, n'est qu'un moment d'une longue histoire¹⁰⁵¹, et, qui plus est, un moment qui ne correspond plus vraiment à la période contemporaine, bien qu'il soit utilisé par la médecine qui y trouve un juste complément à son approche biologique. « Ce que nous visons dans l'être humain en le nommant personne est d'ordre incorporel »¹⁰⁵², ainsi que le résume Lucien Sève. Mais ce qui fait pour la médecine la force de cette conception, sa capacité à être une valeur juridique, en est également la plus grande faiblesse. Car si la personne comme sujet de droit est parfaite pour les juristes qui peuvent y voir un concept abstrait cette « aptitude à être titulaire de droits et

¹⁰⁴⁵ Dubas, F., 2004, *op. cit.*, p. 11-12.

¹⁰⁴⁶ *Ibid.*, p. 14.

¹⁰⁴⁷ Lecourt, D., 2004, *op. cit.*, p. 857.

¹⁰⁴⁸ Weisstub, D., 2001, « Hommage à Yves Pélicier », Hervé, C., Thomasma, D., Weisstub, D., (éds.), 2001, *op. cit.*, p. 17-21, ici, p. 19-20.

¹⁰⁴⁹ Labrusse-Riou, C., 1999, « Le corps hors du droit », cité par Ambroselli, C., Wormser, G., (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 167.

¹⁰⁵⁰ Sève, L., 1994, *Pour une critique de la raison bioéthique*, Paris, Odile Jacob, p. 40.

¹⁰⁵¹ Ladrière, P., 1991, *op. cit.*

¹⁰⁵² Sève, L., 1994, *op. cit.*, p. 25.

d'obligations », reposant sur la « volonté libre et autonome » du sujet¹⁰⁵³, elle est finalement difficile pour les médecins eux-mêmes en tant qu'elle ignore complètement le corps¹⁰⁵⁴. À moins d'envisager, dans un mouvement spiritualiste assumé¹⁰⁵⁵, que « la personne doit être absolument reconnue dans la plénitude de ses droits, au-delà de son *comportement* apparent ou de son *statut biologique* quel qu'il soit »¹⁰⁵⁶, la perspective de la bioéthique ne parvient pas à prendre en compte la dualité propre à l'homme, et qu'avait bien noté Kant, entre universel et particulier, entre transcendance et empirisme, entre morale et physiologie. « Sans l'ancrage dans la concrétude de chaque individu, la dignité et le respect inconditionnel de la personne dégénèrent en moralisme ou en toutes sortes d'idéologies »¹⁰⁵⁷. L'individu ne dit pas la personne, mais sans lui, cette dernière est vouée à « une insignifiance sans mémoire »¹⁰⁵⁸. Comme le résume Lucien Sève, la personne n'est valeur qu'en valorisant des êtres réels¹⁰⁵⁹, mais telle qu'on l'entend au sein de la bioéthique, elle reste une aporie¹⁰⁶⁰ : incapable de prendre en compte l'être physique en sa concrétude, amis incapable également de définir les critères de son attribution sans elle.

Le cas du fœtus et de l'embryon est à ce titre exemplaire. Si « la protection de la personne est au cœur de la réflexion éthique »¹⁰⁶¹, il est pourtant impossible de définir le fœtus comme personne, au risque de voir l'avortement devenir un crime, mais à l'inverse, si ce n'est pas le cas, il reste une chose et devient donc objet possible de « commerce juridique ». Les deux voies sont évidemment intolérables montrant les limites de la conception kantienne sur laquelle repose l'approche juridique française contemporaine. Le développement par le CCNE en 1984 de la notion non juridique de « personne potentielle » démontre la nécessité de repenser la catégorie de personne pour lui permettre de faire face aux conditions particulières et empiriques où elle se voit problématiser. Marie-Angèle Hermitte¹⁰⁶² y voit à juste titre la volonté de faire correspondre le droit à la description scientifique, le désir de traduire en termes juridiques les différents paliers de l'accession à l'humanité. Mais cette volonté de calquer le droit sur la science, en fournissant à l'embryon de plus en plus de droit au fur et à mesure de son évolution, ne peut conduire qu'à une régression juridique incommensurable : l'idée d'une humanité par degré. On voit le danger qu'il y aurait à faire correspondre l'humanité morale et légale à l'humanité effective, scientifiquement et naturellement appréhendée. Mais on constate également l'absurdité de séparer les deux. C'était la force de Kant, d'avoir cerné la nature de doublet empirico-transcendantal de l'homme, c'est cette finesse qu'a oublié la bioéthique en reprenant sans réflexion préalable et comme argument d'autorité la figure kantienne de la personne et qui

¹⁰⁵³ Thouvenin, D., 1990, « Le droit aussi a ses limites », Testart, J., (dir.), 1990, *Le magasin des enfants*, Paris, François Bourion, p. 219-237, ici, p. 223.

¹⁰⁵⁴ Dominique Thouvenin, cité par Sève, L., 1994, *op. cit.*, p. 27.

¹⁰⁵⁵ Hirsch, E., 1994, *Responsabilités humaines pour temps de SIDA*, Marsat, Synthélabo/Les empêcheurs de tourner en rond, p. 95, citant Jonathan Mann : « Il [l'individu] est porteur de ces droits, comme de sa dignité, parce qu'il a une âme et que c'est un être humain ».

¹⁰⁵⁶ *Ibid.*, p. 78.

¹⁰⁵⁷ Ladrière, P., 1991, *op. cit.*, p. 54.

¹⁰⁵⁸ *Ibid.*

¹⁰⁵⁹ Sève, L., 1994, *op. cit.*, p. 31.

¹⁰⁶⁰ *Ibid.*, p. 42.

¹⁰⁶¹ Feuillet-Le Mintier, B., 1997, « Personne et éthique médicale », Folscheid, D., Feuillet-Le Mintier, B., Mattei, J.-F., (dir.), 1997, *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 279-294, ici, p. 279.

¹⁰⁶² Hermitte, M.-A., 1990, « L'embryon aléatoire », Testart, J., (dir.), 1990, *op. cit.*, p. 238-265.

la conduit à entrer en contradiction avec la biomédecine dont elle veut être l'éthique. Car si la théorie de l'évolution darwinienne met en lumière le fond commun biologique de cette même humanité, en introduisant l'hypothèse que tous les êtres vivants actuels, hommes compris, dérivent d'une filiation biologique des premiers organismes vivants, la bioéthique rejette en ultime analyse cette hypothèse. « Notre philosophie d'hier est devenue un carcan »¹⁰⁶³ et il faudrait donc « reprendre le chemin de l'anthropologie »¹⁰⁶⁴.

De la nécessité de l'aporie

Le maintien de la distinction kantienne entre personnes et choses dans le biodroit, s'il ne fonde pas l'éthique, justifie dans un renversement insoutenable, la considération du corps comme une chose sur laquelle peut s'exercer la médecine. C'est à ce titre que les lois bioéthiques françaises insistent sur une vision citoyenne du corps humain¹⁰⁶⁵ reposant sur une vision communautaire et solidariste du corps social et politique qui finalement évalue la liberté de disposer de son corps à l'aune de l'intérêt et des besoins du corps collectif. Dans une telle vision, contrairement à la tradition politique libérale anglo-saxonne, « l'individu ne peut être reconnu comme propriétaire de son corps »¹⁰⁶⁶. Les médecins restent ainsi entièrement maîtres du corps humain, de ce qu'ils ont arraisonné comme leur territoire. Rien d'étonnant donc à ce que médecins et scientifiques deviennent les autorités morales jugeant philosophiquement et moralement leurs propres travaux¹⁰⁶⁷. L'éthique médicale, comme nous l'avons vu avec la falsification du Code de Nuremberg, vise à la poursuite du pouvoir médical. C'est ainsi que la perspective contractuelle de la bioéthique américaine a pu être introduite en France sans pour autant dénaturer fondamentalement la relation médicale paternaliste. Le contrat en question n'est pas un contrat privé entre le médecin et le malade, mais un contrat public qui autorise le médecin à intervenir sur le corps du malade non par le consentement de ce dernier, mais par l'autorisation de la loi qu'il tire de l'exercice normal de la médecine¹⁰⁶⁸. Ainsi que l'intuitionnait Jean Clavreul, dès 1978, « Parler d'un contrat médecin-malade, dans ces conditions, paraît donc avant tout une fiction juridique, destinée à maintenir l'idéologie de la liberté du malade et du médecin »¹⁰⁶⁹. C'est que « la bioéthique s'est appropriée l'éthique de manière un peu désastreuse, masquant ainsi d'autres intentions »¹⁰⁷⁰.
Avantage donc de l'éthique ainsi constituée qui, comme le souligne Freidson dans son étude de la profession médicale, a une « fonction décisive, qui est de persuader l'État et l'opinion que la profession mérite d'être soutenue »¹⁰⁷¹. Ce qui devait être une tentative de rééquilibrage de la relation thérapeutique, une recherche de réciprocité¹⁰⁷², déporte l'identité du malade vers des questions proprement politico-juridiques auquel renvoie

¹⁰⁶³ Cité par Hirsch, E., 1994, *op. cit.*, p. 107.

¹⁰⁶⁴ Doucet, H., 2001, *op. cit.*, p. 138.

¹⁰⁶⁵ Crignon-De Oliveira, C., Gaille-Nikodimov, M., 2004, *op. cit.*, p. 68.

¹⁰⁶⁶ *Ibid.*, p. 71.

¹⁰⁶⁷ Ainsi de Jean Bernard à Didier Sicard en passant par Jean-Pierre Changeux, le CCNE a toujours été dirigé par des médecins ou scientifiques.

¹⁰⁶⁸ Thouvenin, D., 1994, « Le consentement des patients dans le droit français », *Journées d'éthique médicale Maurice Rapin. Consentement éclairé et recherche clinique*, Paris, Flammarion, p. 11-16, ici, p. 14.

¹⁰⁶⁹ Clavreul, J., 1978, *op. cit.*, p. 217.

¹⁰⁷⁰ Noël, D., 2005, *L'évolution de la pensée en éthique médicale*, Paris, Connaissances et savoirs, p. 378.

¹⁰⁷¹ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 208.

¹⁰⁷² Lagrée, J., 2004, « Patient », Lecourt, D., (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 845-851, ici, p. 850.

« essentiellement »¹⁰⁷³ le mot de personne et sur lesquelles il n'a aucune prise. Ainsi le discours de l'autonomie assuré par l'éthique médicale promet la libération, tout en restant « un moyen d'exercer le pouvoir, une manière de gouverner les hommes »¹⁰⁷⁴, comme en témoigne le consentement libre et éclairé qui est au cœur des droits du patient et qui reste trop souvent une « résignation inquiète »¹⁰⁷⁵.

Comme l'a récemment montré Philippe Amiel, l'éthique médicale, en tant qu'elle découle des engagements pris en matière d'expérimentation au procès de Nuremberg, repose en effet sur le modèle d'un sujet vulnérable¹⁰⁷⁶ qui n'a cessé de faire persévérer le paternalisme moderne. Ce « modèle de Nuremberg »¹⁰⁷⁷ maintient la relation de protection qui caractérisait la figure du patient étudiée par Parsons et ce même si le Code d'où elle est issue s'attachait à distinguer le sujet de la victime. Cette distinction essentielle fut en effet établie à l'aune de la capacité de l'expérimentateur à contrôler le risque induit par l'expérimentation. En ce sens, elle visait plutôt à différencier l'expérimentateur du bourreau, plutôt que de réévaluer le statut du patient. La responsabilité de la situation et le pouvoir de faire sont entièrement entre les mains du médecin et la marge de manœuvre du sujet est depuis lors restreinte à l'expression d'un consentement et à un droit de retrait, deux éléments qui doivent signifier son autonomie pratique, mais dont on ne peut nier le caractère proprement abstrait¹⁰⁷⁸. Or, techniquement comme conceptuellement, la loi de 2002 sur l'autonomie du patient, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir, poursuit cette tradition puisque « ce sont les dispositifs mis en place pour l'information et le recueil de l'information et le recueil du consentement dans la recherche biomédicale qui ont servi de modèle [à ses] concepteurs »¹⁰⁷⁹. Sous couvert d'acter l'autonomisation des malades à l'égard du discours médical moderne, elle en a finalement trahi le sens en favorisant alors le retour du paternalisme. Ainsi, nous ne sommes pas surpris de découvrir, dans les enseignements d'éthique médicale contemporaine, faits aux étudiants en médecine français (et validés par les hautes instances médicales telles que l'INSERM), l'affirmation d'un nécessaire rétablissement d'un paternalisme, que l'on souhaite certes doux¹⁰⁸⁰, mais qui reste du paternalisme.

La médecine contemporaine, qui témoignait d'une volonté de dépassement de la médecine moderne, non uniquement du point de vue de la formalisation du savoir, mais également avec l'association étroite d'une éthique, apparaît bien plus comme la continuation drastique de la pensée spatialisante de la médecine moderne et donc la poursuite de l'exclusion du sujet qui lui est inhérent. En témoigne l'éternel retour de l'eugénisme dont font état Jean Gayon et Daniel Jacobi¹⁰⁸¹. Derrière la revendication et

¹⁰⁷³ Lecourt, D., 2004, *op. cit.*, p. 857.

¹⁰⁷⁴ Ehrenberg, A., 1993, *op. cit.*, p. 24.

¹⁰⁷⁵ Abtroun, S., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 6.

¹⁰⁷⁶ Amiel, P., 2011, *op. cit.*

¹⁰⁷⁷ *Ibid.*, p. 103-114.

¹⁰⁷⁸ *Ibid.*, p. 113.

¹⁰⁷⁹ *Ibid.*, p. 259.

¹⁰⁸⁰ Spranzi, M., 2009, *Autonomie et consentement*, Support de cours, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011]

<http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/0f4d0071608efcebc125709d00532b6f/cf97656498fc2d8dc12576480052e444?OpenDocument>.

¹⁰⁸¹ Gayon, J., Jacobi, D., (dir.), 2006, *L'éternel retour de l'eugénisme*, Paris, Presses Universitaires de France.

l'application d'une éthique se dévoilent la poursuite et la complexification du mythe médical que nous avons mis au jour à propos de la médecine moderne et dont il nous faut maintenant cerner la problématisation contemporaine. L'éthique biomédicale, en tant qu'elle est aussi déontologie, poursuit le rôle attribué à cette dernière : donner corps à l'idéologie médicale¹⁰⁸².

¹⁰⁸² Clavreul, J., 1978, *op. cit.*, p. 255.

DU RENFORCEMENT DU MYTHE MÉDICAL À L'ÉCLATEMENT DU DISCOURS

*Et voilà le paradoxe ! On a mécanisé le médecin et il se trouve voué à une tâche de plus en plus sacerdotale*¹⁰⁸³.

L'alibi éthique laisse entrevoir une poursuite par le discours médical contemporain des modalités idéologiques du discours moderne. La fabrication d'un modèle de sujet idéal par la bioéthique et le biodroit se dévoile comme une tentative de sauvetage de l'exclusion du sujet par la pensée spatialisante. Le mythe éthique apparaît donc comme une poursuite du mythe médical moderne. Seulement, ce dernier qui assurait la croyance en une efficacité de la médecine ne semble plus nécessaire tant la biomédecine semble avoir atteint le « savoir absolu » qui permettrait d'accéder à un savoir total sur le corps malade¹⁰⁸⁴. L'instrumentalisation de l'éthique¹⁰⁸⁵ comme étiquette humaniste confirmerait d'ailleurs cette hypothèse selon laquelle le pouvoir médical n'a plus besoin d'être soutenu par un mythe, mais uniquement encadré dans ses errances entre grandeurs d'une thérapeutique renouvelée et décadences d'une médecine devenue « le lieu sacrificiel où se décide le sort de l'homme réduit à sa dimension biologique de vivant »¹⁰⁸⁶. Le mythe éthique aurait ainsi remplacé le mythe médical, l'idéal d'humanité celui de scientificité.

Mais comment dès lors comprendre la dénonciation constante de la surmédicalisation de l'existence¹⁰⁸⁷, celle d'une relégation du corps en médecine¹⁰⁸⁸, voire l'annonce d'une médecine sans le corps¹⁰⁸⁹ ? Ne faut-il y voir qu'un problème éthique ? Nous pensons au contraire que le mythe éthique n'est que l'arbre qui masque la forêt du mythe biomédical. L'éthique biomédicale n'est pas parallèle à la biomédecine mais en est un élément fondateur. Toute crise éthique est donc d'office une crise biomédicale. Dès lors, c'est dans la biomédecine qu'il faut poursuivre notre analyse de la crise éthique pour en comprendre les racines après avoir mis en lumière son contenu. Le questionnement sur l'existence d'un mythe proprement biomédical s'impose d'autant plus que – nous l'avons vu – le discours philosophique doit prendre des précautions quand il parle de la médecine pour questionner l'ordre médical sans y participer. Le pouvoir médical doit constamment être reproduit pour éviter de disparaître¹⁰⁹⁰, il nous faut donc comprendre les modalités de sa poursuite contemporaine.

¹⁰⁸³ Dagognet, F., 1976, *op. cit.*

¹⁰⁸⁴ Clavreul, J., 1978, *op. cit.*, p. 134.

¹⁰⁸⁵ Sicard, D., 2006, *op. cit.*, p. 17-21.

¹⁰⁸⁶ Testart, J., 2006, « L'eugénisme médical aujourd'hui et demain », Gayon, J., Jacobi, D., (dir.), 2006, *op. cit.*, p. 29-47, ici, p. 47.

¹⁰⁸⁷ Gori, R., Del Volgo, M.-J., 2005, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.

¹⁰⁸⁸ Masquelet, A.-C., (dir.), 2007, *op. cit.*

¹⁰⁸⁹ Sicard, D., 2002, *La médecine sans le corps. Une nouvelle réflexion éthique*, Paris, Plon.

¹⁰⁹⁰ Haraway, D., 1991, « Biopolitique des corps postmodernes : les constitutions du soi dans les discours sur le système immunitaire », *Des singes, des cyborgs et des femmes. La réinvention de la nature*, Éditions Jacqueline Chambon / Actes Sud, 2009, trad. fr. O. Bonis, p. 355-398, ici, p. 356 : « Le pouvoir de la biomédecine et de la biotechnologie doit être en permanence reproduit, au risque de disparaître ».

Des limites du savoir médical contemporain...

EBM ou l'impasse du savoir

L'EBM, en tant que modèle du processus de formalisation du discours médical contemporain autour de la méthodologie des essais cliniques, est l'élément essentiel du projet de la rationalité biomédicale. Or, comme le constatent ses défenseurs, l'EBM a, malgré ses multiples avantages, une faiblesse essentielle qui est son applicabilité¹⁰⁹¹. La sélection stricte de la population à partir de laquelle s'effectue l'essai contraint les résultats de l'EBM à ne s'appliquer qu'à cette toute petite partie des malades, ceux qui correspondent strictement aux critères d'inclusion pris en compte pour conduire l'étude. Autrement dit, l'EBM tend à produire des résultats qui ne s'appliquent quasiment pas dans la population générale. Ce problème d'applicabilité est fondamental puisqu'il engendre des contradictions dans le principe scientifique de l'EBM : l'application des résultats de l'EBM, par le biais de protocoles, à une population plus large que celle de l'essai repose toujours sur une extrapolation, une approximation scientifiquement critiquable et potentiellement dommageable comme en témoigne le cas de la fibrinolyse qui fut administrée à des populations plus larges que celle de l'étude et a conduit à une surmortalité par hémorragie cérébrale. Ainsi Dubas est-il conduit à reconnaître, tout en revendiquant l'intérêt et la nécessité de l'EBM, que si elle « n'était utilisée que comme seul outil de décision, parce que le seul fondé sur des preuves, elle dévoierait la médecine vers un positivisme insuffisant »¹⁰⁹². Seulement, Dubas se méprend, car c'est moins l'usage de l'EBM qui pose problème que sa logique même qui expose « la médecine au “tout biomédical” forme moderne du scientisme médical et donc promesse d'obscurantisme »¹⁰⁹³.

La méthodologie de l'essai tend en effet à tourner en vase clôt du fait même de sa nature de paradigme. Comme l'explique Philippe Abastado dans son essai d'épistémologie médicale, l'EBM est un écosystème autonome qui produit les faits mêmes sur lesquels elle applique ensuite ses outils d'analyse pour obtenir des résultats :

Pour constituer un savoir médical dans un monde expérimental dépourvu d'interférences avec le monde extérieur et hisser la médecine au rang de science, la comparaison se construit sous une bulle¹⁰⁹⁴.

La construction des faits et des échantillons se réalise selon un modèle *a priori* qui favorise *in fine* sa corroboration *a posteriori*. Pour éviter le fait médical, fuyant, instable et irréductible aux faits scientifiques, la rationalité contemporaine a constitué un alter-ego à la mesure de son ambition de maîtrise : le « non-fait »¹⁰⁹⁵. L'échantillon représentatif est l'exemple de ce non-fait. Pour éviter les aléas d'une population donnée, on constitue un échantillon qui se veut représentatif de cette population et avec lequel il sera plus aisé de travailler, notamment du fait de sa taille. Seulement, cette construction artificielle s'éloigne des faits qu'elle veut représenter. La sélection de l'échantillon se fait déjà selon des critères définis moins par la population à représenter que par les buts à atteindre, sa taille est ensuite déterminée par la fréquence attendue des événements qui serviront de critères de jugement

¹⁰⁹¹ Dubas, F., 2004, *op. cit.*, p. 102-108.

¹⁰⁹² *Ibid.*, p. 105-106.

¹⁰⁹³ *Ibid.*, p. 108.

¹⁰⁹⁴ Abastado, P., 2007, *op. cit.*, p. 56.

¹⁰⁹⁵ *Ibid.*, p. 79.

et repose donc sur des data provenant de travaux publiés à cet égard. La question qu'on lui pose pour scinder l'échantillon en groupe relève elle aussi des critères qui ne relèvent pas du groupe. *In fine*, l'échantillon n'est jamais réellement représentatif, tant le fait d'observer modifie le sujet, et de la représentativité, la problématique glisse subrepticement vers celui taillé pour répondre à des questions précises¹⁰⁹⁶. Dès lors, chaque individu de cet échantillon, chaque individu pris dans une méthodologie d'essai clinique, n'est plus une réalité incarnée, mais ce qu'Abastado nomme un individu molaire, c'est-à-dire un individu investi d'une individualité morale et médicale prédéterminée par la nature de l'essai. « L'individu nourrit l'échantillon qui restitue pour unité réincarnée ce nouvel être : l'individu molaire »¹⁰⁹⁷. L'individu molaire a pour seul trait distinctif d'appartenir au groupe de sorte qu'il ne se distingue plus que des éléments extérieurs. Il est l'équivalent des autres individus du groupe, résultat de la soumission d'individus réels à une forme idéale normée en vue de l'efficacité de l'essai. La question de l'applicabilité n'est que le symptôme de la fermeture de la méthodologie des essais sur elle-même qui lui interdit de prendre en compte les variations du réel. C'est notamment le cas des variations épidémiologiques qui conduisent à une redéfinition constante des certitudes issues des essais cliniques, et des variabilités sociologiques qui remettent en question l'absence d'influence extérieure que le hasard assure à l'EBM¹⁰⁹⁸. Finalement, l'EBM est un paradigme en crise puisqu'il ne peut plus se nourrir de faits, mais tend à autodigérer ses propres non-faits. « Une expérience bien faite est toujours positive » comme le faisait remarquer Bachelard¹⁰⁹⁹, mais dans le cas de l'EBM, elle n'expérimente plus que les structures de son propre savoir. D'autant que face aux limites de sa propre méthodologie, elle a développé des stratégies qui témoignent d'autant plus de l'incapacité de ce paradigme à se renouveler.

Pour statuer sur des problématiques ne pouvant être directement et effectivement tranchées par des essais, les tenants des études cliniques ont élaboré ce qu'ils nomment la méta-analyse et qui permet au moyen d'une mathématique complexe d'obtenir des résultats par agrégation d'essais. Les données de nombreux essais proches sont rassemblées, un ajustement de leurs définitions et mesures est opéré et de nouveaux calculs statistiques tentent d'extraire des résultats probants de ces différents essais rassemblés. Il est ainsi possible de se prononcer sur des pathologies que les essais stricts parviennent difficilement à cerner. Mais en voulant répondre à une difficulté pratique essentielle, cette méthode ne fait que la renforcer, car d'une part la population n'est plus un échantillon, mais une population encore plus virtuelle construite à partir des effectifs des différents essais, et d'autre part, le jugement opéré est entièrement abstrait. La méta-analyse produit ainsi des classements de molécules en fonction de leur efficacité, mais à partir d'un traitement de documentation, et sans que les molécules en question aient été évaluées deux à deux. Le savoir médical tend de plus en plus à se constituer à partir de lui-même : les nouvelles publications rendent compte d'analyses faites à partir de publications plus anciennes habilement sélectionnées pour définir un champ de recherche adéquate aux résultats

¹⁰⁹⁶ *Ibid.*, p. 82.

¹⁰⁹⁷ *Ibid.*, p. 83.

¹⁰⁹⁸ Le problème des questions financières qui tendent à clôturer le savoir en brevet devenu propriété industrielle ne pouvant être revisité qu'en payant un droit est exemplaire.

¹⁰⁹⁹ Bachelard, G., 1934, *Le nouvel esprit scientifique*, Paris, Alcan, p. 13.

attendus. Le modèle s'est épuisé : « l'orthodoxie médicale cherche des arrangements méthodologiques sans avoir conscience de la révolution épistémologique nécessaire »¹¹⁰⁰.

L'essai clinique, extrapolé dans des méta-analyses, est encore moins prolongement de la réalité, et dès lors, l'hypothèse médicale de base¹¹⁰¹ sur laquelle repose le recours à l'EBM est bafouée. Le savoir de l'individu molaire n'atteint plus que la forme de ses propres hypothèses. Dans la pratique, la méthodologie de l'essai se tarit d'autant plus les questions d'éthique interviennent pour interdire les essais dont les résultats ne sont pas assurés. Il est donc de plus en plus difficile de recruter des sujets pour l'expérimentation. *In fine*, l'EBM

[...] ne peut assurer l'autonomie de fonctionnement constitutif du paradigme et rond la cohérence interne que ce dernier suppose. Un monde qui lui est extérieur surgit régulièrement en son sein et brise son bel élan. Sa matière première, l'individu molaire, est polluée par son sous-jacent humain¹¹⁰².

Ainsi, ce qui apparaissait comme une faiblesse en marge se révèle comme la partie émergée de l'iceberg. La rationalité biomédicale est un rationalisme abstrait dans la droite ligne de celui de la médecine moderne. Mais pour tenter d'y envisager l'existence d'un mythe, il nous faut étudier maintenant la science « morphologique » qui fonde ce rationalisme, comme l'anatomie le faisait pour la médecine moderne : la génétique. D'autant qu'Abastado y voit déjà une impasse de l'EBM, tant la génétique a toujours eu des difficultés à s'intégrer au mode d'acquisition contemporain du savoir tout à la fois intellectuel et comparatif¹¹⁰³.

La mythique génétique

La génétique est au cœur du savoir de la biomédecine en tant qu'elle permet de résoudre la relation de l'individu à l'histoire de l'espèce tout en assurant un déterminisme biologique à un rationalisme médical fondé sur la morphologie moléculaire. Pourtant, comme l'a montré André Pichot, la génétique, qui pourrait apparaître comme une science royale, est une science sans objet¹¹⁰⁴ ! Critiquant l'assignation des caractères héréditaires puis des gènes comme objet de la génétique, Pichot constate que la génétique a seulement une fonction et que cette fonction dominante est en fait illusoire¹¹⁰⁵. L'hérédité et donc la génétique ont été « inventées »¹¹⁰⁶ pour répondre à la nécessité exposée dans le lamarckisme de réifier en un processus biologique l'articulation des explications physique et historique, sur le modèle d'une hérédité économique-juridique. L'hérédité-transmission-de-caractères a été forgée comme processus biologique qui a, par la suite, trouvé dans la génétique un fondement, alors même qu'aucune conceptualisation de ce qu'est un caractère

¹¹⁰⁰ Abastado, P., 2007, *op. cit.*, p. 153.

¹¹⁰¹ *Ibid.*, p. 109.

¹¹⁰² *Ibid.*, p. 167.

¹¹⁰³ En effet, peut-on envisager de mener des essais cliniques génétiques en introduisant un gène actif dans une population et un gène placebo dans une autre, sachant que les résultats de l'expérimentation ne pourraient être connus qu'au terme de la vie de cette population, voire de celle de sa descendance, donc loin après la disparition de l'expérimentateur ?

¹¹⁰⁴ Pichot, A., 2002, « La génétique est une science sans objet », *Esprit*, « La médecine et le corps humain », mai 2002, p. 102-131, ici, p. 107.

¹¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 125.

¹¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 112.

héréditaire ou un gène n'a été produite. La génétique, loin de tout fondement épistémologique, assure la fonction d'unification des deux explications de l'homme au profit d'un complexe biologique cohérent. Sous couvert d'être un objet biologique, l'hérédité est en fait utilisé par la génétique pour assurer cette fonction unificatrice. Pourtant, faute d'un objet bien défini qu'elle devrait expliquer, la génétique est soumise aux autres disciplines dans son développement épistémologique et se trouve donc dans une situation hybride. La génétique formelle, inventée par Morgan et organisée autour de la théorie chromosomique, se trouve ainsi à cheval entre la génétique physiologique (génétique moléculaire) qui vise l'explication physique de l'être vivant individuel et la génétique des populations (évolutionnisme) qui vise l'explication historique de l'être vivant comme espèce. Ainsi, la génétique apparaît aux yeux de tous comme une science efficace pour l'explication de l'être vivant dans sa globalité, alors même qu'elle est hétérogène dans ses méthodes et floue dans son statut épistémologique ; ce qui la conduit d'ailleurs à des difficultés multiples dont la première est l'incapacité à se constituer comme science véritable. Or, cette incapacité rejaillit sur toute la biologie dont l'ensemble des disciplines se rattache à la génétique. La difficulté d'inclure l'explication historique au sein de la biologie physico-chimique fait advenir une scission au sein de la biologie qui magnifie les limites de la fonction unificatrice de la génétique à l'égard du paradigme spatialisant. La biologie du fonctionnement qui se fonde sur l'explication physico-chimique a acquis le statut de science tandis que la biologie de l'évolution qui s'attache à l'explication historique n'a pas le même statut épistémologique. Ainsi, cette dernière permet d'accueillir tout ce qui fait problème à la biologie fonctionnelle et à la biochimie et notamment la question de la spécificité du vivant. Car la biologie moléculaire, si elle éclaire la vie de l'être vivant, est incapable de définir le vivant relativement à l'inanimé. C'est le pendant négatif de sa capacité à réconcilier l'identité de nature de la matière, et des lois qui la régissent, dans les êtres vivants et les objets inanimés. L'explication globale du vivant qu'elle offre la conduit finalement à ne pouvoir spécifier le vivant lui-même. Ainsi, la biologie moléculaire se trouve aux limites épistémologiques de son propre paradigme. À vouloir limiter la spécificité de l'être vivant aux caractéristiques physico-chimiques des molécules qui le composent, elle nie proprement l'être vivant en le ramenant finalement « à une différence qualitativement analogue à celle existant entre deux objets inanimés »¹¹⁰⁷. On retrouve ici la problématique de l'individu molaire qui ne se distingue pas des éléments de son groupe. Le problème est que dans la biologie moléculaire le groupe en question intègre tous les vivants. C'est ce qu'avait déjà entrevu Canguilhem¹¹⁰⁸, la biologie en adoptant une démarche analytique qui la conduit à l'identification des lois physico-chimiques déterminant la vie de l'être vivant tend à nier son propre champ de recherche et ainsi à s'invalider. L'explication mécaniste n'est pas suffisante, mais l'explication vitaliste est hors des compétences de la biologie : si elle ne peut pas présenter la spécificité de l'être vivant comme un ensemble de caractères physico-chimiques, la biologie ne peut pas pour autant accepter un vitalisme qui placerait une force vitale aux commandes de la machine. Ainsi parvenons-nous à constater la pétition de principe épistémologique d'une biochimie qui se fixe comme finalité la négation de son objet et donc d'elle-même comme science

¹¹⁰⁷ Pichot, A., 1993, *op. cit.*, p. 938.

¹¹⁰⁸ Canguilhem, G., 1957, *op. cit.*, p. 12 : « En règle générale, la portée pour la connaissance biologique d'une connaissance analytiquement obtenue ne peut lui venir que de son information par une référence à une existence organique saisie dans sa totalité ».

autonome. C'est à ce titre que Pichot peut affirmer de manière quelque peu provocante qu'en dernière analyse la biologie contemporaine ignore la vie¹¹⁰⁹. La biologie moléculaire offre un modèle d'explication globale du vivant qui est séduisant, mais qui ne concerne pas la vie. Les caractères physico-chimiques qui sont l'objet de la biologie contemporaine ne décrivent pas la spécificité du vivant mais sont des « tentatives de justification physico-chimique du choix fait par le sens commun qui qualifie tel ou tel objet de vivant »¹¹¹⁰. Ainsi, la biologie tient son objet de la représentation sociale et en retour elle lui offre une explication convaincante de cet objet. C'est l'anthropocentrisme inhérent à la connaissance de la vie que dénonce, sous l'égide de Canguilhem, Jean Mathiot :

[...] en réduisant le vivant à un objet de science, l'homme ne peut qu'en altérer la compréhension par un anthropocentrisme inscrit dans le principe même de son savoir, puisque celui-ci convertit le vivant en un simple objet relatif à un vivant, l'homme qui le connaît¹¹¹¹.

On comprend dès lors la nécessité de l'établissement d'un mythe pour masquer cette circularité stérile d'une science qui ne retrouve dans son exercice que les conditions de possibilité de son statut de science, et de l'homme qui ne trouve dans son étude de la vie que son statut de vivant étudiant. La génétique, à l'instar de toute science de la vie ainsi constituée, n'est finalement, comme le constate André Pichot, qu'un squelette sans vertèbre qui « ne tient plus debout que par les broderies et paillettes qui rigidifient son manteau »¹¹¹². La science de la vie ne se maintient donc qu'au moyen d'un mythe, largement relayé par les médias, qui présente comme les triomphes d'une science royale, les simples appareils vestimentaires d'une biologie que son réductionnisme suicidaire¹¹¹³ a laissée pour morte.

... aux tensions pratiques

Il n'est donc pas étonnant de retrouver des tensions pratiques entre soins, recherches et administration dans une biomédecine qui se fonde sur un corps qui n'est que fictivement scientifique. Entre réductionnisme et anthropocentrisme, la vie humaine envisagée par la biologie n'est plus que l'ombre d'elle-même et les individus qui se rapportent habituellement à elle, pour comprendre les maladies ou les soigner, se trouvent démunis. C'est à ce titre que les malades comme les médecins se trouvent déstabilisés dans le contexte contemporain. De la dépersonnalisation d'une médecine moderne qui n'envisageait que le corps, nous avons glissé vers une virtualisation d'une médecine contemporaine qui n'envisage que l'information.

C'est ce que constatent les auteurs qui ont analysé la relégation du corps en médecine contemporaine¹¹¹⁴ : ce sentiment de relégation vient moins d'une relégation réelle que d'une mutation profonde de la manière de concevoir le corps. Le corps comme espace

¹¹⁰⁹ Pichot, A., 1993, *op. cit.*, p. 937.

¹¹¹⁰ *Ibid.*, p. 938.

¹¹¹¹ Mathiot, J., 1993, « Génétique et connaissance de la vie », *Georges Canguilhem. Philosophe, historien des sciences*, Paris, Albin Michel, p. 194-207, ici, p. 194.

¹¹¹² Pichot, A., 2002, *op. cit.*, p. 128.

¹¹¹³ Pichot, A., 1993, *op. cit.*, p. 940.

¹¹¹⁴ Masquelet, A.-C., (dir.), 2007, *op. cit.*

auquel le sujet se réfère lorsqu'il est malade est doublement destitué¹¹¹⁵. Le corps individué est à la fois dissout dans l'analyse et réduit à des éléments infrasensibles comme les gènes, mais également absorbé dans une suite d'éléments impersonnels qui lui retire son identité propre, à l'instar de l'individu molaire de l'EBM. Entre programme génétique et programme de recherche, le corps est réduit à un système d'information à l'égard duquel il est de plus en plus difficile de se rapporter pour le médecin qui le soigne comme pour le malade qui le vit. Plus le savoir sur le corps se complexifie, moins les informations qui en découlent font sens auprès du médecin comme de l'individu. La médecine de l'ère génétique est ainsi vécue comme une médecine sans sujet¹¹¹⁶, alors même qu'elle est une médecine sans le corps¹¹¹⁷. Car derrière la réduction du corps à une somme organisée d'informations, qui est vidée de sa substance, c'est bien le corps individué qui fait défaut. En rejoignant l'informatique, la biologie s'est mue en science de l'information¹¹¹⁸ quand les êtres vivants ont été moins perçus comme entités individuelles que comme faisceau d'informations génétiques¹¹¹⁹ et quand la vie a été pensée comme un code à déchiffrer. Un nouveau corps s'est construit, un corps autre, un corps étranger à notre corps, un corps entièrement fabriqué. La dispersion du corps de la médecine moderne a laissé place à une dispersion des corps contemporains ouvrant la voie à des situations normales ou pathologiques nouvelles ne correspondant plus aux normes du corps et de l'esprit, aux normes de la médecine ou du vécu, mais à des normes frontières et tierces. La véritable relégation est à rechercher du côté de l'expérience non médicale de la maladie où le sujet ne parvient plus à s'ajuster avec son corps alors même que celui-ci se révèle avec force à lui¹¹²⁰. Mais là où cette relégation permet encore la création d'un sens, la construction d'une identité à partir de ce hiatus, la virtualisation du corps en médecine maintient les sujets dans une position schizophrénique en donnant *a priori* un sens à l'égard duquel il est impossible de s'identifier.

La bioéthique est l'exemple majeur de cette représentation donnée à l'avance qui ne fait plus sens. Le concept de personne ne parvient plus à contenir cette quête de sens, tant, nous l'avons vu, ses limites se font jour à chaque nouvelle prouesse technique. « Le corps vivant excède désormais la personne au sens juridique et ne saurait se soumettre au simple régime des choses »¹¹²¹. Les non-faits techniques sont venus s'immiscer entre la dualité classique de la crise moderne entre personne souffrante et corps objectivé. La position frontière du corps individué est difficile à tenir et tend à son absorption d'un côté ou de l'autre. La souffrance vécue, disons psychologique, est aujourd'hui entièrement prise en charge, mais de manière parallèle à celle du corps. La fonction sujet s'épingle désormais sur un corps virtuel, tant le corps vivant individué n'est plus une évidence donnée, mais le « résultat d'ajustements perpétuellement renouvelés, le résultat d'une histoire qui ne cesse

¹¹¹⁵ Doron, C.-O., 2007, « Introduction : les métamorphoses du corps », Masquelet, A.-C., (dir.), 2007, *op. cit.*, p. 3-14, ici, p. 7.

¹¹¹⁶ Le Breton, D., 2007, « Le gène comme patient : une médecine sans sujet », Masquelet, A.-C., (dir.), 2007, *op. cit.*, p. 15-31.

¹¹¹⁷ Sicard, D., 2002, *op. cit.*

¹¹¹⁸ Le Breton, D., 2007, *op. cit.*, p. 16.

¹¹¹⁹ Rifkin, J., 1988, *Le siècle bio-tech. Le commerce des gènes dans le meilleur des mondes*, Paris, La Découverte, p. 282.

¹¹²⁰ Gaille, M., 2007, « De la relégation du corps par les techniques médicales à la relégation du corps par la maladie : un corps en quête de reconnaissance et d'ajustement », Masquelet, A.-C., (dir.), 2007, *op. cit.*, p. 151-165.

¹¹²¹ Doron, C.-O., 2007, *op. cit.*, p. 8.

de se poursuivre »¹¹²². Le corps individué est donné, non plus comme évidence, mais comme une abstraction dispersée aux vents des sources d'informations. Si du côté des malades, l'impossible constitution contemporaine d'un sens reste assez similaire à celle engendrée par l'ordre tout donné de la médecine moderne, ce qui est définitivement nouveau, c'est que cette schizophrénie a désormais gagné les médecins.

Comme le confirme Claude Le Pen, la figure traditionnelle du médecin est en voie de disparition¹¹²³ au profit d'un modèle qui laisse le clinicien dans une position schizophrénique. Le médecin libéral se voit remplacé par un médecin ingénieur qui en dernière analyse n'est ni médecin, ni ingénieur. En effet d'une part, sa légitimité de guérisseur ayant été transféré à l'hôpital, sa légitimité financière de plus en plus discutée, son intégrité et son désintéressement mis en doute, sa responsabilité constamment questionnée, et l'essence de son travail, son raisonnement, particulièrement mis à mal, le médecin ingénieur se trouve piégé par le manque de souplesse des nouvelles formes de rationalité biomédicales (dont l'EBM) qu'il ne parvient plus à ressaisir dans le cadre de son pragmatisme clinique. Le mode de raisonnement stéréotypé et opératoire de la biomédecine s'impose comme une intelligence artificielle univoque qui remplace progressivement la seule chose que la révolution techno-scientifique avait laissée au praticien, son raisonnement. Si l'intérêt du malade « ne se laisse pas déduire par une formule mathématique »¹¹²⁴, le raisonnement du médecin non plus. Le médecin se retrouve ainsi mis au pilori par un savoir qui se veut normalisation d'une pratique sans qu'il la prenne en compte. Le *managed care* comme organisation rationnelle des soins¹¹²⁵ conduit à l'éloignement des praticiens et des producteurs de protocoles. Le médecin devient prestataire de service qu'il ne construit plus, il vend des actes médicaux protocolisés. Ultime paradoxe qui voit disparaître le médecin libéral et le paiement à l'acte alors même que le service médical n'a jamais été autant considéré comme une marchandise¹¹²⁶. La normalisation générale de la biomédecine a atteint le médecin qui ne trouve plus de reconnaissance dans l'acte médical, mais dans les processus de valorisations scientifiques : congrès et publications. Il ne trouve pas non plus dans cette figure d'ingénieur et de scientifique la reconnaissance des malades. La technique la plus pointue ne confère plus de bénéfices sociaux à ceux qui la manient : l'ingénieur est moins reconnu que le médecin libéral.

Ainsi s'opère une division au sein du travail médical entre normalisateurs et normalisés, praticiens hospitaliers et praticiens libéraux, chercheurs et médecins de famille ; division du corps médical qui conduit à une disparition de la reconnaissance, d'autant plus forte que la base ne soutient plus le mythe de son unité. La rationalité individuelle du praticien entre en contradiction avec la rationalité collective des scientifiques comme du public, notamment du fait du renversement de la charge de la preuve qu'ont engendré la normalisation et la quantification visées par l'évaluation. Les médecins doivent aujourd'hui prouver la qualité et l'efficacité de leur pratique en termes de soins comme en termes de coût¹¹²⁷. Ainsi pour faire de la qualité à moindre coût, « le

¹¹²² *Ibid.*, p. 9.

¹¹²³ Le Pen, C., 1999, *op. cit.*, p. 13.

¹¹²⁴ Hoerni, B., 1988, *op. cit.*, p. 53.

¹¹²⁵ Le Pen, C., 1999, *op. cit.*, p. 31.

¹¹²⁶ *Ibid.*, p. 32.

¹¹²⁷ Le développement, comme discipline à part entière, de l'économie médicale, notamment du fait de l'exigence politique, est à ce titre symptomatique.

médecin est aujourd'hui obligé d'aliéner une grande partie de sa liberté »¹¹²⁸ en tentant d'exceller techniquement, c'est-à-dire en restant au plus prêt des protocoles qui sont produits indépendamment de lui. Le développement en France des références médicales opposables (RMO) dans les années 1990 est à ce titre exemplaire. Ces référentiels sont une liste de recommandations très concrètes, reconnues et validées par la communauté scientifique et, de plus, rendues obligatoires par les organismes de financement. Ce sont des recommandations négatives, autrement dit, elles n'expliquent pas au médecin ce qu'il doit faire, mais ce qu'il ne doit pas faire, mais surtout elles sont opposables, c'est-à-dire qu'elles s'imposent à tous les médecins conventionnés des caisses d'assurance maladies, autrement dit la majorité, et leur oubli peut engendrer des sanctions financières, disciplinaires voire judiciaires¹¹²⁹. Un nouveau modèle de comportement médical voit donc le jour qui réduit le raisonnement médical à une application individuelle de données collectives toutes faites. L'ordre du sens donné de la médecine a conquis le médecin. La liberté du médecin est ainsi réduite à la gestion des écarts entre norme et cas pratique, car le refus des normes scientifiques ne fait plus de lui un bon médecin tant aux yeux de la société que du malade. Ainsi, de la responsabilité de l'éthique et de la déontologie s'ajoute aujourd'hui une responsabilité devant la science et une responsabilité juridique, sociale et économique. Le « médecin sous référence »¹¹³⁰ magnifie la fin annoncée du médecin libéral à la française¹¹³¹, mais également à terme la destruction du modèle professionnel lui-même. L'autonomie du médecin, qui fondait la médecine moderne, est mise en danger à la mesure de la médicalisation de la société qui est devenue plus sociale que médicale, à l'instar de la fixation par le sens commun de l'objet de la biomédecine. C'est l'apogée du mythe médical : il se retourne contre ses promoteurs d'antan. La profession médicale n'est plus faite ni en fonction des malades ni en fonction des médecins, mais en fonction du tiers social et politique, engendrant une situation où le médecin se méfie du patient comme celui-ci se méfie du médecin. L'individuation des sujets se voit niée de chaque côté de la relation médicale par son tiers social et politique. La médecine joue désormais contre elle-même et la bioéthique n'y peut rien¹¹³².

¹¹²⁸ Le Pen, C., 1999, *op. cit.*, p. 65.

¹¹²⁹ Voir à ce propos, Smallwood, O., 2006, « La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité des professionnels de santé ? », *Médecine & Droit*, 79-80, p. 121-126.

¹¹³⁰ Atias, C., 1995, « Les références médicales opposables : révolution ou continuité ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 1, p. 21.

¹¹³¹ Le Pen, C., 1999, *op. cit.*, p. 73.

¹¹³² Nous faisons ici référence à Jean-Claude Beaune qui qualifie la bio-éthique de réaction intrinsèque de la médecine contre elle-même (Beaune, J.-C., 1988, *Les spectres mécaniques : essai sur les relations entre la mort et les techniques*, Seyssel, Champ-Vallon, p. 209).

AU CŒUR DU MYTHE : L'INTERFACE TECHNIQUE

Plus la présence de la médecine repose sur la technique, plus le sujet auquel elle s'adresse est une fiction. Plus le sujet croit à la médecine, plus il se méfie des médecins¹¹³³.

Si le mythe biomédical n'assoit plus l'autonomie de la médecine et la modélisation biopolitique du social que vise-t-il alors ? La notion de système immunitaire peut à ce sujet nous éclairer. Notion phare de la biomédecine contemporaine, le système immunitaire est une tentative de réponse à l'impossible explication de l'être vivant actuel dans son milieu actuel par les seules lois physico-chimiques et en ce sens, il reflète, ainsi que nous l'avons vu et à l'instar des notions d'émergence¹¹³⁴ ou de génie génétique¹¹³⁵, le sens commun, la représentation sociale de la vie plus que la vie elle-même. Par son biais, nous pouvons donc accéder à la représentation commune de la vie biomédicale.

Le système immunitaire : un réseau au cœur du mythe biomédical

La notion de système immunitaire s'est imposée dans le discours médical comme une forme de panacée résolvant les dichotomies classiques entre passé et présent, individu et collectif, corps et sujet. Tout à la fois sujet de recherche et de pratique clinique de la plus haute importance, il affirme la liaison, sans tension, entre la clinique et le laboratoire¹¹³⁶. Il associe dans l'imaginaire commun la science, dont se réclame la médecine, et les exigences éthiques de son exercice puisqu'il rapporte finalement l'ensemble de l'édifice biomédical au respect de l'individu biologique. C'est ainsi que la maladie comme « processus de fausse reconnaissance, ou de transgression des limites de cet assemblage stratégique qu'on appelle "le soi" » est perçue de la même manière qu'un acte non-éthique, c'est-à-dire, comme « une sous-espèce du dysfonctionnement des processus d'information, ou de la pathologie des canaux de communication »¹¹³⁷. Le système immunitaire assure ainsi la clôture de la connaissance scientifique et avec elle du discours médical autour de la représentation qui est celle du corps social. C'est en ce sens qu'on a pu le qualifier de concept idéologique fascinant¹¹³⁸.

Mais son caractère fictif importe peu. Déjà repéré par Anne-Marie Moulin¹¹³⁹, il assure au contraire une forme d'unité qui permet au système immunitaire de fournir un objet à la biologie. C'est parce qu'il est un transcendantal¹¹⁴⁰, fondamentalement « fantasmatique »¹¹⁴¹ qu'il peut jouer un rôle épistémologique important et se revendiquer du connu et du connaissant, de l'expérimental et du métaphysique, du scientifique et du politique, de l'objet et de la fiction. Ce qui nous importe dans l'aspect fictionnel du système immunitaire, c'est l'illusion à laquelle il renvoie qui est moins celle de l'existence d'un

¹¹³³ Sicard, D., 2002, *op. cit.*, p. 17.

¹¹³⁴ Pichot, A., 1993, *op. cit.*, p. 939.

¹¹³⁵ Pichot, A., 2002, *op. cit.*, p. 131.

¹¹³⁶ Haraway, D., 1991, *op. cit.*, p. 358.

¹¹³⁷ *Ibid.*, p. 368-369.

¹¹³⁸ *Ibid.*, p. 358.

¹¹³⁹ Moulin, A.-M., 1991, *op. cit.*, p. 366.

¹¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 364.

¹¹⁴¹ *Ibid.*, p. 369.

organisme global mais de la possibilité de la techno-science d'atteindre cette totalité. Le système immunitaire fait office de thème de propagande parce qu'il se veut objet mythique iconique dans la culture des technologies de pointe¹¹⁴². Il donne l'illusion que nous avons une idée globale du fonctionnement immunitaire d'un organisme, alors que jamais le système n'est envisagé dans son ensemble. On étudie toujours de manière parcellaire certains éléments moléculaires et cellulaires qui sont partenaires et interagissent de façon complexe mais coordonnée en vue du maintien de l'intégrité de l'organisme. Le système expérimental dans sa forme même ne peut atteindre le système immunitaire, mais le maintien du terme laisse croire que c'est le cas. En masquant l'instabilité de la science qu'il soutient (et qui comme science de l'individu biologique ne fonctionne qu'en le réduisant et en le démantelant) et l'incapacité de la technique qui le permet, le système immunitaire révèle finalement le mythe médical.

En prônant une conception unique du corps comme « système d'intelligence artificiel »¹¹⁴³, le système immunitaire unifie toutes les strates de ses représentations (technique, scientifique, social, politique, vivant et vécu) autour de l'unique considération technique. C'est parce que la techno-science peut cerner le système dans sa totalité et l'organiser techniquement comme réseau, que le système immunitaire peut offrir une vision unifiée du vivant. En ce sens, l'aspect fictionnel du système immunitaire, c'est-à-dire la possibilité qu'il soit cerné de manière globale par la techno-science, joue au profit de la techno-science elle-même. Le mythe biomédical concerne la technique plus que la vie, c'est un mythe gnoséologique plus qu'ontologique qui tient à la notion de réseau.

Le système immunitaire, qui est à la fois nulle part et partout, ne tient son unité que de sa qualité de réseau. C'est elle qui permet de qualifier le vivant de « territoire complexe de production de sens »¹¹⁴⁴. Le réseau produit par l'interface technique unifie le système dans une symbolisation, une création de sens qui dès lors donne à cette conception du vivant sa force épistémologique. En dénaturant entièrement la vie pour lui donner un sens produit artificiellement par la notion de réseau, la techno-science peut la faire correspondre aux non-faits de la biologie et ainsi assurer la cohérence épistémologique de cette dernière. Rompant entièrement avec le « corps hiérarchisé d'antan »¹¹⁴⁵, le corps contemporain « fabriqué » par la biomédecine est un système désacralisé, virtualisé, dénaturé¹¹⁴⁶ et ontologiquement dispersé, qui n'a « plus d'assise sur laquelle se fonder pour opposer matériellement l'organique, le technique, le textuel »¹¹⁴⁷.

Si cette dissolution des frontières ontologiques et catégorielles, qui fait glisser le vivant vers une artificialisation de l'ordre de la virtualisation, nourrit la crainte de la mort de la clinique, de la relégation du corps, de la disparition du médecin libéral, comme des rêves posthumanistes d'amélioration de l'homme, le problème se situe en fait moins dans la virtualisation que dans l'artificialisation réticulaire. Car si le virtuel inquiète du fait de la disparition de projection du corps possible au profit d'une extension non projective du réel corporel¹¹⁴⁸, il n'induit pas, contrairement au réseau, de contradiction.

¹¹⁴² Haraway, D., 1991, *op. cit.*, p. 358.

¹¹⁴³ *Ibid.*, p. 360.

¹¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 368.

¹¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 379.

¹¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 369 : « la conception du système n'obéit à aucune architecture "naturelle" ».

¹¹⁴⁷ *Ibid.*

¹¹⁴⁸ Sur la distinction virtuel/ possible, voir par exemple, Deleuze, G., 1968, *Différence et répétition*, Paris, Presses Universitaires de France.

La notion de réseau joue en effet un double jeu à partir de sa double fonction contemporaine

[...] l'une concerne la vie et l'étude de ses manifestations à l'interne des corps ; celui-ci est déjà là, c'est une donnée et il s'agit de le décrire au plus près, de pénétrer ses arcanes ; l'autre concerne l'édification d'un corps – ou d'un quasi-corps, comme le territoire géographique –, pour lequel un schéma directeur est nécessaire. Or l'utilisation d'un modèle comme celui du réseau permet d'en donner une représentation par avance, d'en établir le projet¹¹⁴⁹.

Tout en permettant de virtualiser le système et ainsi de l'organiser, la notion de réseau reproduit également un sens projectif, mais qui n'a dès lors plus aucune assise naturelle. Ainsi, le problème n'est pas la virtualisation du système qui permet au contraire de produire l'abstraction nécessaire à la saisie du corps humain dans la complexité de sa structure, comme organisme et *cogito*, de manière cohérente et séduisante¹¹⁵⁰. C'est que le réseau qui promet cette virtualisation produit également un modèle *a priori* de cette structure complexe qui vise à son contrôle et à sa normalisation technique. Les deux tendances, descriptive et normative, se fondent l'une dans l'autre au profit de la prescription. Le virtuel se meut en possible et perd sa qualité heuristique, car d'une infinité d'actualisations envisageables, il implique désormais une actualisation entièrement déterminée à l'état immatériel, mais qui est entièrement abstraite.

Le réseau révèle la nouvelle place de la technique dans le champ du discours technoscientifique : il est à la fois l'objet et le sujet du discours. Comme objet du discours, il dévoile sa puissance heuristique, mais comme sujet, il tend imposer les cadres de sa propre représentation à l'objet. Sa double position de sujet et d'objet conduit le réseau à saturer de sa propre présence le champ de la symbolisation. Là où le sujet opère habituellement une symbolisation à l'égard de l'objet, le réseau-sujet ne retrouve dans cette démarche que son caractère d'objet, c'est-à-dire son statut d'image symbolique¹¹⁵¹. Autrement dit, le réseau ne renvoie qu'à lui-même comme sens donné d'avance. Il n'y a plus à proprement parler d'objet de la techno-science autre que le réseau qui est également sa fonction-sujet. Ainsi, lorsque la techno-science prend pour objet le corps vivant dans la biomédecine, elle ne retrouve que sa propre norme de fonctionnement. Le corps, entendu comme « système en réseau fluide, épars, techno-organico-textualo-mythique »¹¹⁵² s'impose comme toujours à ressaisir, mais selon un modèle projeté *a priori* et ne renvoie dès lors plus qu'au réseau. Pris entre les deux sens contradictoires du réseau, le corps n'est plus un territoire, mais « se charge en territoire »¹¹⁵³, c'est-à-dire prend la forme même de la territorialisation. Ainsi, le corps vivant contemporain, comme produit manufacturé de la biomédecine, devient l'image de la structure gnoséologique même de la biomédecine. Le discours tourne en rond autour

¹¹⁴⁹ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 68.

¹¹⁵⁰ Moulin, A.-M., 1991, *op. cit.*, p. 432 : « le système immunitaire peut apparaître comme le modèle de la démarche philosophique par laquelle le cogito s'incarne dans le monde, cela explique la complexe séduction qu'il exerce sur les médecins et son expansion culturelle ».

¹¹⁵¹ Sfez, L., 1988, *La politique symbolique*, Paris, Presses Universitaires de France.

¹¹⁵² *Ibid.*, p. 380.

¹¹⁵³ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 68.

de la technique et tend finalement à enfermer l'homme¹¹⁵⁴ dans une virtualité réticulaire et artificielle qui n'institue plus aucun sens que celui du réseau lui-même. La démarche scientifique ne retrouve plus que la figure de la techno-science alors qu'elle cherche le visage de l'homme. La pensée spatialisante ne parvient plus à instaurer d'anthropologie et s'engage, du fait de cette autoinstitution par la technique du sens qu'elle vise ensuite à découvrir, vers l'aporie. Le discours de la technique, qui la fonde en technologie, devient technique de tout discours. L'accent mis sur les technologies médicales comme cœur de la technique médicale¹¹⁵⁵ témoigne de cette mutation où sujet et objet de tout discours se fondent ainsi en une forme unique, celle de l'interface technique : le réseau immunologique ici, la transparence de l'écran là.

L'ensemble de la biomédecine repose sur l'imagerie médicale comme sa condition de possibilité. C'est donc au cœur de celle-ci que nous pouvons apercevoir la formation d'un discours technique en technique du discours, et entrevoir l'« idéologie » technique qui en découle.

La translucidité de l'imagerie médicale comme idéologie technoscientifique

L'ontologie acosmique avait mis en exergue l'étroite relation de la connaissance à l'image et à la vision¹¹⁵⁶ dans le paradigme spatialisant. La transparence, entendue comme « qualité de ce qui laisse paraître la réalité tout entière, de ce qui exprime la vérité sans l'altérer »¹¹⁵⁷ s'était imposée comme un chemin constant d'accès à la vérité¹¹⁵⁸, à tel point qu'autour de la limpidité et de la clarté¹¹⁵⁹, transparence et vérité sont souvent confondues. La vérité depuis l'âge classique se laisse entrevoir, (a)percevoir « au travers de quelque chose »¹¹⁶⁰, comme l'auteur du tableau se dévoile au croisement d'un reflet¹¹⁶¹. L'image avait perdu son caractère de reflet, d'artefact, pour s'imposer comme élément de la réalité, comme instance ontologique, permettant au savoir de construire le sens du monde acosmique, sans retomber dans ce qu'il ne cesse de chasser pour mieux se définir, la fiction¹¹⁶². La fiction de l'image réelle instituait un champ de symbolisation possible pour la science qui lui évitait de tomber elle-même dans l'ordre du mythe. Mais un changement d'*épistémè* s'est produit qui a conduit le paradigme spatialisant à être destitué du projet de maîtrise¹¹⁶³ qui lui assurait légitimité et sens. L'émergence avec les technologies d'imagerie médicale contemporaine d'un regard « imagique contemplatif » rend compte de cette

¹¹⁵⁴ Le réseau, originellement défini comme « filet destiné à capturer certains animaux », s'entend par extension comme l'« ensemble de tout ce qui peut emprisonner l'homme, entraver sa liberté, menacer sa personnalité », Article « réseau », *TLFi*.

¹¹⁵⁵ Séris, J.-P., 1994, *op. cit.*, p. 4.

¹¹⁵⁶ Depuis le XVII^e siècle, « la connaissance est conçue presque exclusivement par analogie avec la vision », Ong, W., 1967, *The presence of the Word*, New Haven, Yale University Press, p. 221, notre traduction.

¹¹⁵⁷ Rey, A., Rey-Debove, J., (dir.), 2007, *Le nouveau Petit Robert de la langue française*, Paris, Le Robert, article « Transparence », p. 2605 (désormais cité *Le Petit Robert*).

¹¹⁵⁸ Hadot, P., 2004, *Le voile d'Isis. Essai sur l'histoire de l'idée de Nature*, Paris, Gallimard.

¹¹⁵⁹ Article « Transparence », *TLFi*.

¹¹⁶⁰ Ce qui transparait est ce qui se laisse voir au travers de quelque chose. Article « Transparaître », *Le Petit Robert*, p. 2605.

¹¹⁶¹ Voir à ce propos l'analyse du tableau *Les ménines* de Diégo Velasquez (1599-1660) réalisée par Michel Foucault (Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 19-31).

¹¹⁶² Stengers, I., 1993, *op. cit.*, p. 88-97.

¹¹⁶³ Van Eynde, L., 1993, *op. cit.*, p. 38.

mutation : s'il ne semble pas rompre avec le savoir iconique qui qualifie la modernité, la relégation du regard clinique interprétatif qu'il implique indique pourtant un changement proprement contemporain à la réalisation de ce savoir iconique.

La translucidité du corps individuel

Avec ce nouveau regard, le savoir iconique est entré dans une nouvelle relation à la représentation. Le pli de la transparence s'est en quelque sorte rabattu sur lui-même puisqu'en rendant le corps « transparent », c'est le corps lui-même qui est nié en tant qu'objet de la transparence. De la qualité d'une chose qui, au travers de quelque chose, laisse voir une vérité, la transparence est devenue translucidité entendue comme ce qui « est perméable à la lumière, qui la laisse passer, [mais] ne permet plus de distinguer nettement les objets »¹¹⁶⁴. Le corps translucide ne laisse plus rien voir en transparence et devient dès lors extrêmement obscur¹¹⁶⁵. En superposant le voile et l'objet voilé, le regard imagique contemplatif ne retrouve que l'ombre du voile dans la quête de l'objet voilé. La modalité contemporaine de la transparence qu'est la translucidité conduit à l'effacement de la distance entre l'objet rendu transparent et l'objet à apercevoir derrière engendre un changement d'*épistémè* qui emporte le statut de l'image, du regard et de la connaissance. D'acte « extraverti de contact et de saisie », le regard s'est mû en « réception des choses que la lumière porte à l'œil »¹¹⁶⁶. Il est devenu entièrement contemplatif, perdant ainsi sa qualité de tact qui permettait d'instaurer le sens dans une interprétation. Dès lors, le sens s'épuise dans un simple coup d'œil où le vu vaut pour le vrai sans que le langage assure la nécessaire médiation de l'un à l'autre. Le regard, comme attention portée à l'objet vers lequel les yeux se tournent¹¹⁶⁷, n'est plus que vision, c'est-à-dire mécanisme physiologique faisant des stimulations lumineuses des sensations. Comme le résume David Le Breton, « le visuel est le monde qui se donne sans y penser, sans altérité suffisante pour susciter le regard »¹¹⁶⁸. C'est à ce titre que la vision contemporaine dépossède le clinicien « de son art qui consistait tout entier à construire une représentation mentale de la lésion »¹¹⁶⁹ : l'image « réelle » sur l'écran a destitué le langage et la réflexion de leur rôle de symbolisation pour l'attribuer à l'interface. La tache sur le scanner indique bien le cancer, et aucun mot supplémentaire ne semble devoir être dit. « [A]voir une image, c'est [...] renoncer à imaginer »¹¹⁷⁰, car l'image présente l'information, la fonde en objectivité, et la transmet à tous, dans un même mouvement qui n'exige plus d'intervention extérieure. Nous sommes entrés dans l'*épistémè* du *show*, « un âge au cours duquel l'œil devient dépendant de l'interface plutôt que de l'imagination »¹¹⁷¹. En nous plongeant directement dans un monde artificiel et entièrement donné sans recours en extériorité, l'image de l'imagerie contemporaine ne permet plus la séparation d'avec le monde perçu qui permettait la

¹¹⁶⁴ Article « Translucide », *Le Petit Robert*, p. 2604.

¹¹⁶⁵ Doron, C.-O., 2007, *op. cit.*, p. 10 : « Ce qui caractérise le corps transparent qui émerge avec l'imagerie, c'est paradoxalement son extrême obscurité ».

¹¹⁶⁶ Illich, I., 1995, « Passé scopique et éthique du regard. Plaidoyer pour l'étude historique de la perception oculaire », Illich, I., 2006, *La perte des sens*, Paris, Fayard, p. 287-326, ici, p. 305-306.

¹¹⁶⁷ Article « Regard », *Le Petit Robert*, p. 2163.

¹¹⁶⁸ Le Breton, D., 2006, *op. cit.*, p. 65.

¹¹⁶⁹ Masquelet, A.-C., 2007, *op. cit.*, p. 66.

¹¹⁷⁰ Foucault, M., 1954b, « Introduction », Binswanger, L., 1954, *Le Rêve et l'Existence*, Paris, Desclée de Brouwer, trad. fr. J. Verdeaux, *Dits et écrits*, texte 1, vol. 1, p. 93-147, ici, p. 143.

¹¹⁷¹ Illich, I., 1993, « Surveiller son regard à l'âge du "show" », Illich, I., 2006, *op. cit.*, p. 187-231, ici p. 204.

création de sens symbolique. L'image est symbolique, mais elle n'est plus symbole actif opérant, c'est-à-dire qu'elle ne permet plus d'opération symbolique. Nous prenons ainsi les métaphores¹¹⁷² pour une réalité effective et objective et nous croyons que l'IRM permet de voir penser le cerveau, oubliant que son image n'est qu'une moyenne d'autres images et que ce que nous considérons comme le cerveau en action n'est qu'une corrélation faite à partir de la mise en évidence de la consommation accrue d'oxygène dans une partie du cerveau. Cet *effet bold*¹¹⁷³ apparaît comme le modèle de notre *épistémè* contemporaine où l'information est produite par la technique et s'impose comme technique.

L'idéologie technoscientifique

L'imagerie comme « constellation d'images valant chacune pour elle-même et réunies sous un même dénominateur, d'ordre pragmatique »¹¹⁷⁴ ne permet pas l'instauration du symbolique, c'est-à-dire la construction d'une identité par fusion des images¹¹⁷⁵. Elle nous renvoie seulement à ce dénominateur commun pragmatique qu'est l'interface réticulaire. L'interface technique et l'objet se fondent aujourd'hui dans une même image qui annihile toute extériorité du sujet regardant dans le mouvement même où elle efface l'objet dont elle devrait être le reflet. Le corps est devenu l'écran¹¹⁷⁶ et l'image comme langage technique sature la symbolisation.

L'imaginaire, quand il offre des images dépareillées, fugaces, en quête d'un lien, offre au symbolique de quoi insister, c'est-à-dire opérer la transformation d'un champ qui n'est plus celui de la réalisation d'actions. Mais quand une imagerie, c'est-à-dire une collection d'images venues d'une même source, s'installe dans la positivité, il n'y a aucune issue vers une symbolisation possible. Seule une « mythologie » [...] est possible¹¹⁷⁷.

L'image comme information et support de l'information magnifie la transformation du discours technique en technique du discours et révèle son idéologie : celle de fiction technique comme fiction instituant de symbolisation. Car l'idéologie en jeu n'est plus celle d'une technique masquant sa finalité de domination¹¹⁷⁸, mais d'une conscience technocratique masquant les problèmes pratiques à un pouvoir politique qui ne vise que la résolution technique de problèmes techniques¹¹⁷⁹. Comme l'avait déjà vu Ellul, le système technicien¹¹⁸⁰ a développé un « discours séducteur des techniques », un « bluff

¹¹⁷² En 2004, Édouard Zarifian rappelait dans le journal *Le Monde* que « voir le cerveau penser n'est qu'une métaphore poétique » (Cité par Gori, R., Del Volgo, M.-J., 2005, *La santé totalitaire, Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël, p. 75).

¹¹⁷³ De *blood-oxygen-level dependent*, l'effet bold, qui est au principe du fonctionnement de l'IRM fonctionnelle, désigne la variation locale de susceptibilité magnétique par variation de concentration en désoxyhémoglobine (agent de contraste intrinsèque).

¹¹⁷⁴ Frye, N., 1969, *Anatomie de la critique*, Paris, Gallimard (cité par Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 138).

¹¹⁷⁵ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 153.

¹¹⁷⁶ Andrieu, B., 2001, *La nouvelle philosophie du corps*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

¹¹⁷⁷ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 153.

¹¹⁷⁸ Marcuse, H., 1968, *L'homme unidimensionnel : essai sur l'idéologie de la société industrielle avancée*, Paris, Éditions de minuit, trad. fr. M. Wittig.

¹¹⁷⁹ Habermas, J., 1968, « La technique et la science comme "idéologie" », Habermas, J., 1973, *La technique et la science comme « idéologie »*, Paris, Gallimard, trad. fr. J.-R. Ladmiraal, p. 3-74.

¹¹⁸⁰ Ellul, J., 1977, *Le système technicien*, Paris, Calmann-Lévy.

technologique, visant à réduire la marge entre société et système technique, entre l'individu et son entourage technique »¹¹⁸¹. Ce discours contribue à développer une nouvelle idéologie de la science dont l'enjeu ultime est une intégration de l'homme et du corps social dans l'univers technique. Les discours qui transmutaient la technique en technologie, ces techno-discours¹¹⁸² qui participaient de la fiction technique, la disperse aujourd'hui au gré des idéologies qu'ils s'y insufflent. Le changement de statut de l'image a emporté avec lui l'ambition gnoséologique de la pensée spatialisante dans l'impasse de l'idéologie. La maîtrise comme institution d'un sens dans l'univers acosmique n'est plus possible, car sujet et objet ne sont plus distincts. Le passage de la technique d'objet du discours à « discours de l'objet »¹¹⁸³ engendre une coïncidence telle du sujet et de l'objet qu'elle annihile le savoir iconique au profit d'une idéologie technoscientifique.

En envahissant tous les champs possibles¹¹⁸⁴, la fiction technique répand l'idéologie technoscientifique partout. Le modèle technologique, devenu « modèle de tous les processus d'action »¹¹⁸⁵, s'impose comme la forme prédéterminée de description et d'action de l'existence individuelle comme la vie sociale et politique¹¹⁸⁶. L'idéologie s'exhibe en utopie motrice¹¹⁸⁷ et le discours technique envahit la sphère sociale et politique, sous la forme de la technologie revendiquée comme technique habitée par le *logos*.

La translucidité du corps social

La translucidité qui se cache sous le vocable de transparence est ainsi devenue la pierre angulaire sur laquelle repose notre société, à tel point que la génération actuelle serait, selon Josh Freed, celle des transparents¹¹⁸⁸. Non plus seulement un droit ou un but, la translucidité est devenue une exigence morale¹¹⁸⁹, et une exigence pour elle-même¹¹⁹⁰. Le sujet occidental, qui a passé toute sa vie sur scène, depuis que son embryon a été filmé par une échographie, est, selon ce dernier, habité par « une volonté profonde de transparence des événements de son existence, de ses ressentis et de leur expression aux yeux de tous »¹¹⁹¹. Tout doit être transparent : notre naissance, nos amours, nos conversations, notre domicile, notre fortune, notre pauvreté, notre mort ; ce qui est caché devient suspect.

¹¹⁸¹ Ellul, J., 1988, *Le bluff technologique*, Paris, Hachette, p. 36.

¹¹⁸² Sur cette notion de techno-discours, voir Séris, J.-P., 1994, *op. cit.*

¹¹⁸³ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 15.

¹¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 14 : « Que la fiction de la technique nous séduise, cela ne fait aucun doute : nous n'avons qu'à prendre la mesure de nos nouveaux fétiches, de l'engouement qu'ils suscitent et des discours pléthoriques qui les accompagnent comme autant de contes merveilleux. Entretien par ces discours, la fiction de la technique se déploie, envahit les champs les plus divers, prend toute la place ».

¹¹⁸⁵ Ladrière, J., 1977, *Les enjeux de la rationalité. Le défi de la science et de la technique aux cultures*, Paris, Aubier-Unesco, p. 132.

¹¹⁸⁶ Waitzkin, H., 1989, « A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters », *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (2), p. 220-239.

¹¹⁸⁷ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 273.

¹¹⁸⁸ Freed, J., 2009, « Next up: Google Anatomy and Google Ogle », *The Montreal Gazette*, 5 mai 2009, notre traduction.

¹¹⁸⁹ Bredin, J.-D., 2001, « Secret, transparence et démocratie », *Pouvoirs*, 97, p. 5-16.

¹¹⁹⁰ Le Breton, D., 1990, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 206 : « La modernité coïncide avec un monde mis à plat, hyperréel (pour reprendre la formule de J. Baudrillard) qui ne tolère plus la distance ni le secret et impose une transparence, une visibilité qui ne doit rien épargner ».

¹¹⁹¹ *Ibid.*

L'intimité, la confiance, la relation personnelle deviennent anachroniques, désuètes, pour les exilés contemporains de l'intime¹¹⁹². Il y a un « vertige de la transparence »¹¹⁹³ translucide qui habite notre contemporanéité et qui, comme dans le champ médical marque le passage de la vérité transparente vers une transparence troublée¹¹⁹⁴ par la translucidité au point de devenir opaque. La transparence ne vise plus la vérité mais est valorisée pour elle-même, perdant ainsi sa nature d'outil gnoseologique pour se faire exigence aliénante. Elle est devenue un modèle technique relayé dans le corps social par le biais de récits technologiques, c'est-à-dire des discours qui tentent d'effacer la technicité de la technique et la représentation technique des objets en valorisant dans leurs slogans les facteurs sociaux et biologiques¹¹⁹⁵.

C'est le cas de la notion de personne moderne qui valorise une conception de l'homme rationnel et volontaire héritée de la Renaissance et des Lumières, et où le sujet est pensé comme étant transparent à lui-même, ne devant, selon la célèbre phrase de Kant¹¹⁹⁶, sa sortie de sa minorité qu'au courage de se servir de son entendement. La volonté est revendiquée comme assurance de la liberté humaine, sous-entendant une capacité de l'être humain à avoir accès à ses propres représentations, ses propres ressentis, et étant capable d'agir dessus pour favoriser sa liberté. L'autonomie implique l'autoscopie. L'homme serait digne et libre, car autonome et rationnel dans son jugement, capable de faire table rase pour pouvoir juger ses propres jugements à l'aune de ce qu'il est, et en toute transparence avec lui-même. Ainsi est pensée aujourd'hui la personne humaine, non plus masque de théâtre¹¹⁹⁷ derrière lequel se cacherait l'individu, mais une réelle représentation de soi que l'on affiche aux yeux de tous. Le modèle moral est redoublé d'un modèle juridique où l'information devient le cœur du maintien d'une liberté du sujet dans l'espace social. Le sujet est transparent à lui-même, capable d'accéder à ses représentations, aux causes de ses actions et capables d'agir sur les origines de ses propres comportements. Le sujet, une fois informé, ne peut que prendre les décisions nécessaires à son bien-être. C'est le principe de la responsabilité qui se base sur la maîtrise totale du sujet par lui-même du fait de sa transparence : « Nul homme informé ne peut agir à l'encontre de son intérêt »¹¹⁹⁸. Cette conception du sujet, loin de lutter contre l'emprise de la technique sur la décision tend au contraire à forger un homme de la technique¹¹⁹⁹. Déployée du médical vers le social par le biais d'une éducation à la santé qui sous couvert de libération, s'affiche comme une nouvelle morale hygiéniste¹²⁰⁰, cette idéologie du sujet transparent relève de ces techniques

¹¹⁹² Gori, R., Del Volgo, M.-J., 2008, *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*, Paris, Denoël.

¹¹⁹³ Massis, T., 2001, « La transparence et le secret. Champ social, débat de conscience », *Études*, 394, p. 751-761.

¹¹⁹⁴ Carcassonne, G., 2001, « Le trouble de la transparence », *Pouvoirs*, 97, p. 17-23.

¹¹⁹⁵ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 179-180.

¹¹⁹⁶ Kant, E., 1784, « Was ist Aufklärung ? », *Berlinische Monatschrift*, vol. IV, p. 481-491, « Réponse à la question "Qu'est-ce que les Lumières" », Kant, E., 1991, *Qu'est-ce que les Lumières et autres textes*, Paris, Flammarion, trad. fr. J.-F. Poirier et F. Proust, p. 43-51.

¹¹⁹⁷ En latin, le terme *personna* qui a donné personne qualifiait autrefois le masque de théâtre.

¹¹⁹⁸ Voir à ce propos le *Health Belief Model* (Glanz, K., Lewis, F. M., Rimer, B. K., (éds.), 2002, *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, San Francisco, Jossey-Bass).

¹¹⁹⁹ Ellul intègre l'homme psychanalytique dans ce modèle, tant l'inconscient joue un rôle majeur dans ces techniques de l'homme en permettant l'intrusion du technique dans le rêve.

¹²⁰⁰ Klein, A., 2010b, « Quel sujet pour l'éducation à la santé ? Les apports de Michel Foucault pour les interventions éducatives en santé publique », *Recherches & éducations*, 3, « Santé et éducation », p. 47-75.

d'humanisation repérées par Ellul. Restant à la surface de l'interface, elles ne prennent en compte l'homme que « pour autant qu'il gêne la technique, et comme objet de technique »¹²⁰¹. La réflexion éthique ou humaniste intervient toujours, dans cette perspective et ainsi que nous l'avons vu, après l'intervention technique, pour tenter de rendre imperceptibles les inconvénients des autres techniques¹²⁰².

La transparence comme discours technique, qui s'est imposée comme translucidité en devenant technique de discours, a produit une anthropologie qui témoigne de la main mise de la technique sur le discours social et politique. Ce dernier ne répond plus aux problèmes techniques que par des solutions techniques qui le conduisent vers l'aporie dont témoigne le recours constant au secret. Du secret médical au secret de l'instruction, en passant par le secret de fabrique, le secret d'État ou le secret-défense, notre société tente constamment de masquer ou de limiter les dérives de son idéologie fondatrice. Le respect de la vie privée par le secret s'impose dès lors là où la transparence a mué l'intimité en une extimité assumée¹²⁰³. Paradoxe révélateur d'une société guidée par la transparence mais qui assure la dignité humaine, le respect de ce qui serait une nature humaine profonde, par le maintien du secret. Le secret est finalement le discret ciment d'une démocratie qui prône la transparence sans pouvoir l'assumer entièrement, d'une démocratie qui joue contre elle-même¹²⁰⁴ en revendiquant une démocratie juridique fondée sur l'homme, alors même qu'elle se présente dans ses pratiques démocratiques effectives comme sans considération pour l'homme. Car l'homme transparent de la technique n'est pas celui que nous croisons dans la rue¹²⁰⁵, mais l'image du discours technique qui le produit. C'est à ce titre que sa liberté est réduite à une image mimant la liberté par « une quasi-satisfaction du désir »¹²⁰⁶. Les récits techno-naturels qui forgent l'homme de la technique sont des images symboliques qui ne parviennent pas à instituer une symbolisation sociale et politique. Les tentatives théoriques et pratiques d'humanisation des techniques répondent entièrement au système technicien qui tend à asservir l'homme¹²⁰⁷.

La nouvelle technologie du politique

L'extension de l'interface technologique à toutes les sphères de l'existence humaine a conduit à dévoiler le caractère mythologique de la fiction technique. La technicisation du milieu, de la vie tout entière a pour effet un divorce entre les sujets techniques et le rationnel dans la technique (la technologie). La technologie se révèle alors comme « technique qui a perdu son *logos* »¹²⁰⁸. Comme l'avait vu Sérís, nous nommons technologie la technique dont nous nous sentons dépossédés. La surpuissance du rationnel, cette surrationalité propre au développement contemporain de la technique a déplacé la technique de sous-système du système de décision à principe fondamental du décisionnel. La technique a gagné tous les champs, dont celui du politique, assurant désormais

¹²⁰¹ Ellul, J., 1954, *La technique ou l'enjeu du siècle*, Paris, Armand Colin, p. 306.

¹²⁰² *Ibid.*, p. 375.

¹²⁰³ Tisseron, S., 2001, *L'intimité surexposée*, Paris, Ramsay éditions.

¹²⁰⁴ Gauchet, M., 2002, *La démocratie contre elle-même*, Paris, Gallimard.

¹²⁰⁵ Ellul, J., 1954, *op. cit.*, p. 351.

¹²⁰⁶ Foucault, M., 1954b, *op. cit.*, p. 143.

¹²⁰⁷ Ellul, J., 1954, *op. cit.*, p. 374 : Tout comme le malade, qui est délivré de la souffrance par la morphine puis qui en devient l'esclave, la technique libère l'homme pour mieux l'asservir à nouveau.

¹²⁰⁸ Sérís, J.-P., 1994, *op. cit.*, p. 6.

l'habillage de la décision en un « prêt-à-porter consommatoire »¹²⁰⁹. La puissance du rationnel¹²¹⁰ n'est plus rationnelle ou même sur-rationnelle, mais entièrement idéologique. Le politique qui voulait trouver dans le soutien technique une source de puissance, a conduit la technique à exercer sa souveraineté politique¹²¹¹ et l'a alors découverte incapable d'être source de gouvernement. Le politique a cru à la fiction technique, sans percevoir qu'elle « n'est pas et ne peut être fondatrice, puisqu'elle n'est pas et ne peut être instituante »¹²¹². La fiction technique ne permet pas de symboliser, c'est-à-dire d'unifier sous un seul registre les différents composants d'une société, et ne peut donc être instituante, comme celle par exemple de l'état naturel dans le Contrat social¹²¹³. La fiction et la technique qui s'épaulaient l'une l'autre, pour permettre l'adhésion des individus et du corps social au monde de la technique par le biais de la séduction de la technique¹²¹⁴, sont désormais séparées. C'est pour cette raison que se dévoilent alors les antagonismes et les dominations que l'idéologie technique camouflait¹²¹⁵. La technique ne se confond pas avec l'intérêt général et n'est porteuse d'aucune valeur sociale envisagée comme fin souhaitable¹²¹⁶. La technique ne peut donc fonder et/ou organiser le gouvernement politique, car elle « ne noue rien du tout : elle n'assure ni le savoir [...] ni l'égalité [...] ni le bonheur »¹²¹⁷.

En se transposant dans le champ politique, l'idéologie technoscientifique révèle l'aporie du discours technique comme technique discours. Car la caractéristique première de cette idéologie est, selon Habermas¹²¹⁸, d'impliquer une dépolitisation nécessaire des sujets. Dès lors, en entrant dans le champ du politique, elle se dévoile comme idéologie, puisqu'elle tente de fonder le politique sur un discours sans sujet politique. Le sujet politique de cette technopolitique apparaît alors tel qu'il est, c'est-à-dire un objet technique qui se veut sujet. C'est en ce sens que la fondation du politique dans le champ de la technique engage la constitution d'un complexe « techno-économico-politique »¹²¹⁹ éminemment totalitaire où l'homme n'est plus pris en compte. La normativité du sujet politique est déjà entièrement normalisation de l'objet technique. La normalisation ne laisse plus de place à la normativité dans un réseau politique où seule l'interface technoscientifique fait sens pour elle-même. Ainsi l'idéologie technoscientifique renvoie seulement à sa propre progression en valorisant la consommation d'objets techniques en lieu et place de l'investissement politique. L'idéologie technoscientifique, comme en témoigne l'anthropologie de la transparence qu'elle produit, assoit une bio-techno-

¹²⁰⁹ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 90.

¹²¹⁰ Janicaud, D., 1985, *op. cit.*

¹²¹¹ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 129.

¹²¹² *Ibid.*

¹²¹³ *Ibid.*, p. 263-265.

¹²¹⁴ *Ibid.*, p. 240.

¹²¹⁵ Sfez, L., 2001, *Le rêve biotechnologique*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 95.

¹²¹⁶ Le progrès indéfini et indifférent aux humains ne peut être une véritable finalité.

¹²¹⁷ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 252.

¹²¹⁸ Habermas, J., 1968, *op. cit.*

¹²¹⁹ Sfez, L., 2002, *op. cit.*, p. 91.

politique¹²²⁰ contemporaine ne visant que l'essor du système capitaliste entendu comme mode de production technique autorégulé¹²²¹.

In fine, l'émergence de la technique comme objet-sujet la conduit à devenir le modèle de tous les discours. Cette caractéristique de la techno-science renverse l'articulation des différents discours autour de la primauté d'une technique idéologiquement envisagée comme fiction instituante. Le discours politique et le discours médical ne coïncide plus autour de la vie humaine individuelle et sociale mais autour de la production technique autorégulée. La biopolitique mute en une techno-économico-politique qui ne permet plus d'unifier le corps social autour d'une fonction-sujet épinglée sur les corps individuels. L'anthropologie qui fondait le corps social entre médecine et politique a été remplacée par une anthropologie fondée uniquement sur la technique qui n'institue plus ni la médecine, ni le politique et délite ainsi le corps social aux vents des individualités et des idéologies. La fiction technique sur laquelle repose la politique contemporaine, du fait de l'idéologie technoscientifique, joue contre la médecine qui l'avait pourtant instituée. En fondant son autonomie sur une puissance technique symboliquement validée par l'association politique, la médecine avait en effet établi la technique comme source d'institution symbolique. C'est cette puissance technique qu'a ressaisie la politique pour poursuivre sa normalisation. Mais cette puissance technopolitique a finalement destitué la médecine elle-même de son autonomie discursive et professionnelle¹²²². Dès lors tout l'édifice moderne s'est fissuré puisque sans la médecine et son anthropologie, la puissance technique ne fait plus sens au sein de la politique. La force du complexe biopolitique disciplinaire s'efface au profit d'une biopolitique sans assise anthropologique. Le mythe biomédical, en ressaisissant pour elle-même la fiction technique produite par le mythe médical moderne, tend à modeler la médecine à l'aune du corps social, sans percevoir que ce dernier n'est plus unifié que par la technique et sa production autorégulée. L'autonomie du discours médical que devrait assurer le mythe biomédical se voit destituer par l'autonomie du discours techno-économique.

En dernière analyse, la territorialisation à l'œuvre dans la pensée spatialisante a atteint ses limites et s'est retournée contre elle-même. Le savoir spatialisant s'auto-territorialise, sans plus parvenir à faire taire le contexte en marge du texte qu'il produit. Le discours social dominant, qui est celui de la technique et de l'économie, prend alors le dessus sur le discours médical qui tend dès lors à se dissoudre en tant que formation discursive. Le projet biomédical contemporain, des fondements de son savoir immunologique aux modalités de son application et de sa recherche, s'étiolo du fait de ce retournement du monde social contre la médecine et son rôle moderne d'institution symbolique du politique. Rien d'étonnant à ce que la biomédecine entre alors en crise sur le terrain de la politique. L'image idéale d'elle-même produite par la médecine n'assure plus le rôle politique essentiel de création de lien social, mais devient le révélateur de l'élément essentiel de la société moderne et contemporaine : la discontinuité du social au politique.

¹²²⁰ Haraway, D., 2001, *op. cit.*, p. 357 : « le système immunitaire est la carte tracée pour guider la reconnaissance et la fausse reconnaissance de soi et de l'autre dans la dialectique de la biopolitique occidentale ».

¹²²¹ Habermas, J., 1968, *op. cit.*

¹²²² Comme l'avait pressenti, dès 1973, Antoinette Chauvenet en étudiant la rationalisation financière et économique et l'industrialisation des conditions d'exercice dans les C.H.U. (Chauvenet, A., 1973, « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, XIV, p. 61-76).

CHAPITRE IV

L'AVÈNEMENT DE L'AGENT LAÏQUE CONTEMPORAIN

(1945-2011)

Si l'histoire de la médecine n'est pas qu'une histoire de la clinique, ce serait tomber dans des excès inverses et dans des récits artificiels que d'en sortir le malade et la maladie¹²²³.

¹²²³ Sournia, J.-C., 1982, *op. cit.*, p. 308.

L'évolution de la médecine vers une biomédecine contemporaine s'est révélée comme une tentative de réorganisation épistémologique apte à reproblématiser l'énigme de la subjectivité, notamment grâce au développement d'une extension éthique. Seulement, ne pouvant se départir des principes idéologiques qui lui avaient permis de s'affirmer comme savoir scientifique et profession autonome, la médecine n'est pas parvenue à se renouveler de manière à offrir un nouveau cadre à la subjectivité humaine. Bien au contraire, la biomédecine semble n'avoir conduit qu'au renforcement des principes qui avaient animé la médecine moderne engageant ainsi le redoublement de sa phase critique. La médecine (comme complexe de savoirs/pouvoirs) a rompu avec le territoire de son exercice et de son développement qu'est la société au point de conduire à sa propre dissolution. Le recours à la technique comme réponse au problème de la subjectivité a en effet fini par atteindre les médecins eux-mêmes qui se sont vus destitués de leurs pratiques et de leur identité. La crise de la rationalité technique, consécutive de son envahissement par le mythe qu'elle avait elle-même produite pour favoriser son expansion, induit une crise identitaire individuelle et sociale. La cohérence épistémologique de la discipline médicale ne parvient plus à être maintenue par la biomédecine, qui se trouve alors dans l'impasse de sa propre territorialisation. Victime des outils idéologiques mis en place pour assurer la poursuite de sa territorialisation, la médecine contemporaine a définitivement rompu ses attaches fondatrices avec le social et le politique, conduisant l'épistémè médicale moderne à ses propres limites.

Cette situation, que nous avons analysée à partir du discours médical et de son évolution, est également lisible du point de vue du social où s'est progressivement affirmée, depuis la seconde moitié du XX^e siècle, une nouvelle figure du malade. Les sociologues ont en effet repéré ce qui apparaît comme une rupture dans l'histoire de la médecine, comme dans l'histoire de sa crise, avec l'apparition des « nouveaux malades » qui « entretiennent avec le savoir et l'expertise un type de rapport inédit dans notre culture »¹²²⁴. À l'occasion de la fracture du processus de territorialisation, les lignes de fuites¹²²⁵ qui empêchaient, au cours de sa formation, la biomédecine de totalement se clore sur elle-même, se trouvèrent renforcées : elles prirent en un sens le dessus sur le processus de territorialisation engageant l'objet déterminé (la biomédecine) au-delà d'un principe d'identité totalisant en lui donnant une consistance insoupçonnée. Le développement d'une territorialisation sociale, politique et scientifique du sujet malade est la conséquence de la libération d'une pointe de déterritorialisation à l'œuvre dans la constitution de la médecine contemporaine. Au-delà de cette figure sociopolitique, c'est donc bien un discours individuel et collectif nouveau, engageant le renversement de l'image traditionnelle du malade « patient » par la revendication identitaire des malades vers l'autonomie qui a vu le jour. Les revendications des malades du Sida au cours des années 1980 restent l'épisode le plus connu et le plus marquant de ce phénomène que certains ont dès lors qualifié de révolte des malades¹²²⁶. Mais pour en cerner l'évènementialité comme la portée, il convient de retracer dans son ensemble la genèse de cette territorialisation nouvelle qu'est l'affirmation de sujets de santé nouveaux. Car si l'évènement du Sida a été pris en compte par la territorialisation médicale,

¹²²⁴ Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, p. 281.

¹²²⁵ Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 634.

¹²²⁶ Epstein, S., 1996, *op. cit.*

notamment dans la constitution de son volet éthique¹²²⁷, le maintien de la crise après les développements bioéthiques témoigne de la nécessité d'une interrogation plus poussée sur le sens de cet événement.

La multiplicité des approches sera ici de mise, car, à l'inverse du discours médical, ce dernier ne sera pas disciplinaire, ni professionnel, il ne sera pas unique et unifié, mais multiple et dispersé, non clairement émis d'une seule voix, mais présent, parfois jusqu'en filigrane d'actes et de discours divers produits par des malades comme des bien-portants. Si c'est bien la figure du malade que nous cherchons à étudier, sa détermination nous conduira au cœur d'une expérience partagée plus largement par tous les individus. C'est à ce titre que les bien-portants, mais également les médecins nous le verrons, participent à l'édification de cette figure nouvelle qui relève certainement plus du sujet de santé que du malade uniquement. Notre parcours sera donc celui d'une territorialisation nouvelle, issue d'une phénoménalité marginale, opaque et violente, propre à tout vivant humain. La revendication d'une nouvelle pensée du corps, non plus organisme médical strié, mais espace lisse vécu, non plus espace optique mais espace haptique, non plus extensif mais intensif, non plus fait de mesure et de propriétés, mais de symptômes et d'évaluation¹²²⁸, émergera des tréfonds de ce lieu obscur et phénoménologiquement ineffaçable de la subjectivité inscrite dans le corps vivant.

Cette forme de l'existence malade¹²²⁹ qui qualifie la contemporanéité de la médecine, et que nous suivrons en cherchant à définir ce qu'est le « métier de malade ». Pour ce faire, nous procéderons à une généalogie du malade contemporain, entendu comme figure fictive autant qu'heuristique à l'instar du médecin singulier, qui visera à mettre en évidence son discours spécifique, écho à un ensemble de pratiques relevant d'une expérience singulière. Dans une perspective diachronique similaire à celle appliquée précédemment au discours médical professionnel, nous tenterons de mettre à jour la territorialisation spécifique proposée et effectuée par les malades au cours de la seconde moitié du XX^e siècle. Nous analyserons les pratiques et les discours qui ont conduit à son affirmation identitaire dans le but de définir ce qui apparaît comme une véritable culture médicale nouvelle incluant tant les bien-portants que les malades. Nous pourrions ainsi compléter la problématisation actuelle de la crise médicale contemporaine découverte précédemment, en mettant à jour le modèle médical où la prise en charge du sujet contemporain renouvelle le rôle de la technique dans la problématisation des relations entre théories et pratiques médicales.

Du malade comme objet scientifique à son auto-affirmation comme sujet actif, sur la scène sociale et politique, de la science médicale, nous retracerons la proposition, en forme de rupture, faite par les non-médecins (les laïques) d'une nouvelle discipline médicale, organisée autour d'une science nomade différente de la science royale de la profession médicale et d'une autonomie partagée différente de son autonomie autoréférencée. Retracer l'évolution récente de ce personnage central de la discipline médicale qu'est le malade et dont l'identité même est aujourd'hui questionnée¹²³⁰, nous permettra de préciser les

¹²²⁷ Pinching, A. J., Higgs, R., Boyd, K. M., 2000, « The impact of AIDS on medical ethics », *Journal of Medical Ethics*, 26, p. 3-8.

¹²²⁸ Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 598.

¹²²⁹ Hirsch, E., 2010, *L'existence malade. Dignité d'un combat de vie*, Paris, Cerf.

¹²³⁰ La rédaction, dans la revue médicale *The Lancet*, d'un éditorial à ce propos en 2000 (*The Lancet*, « What's in a name? », *The Lancet*, 356, n° 9248, 23/30 décembre 2000, p. 2111) démontre l'importance de l'interrogation. Le problème avait déjà été soulevé ici et ailleurs : Kernick, D., 1999, « The name's the game », *The Lancet*, 353, 8 mai 1999, p. 1632 ; Neuberger, J., 1999, « Let's do away with "patients" »,

conditions historiques, comme les conséquences philosophiques de son émergence qui est, comme cause et porte-voix du malaise, une étape de la problématisation de la crise médicale actuelle. La description de celui que l'on définit aujourd'hui, selon les cas, comme un « client », un « usager », un « consommateur »¹²³¹, voire comme « demandeur de santé » (« *health seeker* »), visera en effet à nous départir des analyses classiques de la crise qui ne permettent pas sa résolution. En revalorisant le champ du social dans l'analyse de la situation médicale contemporaine nous envisageons d'ouvrir un point de vue différent sur la crise du discours médical, nous permettant d'interroger à nouveau frais l'épistémè moderne du point de vue de ces usagers qui auront émerger dans ce parcours comme figure à part entière.

British medical journal, 318, p. 1756-1757 ; Tallis, R., 1999, « Commentary: Leave well alone », *British medical journal*, 318, p. 1757-1758.

¹²³¹ Hodgkiss, A., 2000, « User, client, or patient: what do we call people receiving treatment for mental health problems? », *Psychiatric bulletin*, 24, p. 441.

LE MALADE COMME OBJET MÉDICAL

*Réfléchir, de nos jours, au statut du malade, c'est donc d'abord tenter d'analyser son rapport à la médecine : comment vit-il sa maladie à travers le rapport aux institutions de soins ? Comment la prise en charge médicale contribue-t-elle à modeler son identité ?*¹²³²

Ainsi que nous l'avons démontré dans notre second chapitre, la médecine se devait de convertir à l'image mythique d'elle-même, le monde social pour passer outre le hiatus inhérent à la vie médicale. Tout en produisant une image du « bon médecin » comme technicien à laquelle les praticiens tentaient au mieux de correspondre, elle a conduit le malade à adopter un ensemble de comportements favorables à l'exercice de la rationalité abstraite de la biologie au sein de l'empiricité de la clinique. Cette éducation à devenir un « bon malade », induite par la fonction apostolique, conduisait les individus malades à adopter le rôle de « patient ». Cette image traditionnelle du malade comme patient est celle d'un sujet qui se moule parfaitement dans la fonction-sujet disciplinaire médicale, seul moyen apparent de profiter de la puissance du pouvoir médical. La figure du malade patient se dessinait donc entre le déterminisme des théories scientifiques et la « liberté » d'adoption d'un comportement dans le champ social. Entre ces deux pôles apparaît le « bon malade », le patient tel qu'a pu le décrire le sociologue Talcott Parsons (1902-1979) : un être humain sans subjectivité propre, autrement dit, un objet.

Le corps vil du patient

Comme l'a montré Grégoire Chamayou¹²³³, l'expérimentation médicale s'est constituée, dès le début du XVIII^e siècle, autour des corps vils, de ces individus infâmes, prisonniers, condamnés à mort, orphelins, prostituées, internés, esclaves, colonisés ou patients d'hôpitaux. Cet avilissement des sujets d'expérience par la rationalité médicale moderne a marqué du sceau de l'abject¹²³⁴ la figure du malade, qui longtemps conservera ce peu de valeur. La notion de corps vil, en associant dans le peu de coûts qui la caractérise la facilité d'accès et d'usage et le peu de dignité, a fait du malade, notamment à l'hôpital, car il est facilement accessible pour le médecin, un être sans dignité. Les corps indignes ont participé pleinement au développement de la médecine scientifique moderne, leur avilissement fut même la condition historique de possibilités de la médecine expérimentale¹²³⁵. Si tous les malades ne furent pas sujets d'expérience, il faut compter parmi les techniques d'avilissement les discours destinés à convaincre le sujet de sa propre infériorité, ce qui inscrit inexorablement la figure du malade du côté des corps vils. D'autant que rapidement, avec l'avènement du pouvoir disciplinaire, c'est l'ensemble de la population, comme masse, qui va acquérir ce statut. Chamayou repère en effet dans la critique kantienne de l'inoculation le glissement de l'expérimentation individuelle vers

¹²³² Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *op. cit.*, p. 235.

¹²³³ Chamayou, G., 2008, *Les corps vils. Expérimenter sur les êtres humains aux XVIII^e et XIX^e siècles*, Paris, La Découverte.

¹²³⁴ *Ibid.*, p. 9.

¹²³⁵ *Ibid.*, p. 16-17.

l'expérimentation de masse¹²³⁶. Selon Kant, autoriser les médecins à expérimenter équivaut, en termes de modalités de gouvernement autrement dit en termes politiques, à autoriser l'expérimentation des corps vils sur l'ensemble de la population. Kant avait repéré de cette forme de tutelle paternaliste mêlant souveraineté politique et autorité médicale que sera la biopolitique.

Le terme « patient » – du latin *pati* qui signifie supporter ou souffrir – rend d'ailleurs compte de cette extension de l'indignité du corps vil expérimenté vers l'ensemble des malades. S'opposant classiquement à la notion d'agent en insistant sur les notions de souffrance et de passivité, le patient est celui qui pâtit et subit les actions de l'agent¹²³⁷. Au XIX^e siècle, le terme de patient désigne encore le condamné à mort, et par extension celui qui est aux mains des chirurgiens, ce n'est alors qu'en dernière proposition qu'il désigne finalement le malade. Tandis que le vocabulaire de la maladie s'imprègne de la métaphore guerrière, le patient évoque au contraire « un sujet ignorant et passif d'un traitement décidé et prescrit par un autre, celui qui sait, le docte docteur »¹²³⁸. Le patient est moins la victime d'un fonctionnement biologique dérégulée ou de l'invasion d'une entité pathogène que celui qui est entre les mains du médecin¹²³⁹. Être patient implique moins, pour le discours médical, d'être malade que d'être observé, investigué et traité. Autrement dit, le patient est avant tout un sujet soigné. En dehors de cette définition première, le patient n'est constamment perçu qu'en négatif du médecin, comme celui qui n'est pas agent, qui ne possède aucun pouvoir. Dès lors, le patient se cerne, comme le souligne Bernard Hoerni¹²⁴⁰, dans la multiplicité des attributs du médecin : le patient est malade, le médecin en bonne santé ; le malade affaibli, le médecin fort ; le patient nu (depuis la fin du XIX^e siècle), le médecin habillé ; le patient couché, le médecin debout ; le patient dans un environnement inhabituel, le médecin dans son élément ; le patient demandeur, le médecin pourvoyeur ; le patient impuissant, le médecin puissant ; le patient craintif, le médecin arrogant ; le patient passif, le médecin actif. Le malade patient est donc essentiellement un être déresponsabilisé¹²⁴¹ et placé sous l'égide, et donc la responsabilité, du médecin. Comme patient, le malade est mis à nu, dans tous les sens du terme, il n'a aucune qualité propre, il est l'objet du pouvoir médical. Le malade est ainsi défini par la médecine moderne selon un « rôle » qui lui est propre, celui de patient, mais qui n'est caractérisé que comme « un accomplissement négatif »¹²⁴².

Le rôle de patient-profane

Le sociologue Talcott Parsons¹²⁴³ a précisé ce rôle spécifique autour de quatre aspects interdépendants. « D'abord, le malade est exempté des responsabilités normales qui s'attachent à son rôle »¹²⁴⁴. Cette déresponsabilisation du malade implique qu'il ne peut pas

¹²³⁶ *Ibid.*, p. 116.

¹²³⁷ Article « Patient », *TLFi*.

¹²³⁸ Lagrée, J., 2004, *op. cit.*, p. 846.

¹²³⁹ « Être patient, ce sera donc sinon être malade, au moins se mettre entre les mains d'un médecin » (*Ibid.*)

¹²⁴⁰ Hoerni, B., 1998, *op. cit.*, p. 60.

¹²⁴¹ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 231 : « Un malade n'est donc pas "jugé", parce qu'il n'est pas tenu pour responsable de lui-même ».

¹²⁴² Parsons, T., 1955, *op. cit.*, p. 202.

¹²⁴³ *Ibid.*, p. 197-238.

¹²⁴⁴ *Ibid.*, p. 201.

peut guérir par simple acte de volonté ou par décision personnelle, mais qu'il est contraint de faire appel au médecin, à une aide extérieure : il y a un lien indéfectible de « la condition de malade à l'acceptation de l'«aide» d'autrui »¹²⁴⁵. Cette situation de dépendance à l'égard d'autrui implique que le malade souhaite nécessairement aller mieux, jugeant la maladie comme un indésirable. Il faut que le malade accepte cette conception de la maladie, autrement dit, qu'il adhère pleinement au rationalisme et au mythe médicaux, pour prétendre être véritablement et entièrement un « malade » :

Être malade, c'est donc être capable de dévier légitimement, mais la légitimation est soumise à la condition que celui qui souffre reconnaisse qu'il est indésirable d'être malade, que c'est quelque chose dont il se sent tenu de se débarrasser¹²⁴⁶.

Cette condition de malade se réalise ensuite par une totale coopération avec cet « autrui » qui a dû être convoqué comme une aide compétente¹²⁴⁷. Désresponsabilisation, acceptation, coopération et soumission sont donc les quatre piliers du statut du malade comme patient. Ce rôle, qui répond trait pour trait à celui du médecin, s'insère de manière complémentaire dans la structure de profession autonome de la médecine :

Ce rôle met le déviant entre les mains du docteur dans des conditions qui permettent à ce dernier d'exercer sa compétence sur la personne souffrante. Le rôle du médecin, à son tour, rend acceptable au patient ce que le médecin doit faire pour s'acquitter de sa fonction¹²⁴⁸.

Ainsi, le malade, entièrement désresponsabilisé de son état, est néanmoins rendu finalement responsable à l'égard de son médecin¹²⁴⁹ : il doit accepter d'endosser ce rôle de patient défini par le discours médical. Tel est, selon Parsons¹²⁵⁰, l'élément d'autorité essentiel à toute relation médicale.

Bien souvent, aller chez le médecin force naturellement à l'abandon de toute souveraineté sur soi : on ne s'appartient plus vraiment, on fait don de son corps et de ses dysfonctionnements aux sorciers de la science des maladies¹²⁵¹.

Le malade accepte de soumettre son corps, jusqu'à la nudité, mais aussi son existence temporelle¹²⁵², au médecin. Il est l'objet impuissant de la compétence technique du médecin. Ainsi se définit l'interaction du malade et du médecin par le biais de la position de patient, renforçant le système médical au sein du cabinet comme en dehors puisque le fait d'isoler le malade de ceux qui vont bien, le fait de le priver de ses droits inconditionnels, renforce la motivation des biens portants à ne pas tomber malades¹²⁵³.

Cet assujettissement du malade par le statut de patient, qui dévoile une relation de dominant-dominé, est masqué, tout en étant soutenu, par une distinction plus supportable

¹²⁴⁵ *Ibid.*

¹²⁴⁶ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 232.

¹²⁴⁷ *Ibid.*

¹²⁴⁸ *Ibid.*

¹²⁴⁹ Parsons, T., 1955, *op. cit.*, p. 236.

¹²⁵⁰ *Ibid.*, p. 237.

¹²⁵¹ Page, M., 2000, *Comment je suis devenu stupide*, Paris, Éditions Le Dilettante, p. 58.

¹²⁵² Poirier, J., Salaün, F., 2001, *Médecin ou malade ?*, Paris, Masson, p. 180.

¹²⁵³ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 232.

pour les malades qui, rappelons-le, sont l'une des conditions nécessaires d'autonomisation de la médecine. Cette distinction est celle du profane et du professionnel. C'est parce que le médecin possède un savoir qu'il peut justifier de sa prise de pouvoir sur le malade : « le médecin est un technicien dont la compétence, les jugements et les prescriptions ne peuvent pas être appréciés d'une manière adéquate par le profane »¹²⁵⁴. Le système médical s'organise tout entier autour de l'idée que le profane est incapable d'évaluer la nature de son problème personnel et la manière adéquate de le traiter¹²⁵⁵. C'est bien le savoir médical, condition d'organisation de la professionnalisation de la médecine, qui qualifie le statut de patient « ignorant et déraisonnable »¹²⁵⁶ du malade. Ainsi, sous couvert du savoir technique médical que le malade ne possède pas, le médecin lui retire presque entièrement sa qualité de sujet, le réifie. Le malade est défini comme entièrement incapable de faire preuve d'un « haut niveau de rationalité dans son jugement », il est un profane « ouvert et exposé à toute une série de croyances et de pratiques irrationnelles, ou non rationnelles »¹²⁵⁷. Sans aller aussi loin dans la virulence du propos, nous pouvons cependant reconnaître la justesse de l'analyse de l'écrivaine Anne-Marie de Vilaine :

Il y a un rapport de force très inégal entre le médecin et le malade, entre celui qui agit et qui sait et celui qui subit sans comprendre, et ça vous plait. Vous écrasez le malade du poids de votre compétence. Vous ne savez donc pas qu'elle existe surtout dans la mesure où il vous la reconnaît¹²⁵⁸.

Le discours médical dans la clôture de son autonomie professionnelle a en effet abandonné toute prétention de séduction du public pour appliquer « aveuglement » sa rationalité abstraite. « L'ordre tombe de haut, du haut de l'autorité médicale. Moi, tout en bas, je suis sur un lit, en pyjama [...] Je ne suis rien »¹²⁵⁹. La rencontre avec le médecin est vécue comme une « sujétion »¹²⁶⁰, autrement dit une subjectivation qui mène à une totale objectivation, une aliénation de soi en tant que sujet, dans laquelle le malade est de fait interdit de lui-même¹²⁶¹ au profit du pouvoir du médecin¹²⁶².

Le patient est réduit au rôle d'objet que l'on répare, même s'il n'a aucune chance de sortir de l'atelier. On a oublié qu'il pourrait être un sujet que l'on aiderait à guérir, ou à boiter à sa manière dans la nature¹²⁶³.

¹²⁵⁴ Parsons, T., 1955, *op. cit.*, p. 235.

¹²⁵⁵ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 341.

¹²⁵⁶ *Ibid.*, p. 343.

¹²⁵⁷ Parsons, T., 1955, *op. cit.*, p. 213.

¹²⁵⁸ De Vilaine, A. M., 1976, *Un regard plus tranquille*, Paris, Julliard, p. 68.

¹²⁵⁹ Briche, G., 1979, *Furiculum vitae, chronique hospitalière d'un lupus : pour un nouveau malade*, Paris, Imprimerie Souchet, p. 101-102.

¹²⁶⁰ Dagognet, F., 1998, « De l'exercice du pouvoir médical », Abtroun, S., (dir.), 1998, *op. cit.*, p. 65-73, ici, p. 66.

¹²⁶¹ Briche, G., 1980b, *op. cit.*, p. 28.

¹²⁶² *Ibid.*, p. 35 : « Si le malade renie la nature, son corps, fait le "vide biologique", s'il se démet de ses responsabilités organiques et oublie tout son savoir empirique sur lui-même, c'est pour être investi tout entier par le médecin, au pouvoir imposant et gonflé par son mythe ».

¹²⁶³ Illich, I., 1975, *op. cit.*, p. 109.

Les dérives de la réification

Cette passivité du patient et l'objectivation qui y est liée ont été tragiquement mises en exergue par les dérives médicales du régime nazi, au cours duquel « la négation de la vie a été ordinairement prescrite »¹²⁶⁴. Apogée de l'objectivation iatrogène de l'être humain, l'homme était devenu aux yeux des médecins nazis, « un simple matériau »¹²⁶⁵ et les malades des corps « disponibles »¹²⁶⁶. Hans Münch (1911-2001), dernier médecin nazi d'Auschwitz alors encore en vie, se confiait en 1998¹²⁶⁷ au journal *Spiegel* en ces termes : « J'ai pu faire sur des êtres humains des expériences qui d'ordinaire ne sont possibles que sur des lapins [...] Ce fut un travail important pour la science ». C'est au nom de l'utilité, pour la santé des générations futures, que les médecins nazis se livraient à des expérimentations sur la mort en hypothermie, sur la malaria ou l'effet des gaz toxiques. Loin d'être la dérive de quelques fous, ou des actions réalisées sous contraintes, on a assisté au contraire au déploiement par de fameux scientifiques européens (qui seront d'ailleurs engagés plus tard, notamment par les États-Unis, dans des structures de recherche médicale) de la rationalité médicale telle qu'apparue au XIX^e siècle. « Le malade qui avait servi de matériel éducatif pour le clinicien s'est transformé en matière première pour l'avancement de la science médicale »¹²⁶⁸. Les dérives de la médecine nazie sont directement issues de la biopolitique¹²⁶⁹, comme le reconnaît Yves Terson :

[Elles vont] chercher très loin, au début du XIX^e siècle quand, comme le dit Michel Foucault, la biologie entre dans le politique, quand cette morale kantienne sur laquelle se rapprochaient les droits de l'homme va être grignotée par ce qu'on peut appeler la pensée biologique, c'est-à-dire la disparition progressive de l'individu dans la pensée médicale au bénéfice du corps social¹²⁷⁰.

Le darwinisme social et l'eugénisme inhérents au rationalisme abstrait de la médecine scientifique qui s'était modelé sur une anthropologie non critique de l'homme normal, ont en quelque sorte « enfant[é] une destruction du sens de l'individu dans la pensée médicale »¹²⁷¹ qui s'est concrétisée dramatiquement dans les expérimentations médicales menées par les nazis. Sans tomber dans l'amalgame entre les actions cruelles, inhumaines et criminelles des médecins nazis et le potentiel de domination du patient par le médecin dans la relation clinique, il nous faut pourtant reconnaître la racine commune du pouvoir médical et des exactions médicales nazies : la considération implicite du malade comme objet de la médecine. « La médecine sous le nazisme ne se distingue de la médecine d'avant ou d'après elle que sur un point : les chercheurs pouvaient faire ce qu'ils

¹²⁶⁴ Abtroun, S., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 24.

¹²⁶⁵ *Ibid.*

¹²⁶⁶ *Ibid.*, p. 25.

¹²⁶⁷ *Libération* du lundi 5 octobre 1998, cité par Martin, N., 2001, « Avant-propos », Abtroun, S., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 3-10, ici, p. 4.

¹²⁶⁸ Illich, I., 1975, *op. cit.*, p. 121.

¹²⁶⁹ Voir à ce propos Agamben, G., 1997, *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Seuil, notamment la troisième partie sur « Le camp comme paradigme biopolitique du moderne ».

¹²⁷⁰ Abtroun, S., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 30.

¹²⁷¹ *Ibid.*, p. 31.

voulaient »¹²⁷². Le malade « patient » apparaît toujours comme l'« alibi de la médecine »¹²⁷³. La destruction du sens de l'individu de la pensée médicale, que Ternon dénonce dans son analyse des dérives nazies, est au cœur de la genèse de la rationalité médicale moderne, ainsi que nous l'avons montré précédemment.

Une chose est sûre : les incommensurables excès de la Seconde Guerre Mondiale vont conduire médecins et malades à remettre en question l'application du pouvoir médical. Ainsi s'ouvre la condition de possibilité théorique de la remise en question du statut du malade et de sa qualification comme patient. Car cette notion, qui rend compte de la nécessaire asymétrie de la relation médicale dont l'intensité varie selon les situations, sujet à objet dans du chirurgien opérant son malade endormi, expert à témoin¹²⁷⁴ dans le cas de la relation clinique générale, implique néanmoins une disqualification du malade. Certes, la position du malade-patient ouvre la voie à deux configurations d'interaction dans le traitement que l'on peut qualifier avec Szasz et Hollander¹²⁷⁵ d'*activité-passivité* où le patient est un objet passif ou une de *guidance-coopération*, modèle de la situation médecin-malade¹²⁷⁶, où l'accord du patient est nécessaire pour qu'il accepte et suive les conseils du médecin. Mais, dans ces deux cas, le médecin reste à l'initiative de l'interaction avec le patient qui est, à différents degrés, soumis aux exigences médicales. En tant que patient, le malade est toujours l'objet passif du pouvoir médical ; il est un sujet *soi-nié*, sa qualité de sujet lui est refusée, et ce malgré les apparences de coopération active :

[L]e dialogue chaleureux du médecin et du patient n'est qu'un pis-aller ou un adjuvant ; l'objectif de prédilection, c'est détruire « le miasme délétère » maîtriser les accidents organiques, intervenir par la physique ou la chimie¹²⁷⁷.

Le terme de « patient » témoigne, dès le XIX^e siècle, d'une objectivation nécessaire, mais parfois excessive, de la médecine vis-à-vis de celui qui devient son objet, et ce bien qu'il soit sujet. Il marque, parfois à jamais, comme un stigmate¹²⁷⁸ l'identité du sujet qui a été souffrant et patient.

L'apparition de la figure du malade moderne

Ce modèle d'objet scientifique et disciplinaire va déterminer l'apparition du malade en tant que figure sociale. Selon Claudine Herzlich et Janine Pierret, la figure du malade, existentiellement et socialement, se cristallise sous sa forme moderne au XIX^e siècle : « Il apparaît en tant qu'individu dans son expérience concrète, mais aussi, et inséparablement, en tant que statut collectif : le malade est défini désormais par sa place dans l'ensemble social »¹²⁷⁹. Ainsi, contre les analyses de Nicholas Jewson¹²⁸⁰ qui énoncent la disparition de

¹²⁷² Klee, E., 1997, *La médecine nazie et ses victimes*, Paris, Solin Actes Sud, cité par Martin, N., 2001, *op. cit.*, p. 4.

¹²⁷³ Briche, G., 1980b, *op. cit.*, p. 30.

¹²⁷⁴ Engel, P., 2001, « La vérité malgré tout », Khayat, D., Martin, N., Spire, A., (dir.), 2001, *Mots pour maux*, Paris, Le Bord de l'Eau, p. 59-64, ici, p. 62.

¹²⁷⁵ Szasz, T., Hollander, M., 1956, « A contribution to the Philosophy of Medicine », *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, XCVII, p. 585-592.

¹²⁷⁶ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 313.

¹²⁷⁷ Léonard, J., 1978, *op. cit.*, p. 129.

¹²⁷⁸ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 239.

¹²⁷⁹ Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *op. cit.*, p. 55.

l'homme malade de la cosmologie médicale tandis que se déploie le discours clinique, les sociologues affirment que néanmoins cette même rationalité, qui réduit la multiplicité des symptômes, sous-tend une homogénéité du statut qui résulte identiquement des différentes formes de faillite du corps.

La diversité des maux renvoie pourtant à une place constante dans la société et à une identité commune. Probablement fallait-il, justement, que la foisonnante individualité du mal soit réduite pour que puisse se dessiner le personnage du malade¹²⁸¹.

Si la parole du malade a certes été mise de côté par le développement de la médecine moderne¹²⁸², le détachement de la maladie, au cours du XIX^e siècle, d'une métaphysique du mal à laquelle elle était rattachée depuis plusieurs centaines d'années¹²⁸³ a permis l'apparition du personnage moderne du malade. Au-delà de la diversité des atteintes, le malade occupe désormais une place spécifique dans la société grâce à cette nouvelle configuration du mal : il se situe à sa marge et fait l'objet du travail disciplinaire médical de réintégration sociale. Le malade est un objet de régulation biopolitique, ce qui lui confère tant une place sociale spécifique qu'une existence déterminée par cette sociabilité issue de sa pathologie. Herzlich et Pierret voient dans la tuberculose, mal du XIX^e siècle par excellence, le lieu de basculement de l'identité du malade. Contrairement aux épidémies anciennes, la tuberculose ne tue pas rapidement et en grande quantité et ne conduit donc pas à l'exclusion des malades de la société, comme c'était le cas pour la peste ou la lèpre. Au contraire, le fait même que la tuberculose tue lentement contraint la société à prendre en charge ces tuberculeux qui peuvent désormais vivre avec leur maladie. La tuberculose est une forme de vie et non plus seulement une forme de mort, « elle laisse donc percevoir le malade, la condition qui est sienne, l'image qu'il se fait de lui-même, et celle que les autres ont de lui »¹²⁸⁴. Il y a une vie de malade qui voit le jour et qui questionne la société. Les malades ont un monde qui n'est plus entièrement coupé de celui de la société – ainsi peut-on rendre visite aux tuberculeux dans les sanatoriums – qui tente au contraire de les maintenir en son sein dans une forme de régulation générale.

La maladie socialisée marque l'apparition et la reconnaissance d'un personnage, le malade, face auquel la société a des devoirs et des obligations. La maladie va se lire à travers ses rapports avec un ordre social¹²⁸⁵.

Il faut dire que la médecine scientifique et son concept biomédical de la maladie ont, en partie, déresponsabilisé¹²⁸⁶ le malade en déterminant la maladie comme un tiers. L'anatomoclinique et son primat du cadavre, puis l'étiologie pasteurienne ontologique et exogène, ont fait du malade un être passif, soumis aux lois de son dérèglement interne ou à

¹²⁸⁰ Jewson, N. D., 1976, « The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870 », *Sociology*, 10, p. 225-244.

¹²⁸¹ Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *op. cit.*, p. 56.

¹²⁸² Fissell, M. E., 1991, « The disappearance of the patient's narrative and the invention of hospital medicine », French, R., Wear, A., (éds.), 1991, *British medicine in an age of reform*, London and New York, Routledge, p. 92-109. Voir également le premier chapitre de ce travail.

¹²⁸³ Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. 200.

¹²⁸⁴ Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *op. cit.*, p. 56.

¹²⁸⁵ *Ibid.*, p. 212.

¹²⁸⁶ Parsons, T., 1951, *op. cit.*

l'attaque d'entités extérieures, et dès lors aux décisions du médecin. Mais elles ont surtout conduit à rendre le corps, comme entité matérielle, suspect. Le mécanisme du contact rend le corps, n'importe quel corps, suspect d'être source d'infection, comme une souillure ou un miasme. Avec cette modification des représentations, cette nouvelle nosologie, la multiplicité des vecteurs de contagion se fait jour, libérant le malade du poids de la responsabilité mais qualifiant désormais les corps du médecin et du malade comme possiblement contagieux¹²⁸⁷. Nous l'avons vu dans les derniers développements de l'hygiène, la responsabilité tient en grande partie à l'environnement et à la gestion publique des conditions de vie. La maladie et la santé sont devenues une question sociale et politique.

Même si la coïncidence du corps de la maladie sur le corps du malade, qui a révolutionné la médecine, implique une individualisation du statut de malade, cette dernière ne se réalise que dans une socialisation singulière, en accord avec la prééminence de la fonction-sujet. Si chaque individu est considéré en lui-même dans une perspective disciplinaire, c'est toujours en relation avec la société et sa régulation biopolitique que son identité et son statut sont envisagés. On a donc assisté au cours du XIX^e siècle et à l'aube du XX^e siècle, à un double mouvement d'individualisation et de socialisation de la maladie : « une nouvelle catégorie a définitivement émergé : *le malade*. Être "*un malade*" dans la société d'aujourd'hui a cessé de désigner un état purement biologique pour définir l'appartenance à un statut, voire à un groupe »¹²⁸⁸. Être malade est devenu, pour soi, une identité, et pour les autres, une perception sociale. La discipline est devenue biopolitique, sans pour autant disparaître. L'association du travail et de la santé est ici exemplaire, car désormais le malade a un statut social spécifique : celui de ne pas travailler. C'est ce que confirmera la création en 1945 de la Sécurité sociale, institutionnalisation de l'interdépendance entre santé et travail : être malade coïncide avec la sortie du monde du travail pour l'entrée dans le monde médical. « [L]'organisation sociale du traitement crée les conditions d'organisation de l'expérience de la maladie, des relations avec autrui et de l'existence même du malade »¹²⁸⁹. La Sécurité sociale est un instrument d'organisation sociale de la maladie¹²⁹⁰ et « transforme progressivement chaque malade en usager de la santé »¹²⁹¹. La collectivité est alors officiellement et concrètement responsable du bien-être de ses membres. La maladie, associée à l'incapacité de travail, devient un droit, reconnu par la médecine. Être malade c'est désormais s'arrêter de travailler et se faire soigner ; ainsi est reconnu au malade un statut d'individu inactif libéré des devoirs de la production et accepté comme tel. De nouveaux droits et devoirs vont lui être assignés qualifiant sa relation spécifique au monde social.

L'identité du malade s'organise désormais entièrement autour de son lien avec le social et le médical : « la rupture de la capacité à faire et de l'intégration sociale, ainsi que le rapport à la médecine, plus que la transformation de l'apparence, marquent aujourd'hui le corps malade »¹²⁹². À travers la reconnaissance d'un droit à la maladie auquel donne accès l'activité professionnelle, s'est défini un nouveau statut du malade entièrement encadré par la médecine. Le « bon malade » a le devoir de rechercher auprès du médecin

¹²⁸⁷ Delaporte, F., 2004b, « Contagion et infection », Lecourt, D., (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 283-287, ici, p. 286.

¹²⁸⁸ Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *op. cit.*, p. 81-82.

¹²⁸⁹ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 300.

¹²⁹⁰ Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *op. cit.*, p. 217.

¹²⁹¹ Poirier, J., Salaün, F., 2001, *op. cit.*, p. 116.

¹²⁹² Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *op. cit.*, p. 131.

une aide compétente, et de coopérer avec lui, et c'est seulement à ce prix là qu'il pourra sortir de la sphère du travail. Car l'autonomie de la médecine, qui vaut comme monopole sur les questions de santé et de maladie, engage nécessairement le malade dans une relation médicale. C'est donc toujours à l'aune de la médecine et de son pouvoir que se dessine la figure du malade.

[L]e comportement des personnes malades, ce qu'elles font comme ce qu'elles ne font pas, ce qu'elles disent comme ce qu'elles taisent dépend de leurs attitudes vis-à-vis des maladies, de la médecine, des médecins¹²⁹³.

Pour bénéficier du statut social de malade, l'individu doit se soumettre aux règles médicales espérant ainsi profiter de son efficacité. Car, rappelons-le, pour fonctionner comme profession autonome, la médecine doit modeler le malade aux exigences de son rationalisme abstrait : « *la médecine crée* les possibilités sociales de se conduire en malade »¹²⁹⁴. Le malade est donc contraint, pour être appelé ainsi, à devenir « patient » ; contrainte qu'il accepte facilement tant cette position de patient est la condition de réalisation de la puissance de guérir que la médecine promet. Mais ce n'est pas sans résistance que se réalise cette opération et loin de considérer que le malade fut un être silencieux jusqu'à la tragédie nazie, il faut au contraire comprendre l'émergence de la figure sociale du malade comme l'apparition d'une voix dans le silence médical, le développement d'un regard critique à l'égard du regard médical.

Les plaintes des martyrs

De nouvelles sources historiques nous offrent aujourd'hui accès à la parole des malades et témoignent de l'impact du développement de la médecine scientifique sur l'expérience des patients. Le récit d'hospitalisation¹²⁹⁵ à l'Hôtel-Dieu du caricaturiste Alfred Le Petit (1841-1909) présente ainsi, en mots et en images, la vie des malades dans la salle commune d'un hôpital parisien où loin des prescriptions institutionnelles et politiques, le monde médical reste, au début du XX^e siècle, essentiellement peuplé d'indigents pris en charge par des religieuses et soignés par des médecins dont la scientificité est tout idéale et la qualité jugée au nombre annuel de morts¹²⁹⁶. Le travail, mené par Serenella Nonnis-Vigilante¹²⁹⁷ sur un corpus retrouvé dans les archives de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris et constitué de lettres écrites en 1876 et 1915 par des patients au directeur de l'Assistance publique et de l'hôpital où ils furent accueillis, mais aussi au préfet de la Seine, au commissaire de police ou encore au ministre de l'Intérieur, présente également une histoire différente de celle du discours médical officiel. À l'aune de ces deux sources, nous pouvons retracer l'apparition d'un discours critique à l'égard de l'institution hospitalière dans son ensemble, que ce soit les médecins, les personnels soignants ou les services intérieurs, qui, concomitant de la promulgation de normes sur l'assistance

¹²⁹³ Hoerni, B., 1988, *Réflexions sur les personnes malades. Changements et continuité*, Paris, Doin, p. 5.

¹²⁹⁴ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 211.

¹²⁹⁵ Doizy, G., Le Petit, J.-F., (éds.), 2007, *Alfred Le Petit. Je suis malade. Curieux carnets d'un séjour à l'Hôtel-Dieu en 1903-1905*, Paris, Éditions Alternatives.

¹²⁹⁶ *Ibid.*, p. 68 : « Dans chaque service, à la fin de l'année, on cite ceux qui ont eu le moins de morts ».

¹²⁹⁷ Nonnis-Vigilante, S., 2010, « Les sources de la plainte : pour une histoire des rapports médecins-malades en France aux XIX^e-XX^e siècles », Belmas, E., Nonnis-Vigilante, S., (éds.), 2010, *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, p. 239-260.

médicale domiciliaire gratuite, sur l'assurance-maladie et sur la santé publique, se présente comme le revers de la médicalisation de la société et de l'hôpital. L'intérêt des gouvernants pour la santé des indigents et des travailleurs conduit ces derniers à s'extraire du giron médical pour affirmer leurs points de vue sur les conditions de soins. À l'émergence d'un médecin laïc, converti aux principes hygiénistes et aux théories pastoriennes et en quête de reconnaissance scientifique et sociale, répond ainsi l'apparition d'un « hospitalisé de type nouveau, de plus en plus conscient de son droit aux soins sanitaires gratuits ainsi qu'au respect dû à sa dignité d'individu qui souffre physiquement et moralement »¹²⁹⁸.

Il est intéressant de remarquer que le propos de ces malades ne concerne en effet pas l'organisation de l'hôpital, la moindre qualité de la nourriture, le manque de chauffage ou les carences d'hygiène, mais bien le traitement reçu de la part des soignants. Et les malades ne sont pas tendres à leur égard parlant de leur agressivité, leur incompétence, leur négligence, leurs abus, et témoignant d'une violence et d'une cruauté inhérentes à la prise en charge des corps. Les patients dénoncent ainsi

[...] les longues et exténuantes heures d'attente du médecin, la violence physique et verbale qui caractérise les visites dans les salles de consultation, l'état de solitude dans lequel le patient se retrouve abandonné pendant des heures et des heures, pour ne pas dire des jours, l'incompétence des internes auxquels ils sont confiés par les médecins en chef, le pouvoir des religieuses dans leur domaine confessionnel, les fautes de diagnostic, les opérations pratiquées sans consentement, la mort, et jusqu'à la fâcheuse pratique de l'autopsie sans l'autorisation des familles¹²⁹⁹.

Le corps des patients apparaît sous leur plume comme un corps *martyrisé*¹³⁰⁰ par des soignants cruels et incompétents. Ainsi, ce voyageur de commerce, entré le 11 mars 1905 à la maison de santé Dubois pour une fistule anale, raconte qu'il a tout d'abord passé plusieurs jours seulement pris en charge par des infirmières et des internes, subissant des jeûnes et des purges, l'ingestion de pilules d'opium en parallèle de triste repas de lentilles froides sans pain, confronté à de faux départs pour la salle d'opération. Ce n'est finalement que le 1^{er} avril, après 18 jours au lit sans bouger ni manger qu'on l'a déconstipé. Et comme il le rapporte lui-même : « Ce jour-là personne ne m'a regardé. Le lendemain dimanche le docteur n'est pas venu ». Interrogé, suite à la plainte du patient, le médecin a une tout autre version de l'épisode et explique que « la plaie a réussi par première intervention, cas extrêmement rare. Il [le patient] a été guéri exceptionnellement vite, vu que le séjour moyen des malades de la même catégorie à l'hôpital est de 6 à 8 semaines »¹³⁰¹.

Les femmes sont tout particulièrement l'objet de traitement inhumain du fait de leur vulnérabilité sociale. Le frère d'une patiente écrit ainsi au directeur de l'hôpital Tenon en octobre 1882 : « Les internes, non contents d'ausculter brutalement les malades en les menaçant au moindre gémissement, les abandonnent quatre jours consécutifs sans pansement, sans ordonnance pouvant atténuer les souffrances »¹³⁰². Il soupçonne l'hôpital de réaliser des expériences sur sa sœur : « [J]e me demande si ma sœur est considérée

¹²⁹⁸ *Ibid.*, p. 240.

¹²⁹⁹ *Ibid.*, p. 242.

¹³⁰⁰ *Ibid.*, p. 244.

¹³⁰¹ *Ibid.*

¹³⁰² *Ibid.*, p. 246.

comme un sujet guérissable et en ce cas si c'est bien pour la sauver qu'on lui fait souffrir ses souffrances, où si elle est un sujet de simples expériences et de fantaisie »¹³⁰³. On voit ici poindre le cœur du questionnement des patients à propos de la nouvelle médecine qui s'impose à eux : peut-elle me prendre en charge comme un sujet et non simplement comme un objet ?

Cette interrogation est renforcée par les méthodes mêmes d'enseignement et de formations des internes et notamment les célèbres visites-leçons que font les médecins avec leurs élèves, sans considération aucune pour la pudeur des patients¹³⁰⁴, ni même pour l'épreuve vécue lors du diagnostic. La fille d'une patiente s'insurge dans une lettre à cet égard écrite en 1898 « contre cette façon de faire scandaleuse et inhumaine qui apprend à une mère qu'elle est atteinte d'une maladie incurable que nous nous efforçons de lui cacher »¹³⁰⁵. Les patients craignent le médecin qui leur impose la nudité, les traite comme des cas plus que comme des êtres humains et les soigne mal ainsi que le dénonce cette patiente opérée d'une infirmité qu'elle n'avait pas ou cette autre amputée d'un bras sans son consentement¹³⁰⁶ !

Ce sont les pratiques de chirurgiens qui sont certainement les plus sujettes à critiques. Les salles d'opération, véritables abattoirs¹³⁰⁷ sont le théâtre des pires scènes de torture et d'infamie. Outre les pratiques anesthésiques qui, dominées par l'usage du chloroforme, sont chancelantes et permettent à certains malades de se réveiller en cours d'opération, ce sont surtout les pratiques mêmes des médecins qui font l'objet des plus grandes récriminations. Alfred Le Petit conte l'histoire de ce praticien, surnommé « Jack l'éventreur » qui opérait sans examen préalable et à la manière d'un « bourreau », au point que l'on pensait « qu'il devait avoir une remise des pompes funèbres »¹³⁰⁸. La salle d'opération, plus encore lors des opérations réalisées discrètement la nuit par des chirurgiens peu scrupuleux ou même des étudiants en quête d'exercices, est un lieu où l'on agit « en dehors des règles de l'humanité »¹³⁰⁹. Ainsi, un patient atteint d'une hernie à qui l'on avait promis d'être opéré par un interne-chef se retrouve entre les mains d'un débutant et ressort de son opération estropié pour finalement mourir quelques mois après. Cela montre, selon Le Petit, « avec quelle facilité parfois les chirurgiens jouent avec la vie humaine comme un enfant avec un pantin »¹³¹⁰.

Cet absence de respect de la dignité du corps humain s'impose jusque dans la mort comme le cas de cette fille autopsiée sans le consentement de sa mère et recousue avec une simple ficelle, alors même que sa parente qui écrit au directeur de l'Assistance publique, avait l'argent pour recoudre le corps de son « cher enfant » avec du fil d'argent considérant à juste titre qu'il s'agit là du « corps d'un être humain et non celui d'un animal »¹³¹¹. La profanation des cadavres apparaît comme une constante du monde médical du début du

¹³⁰³ *Ibid.*, p. 247.

¹³⁰⁴ « [...] il faut faire abandon de toute pudeur. Les médecins vous examinent à nu *et coràm populo* (devant tout le monde) », Doizy, G., Le Petit, J.-F., (éds.), 2007, *op. cit.*, p. 78.

¹³⁰⁵ Nonnis-Vigilante, S., 2010, *op. cit.*, p. 247.

¹³⁰⁶ *Ibid.*, p. 248.

¹³⁰⁷ Doizy, G., Le Petit, J.-F., (éds.), 2007, *op. cit.*, p. 78.

¹³⁰⁸ *Ibid.*, p. 105.

¹³⁰⁹ *Ibid.*

¹³¹⁰ *Ibid.*, p. 106.

¹³¹¹ *Ibid.*, p. 253. L'orthographe d'origine a été respectée.

XX^e siècle : les carabins en usent pour leurs rituels de passage¹³¹², tandis que les médecins se spécialisent dans les collections de membres, voire même une certaine forme d'art mortuaire. Le Petit rapporte qu'en plus d'emporter, contre les règles institutionnelles, des membres de sujets de dissection, nombreux étaient les professeurs et les étudiants qui les utilisaient pour se fabriquer des objets du quotidien : blague à tabac en testicules tannées, encrier dans une maxillaire inférieure ou portefeuille de peau¹³¹³ !

En définitive, l'opinion publique s'avère très critique à l'égard de ces médecins qui peuvent devenir d'infâmes bourreaux martyrisant sans ménagement les malades, les laissant parfois mourir indignement, agonisant seuls dans une salle, et mutilant finalement leurs cadavres. Une forme de défiance qualifie les relations entre la société et la médecine à l'aube du XX^e siècle : les indigents vont à l'hôpital sachant qu'on y fait des « essais »¹³¹⁴ sur leurs corps, tandis que dans la bourgeoisie « on a horreur de l'hôpital. On croit généralement que les malades ne servent qu'aux expériences des médecins qui essaient le bon ou le mauvais résultat de leurs drogues avant de les donner à leur clientèle qui est à ménager celle-là ! »¹³¹⁵, mais on se méfie également des médecins de villes qui « agissent seuls et sans contrôle »¹³¹⁶. La presse se fait d'ailleurs l'écho de cette « effroyable impopularité » qui accable le corps médical, coupable d'abandonner « les malheureux dont ils avaient reçu la mission de soulager les souffrances sinon de sauver la vie », parlant même d'un véritable « suicide » de la caste médicale¹³¹⁷. Comme le résume Nonnis-Vigilante, les médecins n'ont « pas encore développé un sentiment de solidarité vis-à-vis des malades »¹³¹⁸ et face aux attaques répétées de l'opinion publique, ils se défendent d'ailleurs en accusant d'une part les patients grossiers et exigeant la guérison alors qu'ils ne suivent pas leurs recommandations et d'autre part les pouvoirs publics qui n'améliorent ni les hôpitaux, ni la santé de la population.

Finalement, la diffusion de l'idéal hygiéniste et scientifique de la médecine moderne dans la population s'est accompagnée du développement d'une exigence des citoyens à l'égard de la médecine qui ne parvient pas assez à prendre en considération les souffrances physiques de l'homme comme les souffrances morales de l'individu. La santé de chacun comme de tous est une question sociale plus que scientifique et, comme l'avait compris Le Petit, c'est dans les hôpitaux que les « orateurs populaires qui promettent le bien-être à leurs électeurs par des paroles dorées devraient venir étudier cette fameuse question »¹³¹⁹. La parole des malades se fait jour, au cœur des hôpitaux de la fin du XIX^e siècle et de l'aube du XX^e siècle, comme une revendication d'ordre politique portée sur la scène publique par l'ensemble des citoyens, comme une voix qui plus jamais ne se taira.

Néanmoins, la route sera longue et parsemée d'obstacles, dont le premier et le plus essentiel pour que les malades parviennent à faire entendre leurs plaintes de manière collective, unifiée et constructive, pour s'extraire du modèle médical du patient-profane et s'édifier en contre-pouvoir valable, était de parvenir à se réunir. Seulement, cette possibilité a été, en un sens, prévue par le discours médical qui a produit un rôle de patient qui interdit

¹³¹² Doizy, G., Le Petit, J.-F., (éds.), 2007, *op. cit.*, p. 84.

¹³¹³ *Ibid.*, p. 97.

¹³¹⁴ *Ibid.*, p. 62-63.

¹³¹⁵ *Ibid.*, p. 77

¹³¹⁶ *Ibid.*

¹³¹⁷ « Le suicide d'une caste », *L'Action*, 10 juillet 1907, cité par Nonnis-Vigilante, S., 2010, *op. cit.*, p. 255.

¹³¹⁸ Nonnis-Vigilante, S., 2010, *op. cit.*, p. 257.

¹³¹⁹ Doizy, G., Le Petit, J.-F., (éds.), 2007, *op. cit.*, p. 76.

toute association qui pourraient être source de contestation ou de remise en cause. L'autorisation d'expression du discours des malades devait donc venir du discours médical lui-même.

De l'impossible réunion à la permission médicale

Le développement professionnel du discours médical, que nous avons étudié précédemment, repose sur une acceptation de la clientèle, pour qu'il puisse atteindre l'autonomie. Mais, si « l'existence même d'une profession libérale a pour unique justification les besoins de sa clientèle » et que « l'idée que celle-ci s'en fait devrait avoir une forte influence sur la pratique »¹³²⁰, cette autonomie professionnelle interdit néanmoins aux profanes de dire quelque chose à propos des professionnels. S'ils « doivent avoir leur propre idée de ce qu'il leur faut et de ce qui est vraiment pour leur bien »¹³²¹, ils ne peuvent pour autant l'exprimer entièrement. L'organisation de la profession autonome et le rôle qu'elle attribue aux malades en son sein interdisent à ces derniers de se réunir en un groupe qui pourrait alors faire valoir sa légitimité. C'est ce contrôle sur la formation d'un potentiel contre-pouvoir qui permet à la profession de maintenir son autonomie et l'autorégulation qui l'accompagne. La profession ne s'évalue qu'en interne et établit donc, par le contrôle des personnages extérieurs, toute évaluation extérieure. « C'est ainsi que les malades constituent un groupe seulement du point de vue statistique, mais se voient refuser la possibilité de constituer une collectivité solidaire »¹³²², tout comme il est impossible aux professions paramédicales d'atteindre une autonomie professionnelle. La territorialisation médicale est totale. La seule chose que les membres « inférieurs » du monde médical peuvent faire, c'est de développer un professionnalisme à défaut d'une profession¹³²³. La carrière de malade-patient assure donc au médecin sa prééminence tout en empêchant aux malades de se réunir et de former une sous-culture nécessaire à la reconnaissance de leur légitimité. Le malade est toujours lié à des non-malades, à ses proches et aux malades, mais non à d'autres malades¹³²⁴ ; et même s'il parvenait à exprimer un jugement sur le travail médical, sa qualité de profane l'empêche d'être écouté.

C'est en vertu du caractère objectif et fiable de sa compétence d'expert que la profession médicale réclame l'autonomie pour décider de la teneur de son travail ; elle prétend que cette compétence est si complexe, si ésotérique qu'il faut avoir suivi l'enseignement approprié pour être capable de la connaître et de la juger¹³²⁵.

La profession médicale est entièrement autoréférencée, de manière à assurer l'autorégulation nécessaire à son autonomie. Cette clôture de la profession sur elle-même, source d'un pouvoir sans bornes sur son territoire, interdit tout changement venu de l'extérieur. Pour que les malades puissent acquérir un statut nouveau, il fallait donc, dans un premier temps, que les médecins autorisent la formation de groupes de malades, condition nécessaire du changement de statut de ces derniers.

¹³²⁰ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 342.

¹³²¹ *Ibid.*

¹³²² Parsons, T., 1955, *op. cit.*, p. 252.

¹³²³ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 80.

¹³²⁴ Parsons, T., 1955, *op. cit.*, p. 252.

¹³²⁵ Freidson, E., 1970, *op. cit.*, p. 349.

La formation de groupes de malades fut donc tout d'abord la conséquence du déploiement de la puissance de la profession médicale. Les victoires de la rationalité médicale contre les maladies infectieuses, notamment grâce aux antibiotiques développés depuis les années 1930, permettent à des malades, autrefois condamnés, de continuer à vivre. Sans être guéris, ils ne nécessitent plus d'intervention médicale intensive, tout en conservant l'obligation de continuer à se soigner. Ainsi que nous l'avons vu avec la tuberculose, il y a désormais une « vie de malade » qui n'est plus attendue de la mort. Le voyage au bout de la maladie d'un malade chronique comme Gérard Briche atteint d'un lupus « le conduit à un réel état de santé... même s'il n'est pas guéri »¹³²⁶. Les malades chroniques exemplifient ce devenir nouveau du malade qui doit moins lutter contre la maladie qu'apprendre à vivre avec. Il s'agit désormais pour eux d'apprendre à gérer leur maladie¹³²⁷. Pour ce faire, ils vont se réunir en association afin de construire et de valoriser leurs expériences de gestion. L'exemple du diabète est ici paradigmatique : après les découvertes de Claude Bernard sur la fonction glycogénique du foie, Étienne Lancereaux (1829-1910) met en évidence l'origine pancréatique du diabète en 1888, l'allemand Oskar Minkowski (1858-1931) confirme cette hypothèse l'année suivante en établissant le rôle du pancréas dans la régulation de la glycémie. En 1921, le chercheur canadien Frederick Banting (1891-1941) et son étudiant Charles Best (1899-1979) parviennent à purifier l'insuline à partir d'extraits de pancréas. Le traitement prouve rapidement son efficacité et dès l'année suivante l'insuline est produite industriellement. En 1938, l'Association Française des Diabétiques est créée à Paris pour accompagner, informer et défendre les personnes diabétiques et leur famille. Enfin, au cours des années 1950, avec la possibilité pour les diabétiques d'assouplir leur régime alimentaire défendue notamment par le français Henri Lestradet (1921-1997), la prise en charge autonome de soi devient obligatoire. Il s'agit désormais pour les diabétiques d'assurer un contrôle régulier de leur taux de glycémie et ce afin d'adapter au mieux tant le régime alimentaire adopté que les injections quotidiennes d'insuline. Les malades développent alors, avec le soutien des associations, une compétence propre dans le suivi et le traitement de leur affection. De la position du sujet soigné, le malade s'affirme progressivement agent de son traitement : il « cesse donc d'être un "soigné" pour devenir un "soignant" : soignant de lui-même, "autosoignant" »¹³²⁸.

Comme le souligne Herzlich et Pierret, l'apparition de ce nouveau malade est principalement due à deux facteurs médicaux :

[...] le recours à des techniques sophistiquées dont le maniement a été appris au malade par le médecin d'une part, [...] l'existence, d'autre part, d'une forme collective de prise en charge de la maladie à travers les « groupes de malades », eux aussi d'abord suscités par les médecins pour stimuler les patients dans cet apprentissage difficile. Donc si l'autonomie de l'autosoignant est conquise sur la médecine, au départ cependant elle lui a été déléguée par celle-ci¹³²⁹.

La médecine délègue donc aux malades leur propre suivi et soin quotidiens, et ce afin de rester centrée sur sa mission de lutte contre les maladies et non de gestion de la vie de

¹³²⁶ Tourolle, M., 1980a, « La santé, miroir de l'identité », *Autrement*, 26, p. 7-9, ici, p. 8.

¹³²⁷ Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *op. cit.*, p. 259.

¹³²⁸ *Ibid.*, p. 261.

¹³²⁹ *Ibid.*, p. 265.

malade, et c'est ce modèle qu'elle continuera à promouvoir, ainsi que nous le verrons. Acteur autorisé par la médecine d'une action médicale sur lui-même¹³³⁰, le malade chronique devient auto-soignant avec l'aval de la profession médicale qui ne se doute pas qu'elle engage là une révolution qui va pourtant la remettre totalement en question.

Mais dans un premier temps, loin de la contestation ouverte de l'ordre médical, l'auto-soignant comme gestionnaire de sa maladie chronique veut moins prouver son indépendance à l'égard du médecin et donc dénoncer l'incapacité du corps médical qu'affirmer l'existence d'un possible champ de soin autonome vis-à-vis du soin médical. Sa démarche s'apparente plus à un soin infirmier sans infirmière qu'à une médecine sans médecin. Les actes et la responsabilité délégués par le médecin au malade sont ceux des infirmières. Le soin n'est pas proprement curatif, mais accompagnant. Le terme français de « soin » ne rend pas compte de cette distinction des pratiques, pour préciser l'analyse, il faut recourir à l'opposition anglophone. L'auto-soignant pratique le *care*, tandis que le médecin pratique le *cure*. En ce sens, l'auto-soignant ne fait pas, dans un premier temps, concurrence à la profession médicale, car ce qu'il développe n'est pas à proprement parler une médecine de soi-même¹³³¹, mais plutôt un soin de soi-même de l'ordre du soin infirmier (*care*) qui ne s'oppose pas au *cure* du médecin. L'autonomie de l'auto-soignant est encore toute relative, au sens où il ne fixe pas lui-même les règles. Mais la médecine a néanmoins ouvert la porte de son territoire aux malades qui vont alors rapidement tenter de l'envahir, d'autant que ce territoire est en fait le leur. Les nouveaux sujets vont alors exprimer publiquement le besoin d'être « traités en adultes et de pouvoir prendre leur sort en main »¹³³² : ils souhaitent établir un contre-pouvoir à partir de ce qui reste leur propriété¹³³³. C'est à cette reconquête de leur territoire qui avait été confisqué par la médecine que les malades nouveaux vont désormais travailler. L'émergence d'un patient actif s'impose désormais comme une évolution nécessaire¹³³⁴.

¹³³⁰ Lagrée, J., 2004, *op. cit.*, p. 848.

¹³³¹ Évelyne Aziza-Shuster a montré que le thème du médecin de soi-même impliquait un rejet de la médecine et sa critique d'art inopérant, voire néfaste, Aziza-Shuster, E., 1972, *op. cit.*, p. 5.

¹³³² Thollier, T., 1955, *Regards sur le monde des malades*, Paris, Éditions Spes, p. 20-21.

¹³³³ Comme le précise Gérard Briche, le « pouvoir des médecins [reste la] propriété détournée des malades » (Briche, G., 1980b, *op. cit.*, p. 37).

¹³³⁴ Martin, J., 1978, « Le patient actif : une évolution nécessaire », *Chronique OMS*, 192, p. 55-61.

LA MALADIE, TERRITOIRE DE L'INDIVIDUALITÉ VIVANTE

[L]a moindre chose – celle qu'on croyait délimitée, stable, sans équivoque – débouche au contraire sur ce qui la conteste ou du moins la problématise¹³³⁵.

Tandis que les médecins ouvraient la voie au développement de pratiques autonomes de gestion de la maladie, faisant ainsi émerger les premières associations de malades, la critique de leur propre modèle était formalisée par l'un d'entre eux. Avant la fin de la Seconde Guerre Mondiale, les fondements philosophiques d'un modèle anthropologique nouveau pour la médecine étaient posés, offrant ainsi au mouvement d'affirmation des sujets de santé qui voyait naître ses prémisses, les conditions théoriques de possibilité de son déploiement. Les enjeux philosophiques d'un nouveau territoire – celui que cultivaient les malades au sein de leur association – étaient délimités, confrontant inexorablement le discours médical à ses contradictions et à son nécessaire renouvellement.

Georges Canguilhem, critique du positivisme médical

Agrégé de philosophie depuis 1927, c'est à l'aune de cette première formation que Georges Canguilhem aborda en 1943, pour sa thèse de doctorat de médecine, le problème du normal et du pathologique. Il se proposait d'« intégrer à la spéculation philosophique quelques-unes des méthodes et des acquisitions de la médecine », non pour rénover la médecine, mais pour « contribuer au renouvellement de certains concepts méthodologiques, en rectifiant leur compréhension au contact d'une information médicale »¹³³⁶. *L'Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* qu'il publia suite à sa soutenance, ne visait pas à résoudre le problème de la norme médicale mais simplement à le problématiser. Or, cette explicitation du problème, qui vise à le conserver plus qu'à le faire disparaître¹³³⁷, constitua la base d'une vision renouvelée de la médecine et de la possible transformation de son discours. En étudiant le traitement par le discours médical moderne du normal et du pathologique, il explicitait les fondements historiques, logiques et épistémologiques, et pointait donc les limites, de la conception biomédicale de la maladie et de la santé.

Identifiant la nature proprement quantitative de la distinction médicale du normal et du pathologique¹³³⁸ qui a caractérisé, comme nous l'avons montré, la médecine moderne, Canguilhem s'attache dans son essai à en retracer la genèse, en commençant par le « principe de Broussais » qui établit la « pathologie sur fond de normalité »¹³³⁹. Il montre dans un premier temps que son fondateur Broussais, comme son généralisateur Comte, ne parvient pas à donner une définition purement objective du normal, seule base scientifique à une homogénéité de la physiologie et de la pathologie. Au contraire, ils maintiennent tous

¹³³⁵ Dagognet, F., 2004, *La subjectivité*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, p. 57.

¹³³⁶ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 8.

¹³³⁷ Le Blanc, G., 1998, *Canguilhem et les normes*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 13.

¹³³⁸ Par exemple, je suis hypertendu car ma pression artérielle systolique est supérieure à 140 millimètres de mercure (Hg).

¹³³⁹ Foucault, M., 1985, « La vie : l'expérience et la science », *Revue de métaphysique et de morale*, 90^e année, n°1 : Canguilhem, janvier-mars 1985, p. 3-14, *Dits et écrits*, texte 361, vol. 2, p. 1582-1595, ici, p. 1591.

deux une conception floue, mais surtout normative, du normal, c'est-à-dire reposant non sur des faits, mais sur des valeurs. Dès lors, le principe de Broussais n'a de valeur qu'au sein d'un système qualitatif, alors même qu'il prétend annihiler toute référence non quantitative. Ce paradoxe fondateur semble néanmoins dépassé par la mise en application bernardienne où le normal devient une mesure. Mais, comme le montre Canguilhem, cette réussite de Claude Bernard n'est qu'apparente. En tentant d'évincer l'aspect qualitatif par transmutation des processus physiologiques en mécanismes, Bernard est conduit à introduire l'idée d'un « comportement rénal » spécifique du diabétique qui dépasse alors la simple modification quantitative mais renvoie à une conception qualitative de la pathologie. En outre, son explication mécaniste le contraint à opérer une division de l'organisme qui, seule, assure la validité de ses expérimentations. Il ne peut donc maintenir la validité du principe de Broussais qu'en ignorant la globalité de l'organisme vivant, ce dont témoigne sa conception du comportement comme schème technique spécialisé. Or, comme le rappelle Canguilhem, le point de vue du médecin implique d'envisager l'organisme dans son entier, ce qui interdit au principe de Broussais de s'appliquer, tant une modification quantitative locale implique un remaniement profond de la structure et des fonctions des organes essentiels (cœur, vaisseaux, reins, poumons) : « remaniement tel qu'il constitue pour l'organisme un nouveau mode de vie, un nouveau comportement, qu'une thérapeutique avisée doit respecter »¹³⁴⁰. Un comportement convoque toujours la totalité de l'organisme, et « parler d'un comportement rénal n'a de sens que si l'on redonne au terme de comportement la résonance globale de l'ensemble de l'organisme »¹³⁴¹. Il faut sortir d'une conception positiviste où la science prime sur la technique et le normal sur le pathologique, pour pouvoir retrouver une approche globale en biologie.

Canguilhem trouve dans les travaux du chirurgien René Leriche (1879-1955), les moyens de renverser cette perspective technique et physiopathologique. En se centrant sur la technique médicale, le chirurgien retrouve l'idée d'un individu biologique dans sa conception de la santé qu'il définit comme « la vie dans le silence des organes ». En allant du geste technique à la connaissance physiologique, Leriche rend compte de l'expérience du malade et introduit une relativité correcte des termes opposés¹³⁴² du normal et du pathologique. Cependant, tout en les critiquant à l'aune de sa pratique médicale, Leriche poursuit néanmoins, selon Canguilhem, les analyses positivistes. Car sa définition de la santé, si elle vaut pour le malade, ne peut valoir pour le médecin, tant le silence peut cacher des altérations organiques. Dès lors, Leriche se voit contraint, à son tour, de déshumaniser¹³⁴³ la maladie pour la définir comme une altération anatomique ou un trouble physiologique. « Une nouvelle fois, le résidu individuel est résorbé comme encombrant. L'individualité, c'est la gêne, l'altération non significative dans le diagnostic de l'état de maladie »¹³⁴⁴. Cette déshumanisation implique une négation de la réalité individuelle de la maladie, or, c'est précisément ce que Canguilhem cherche à rétablir. Donc, si Leriche maintient l'existence d'une différenciation qualitative du normal et du pathologique, notamment dans son étude de la douleur, il reste encore trop attaché, pour le philosophe, au

¹³⁴⁰ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 46.

¹³⁴¹ Le Blanc, G., 1998, *op. cit.*, p. 40.

¹³⁴² Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 52.

¹³⁴³ *Ibid.*, p. 53.

¹³⁴⁴ Le Blanc, G., 1998, *op. cit.*, p. 43.

principe de Broussais. Canguilhem lui reconnaît tout de même d'avoir eu la géniale intuition de penser les maladies comme « nouvelles allures de la vie »¹³⁴⁵.

Il y a une différence de nature entre la santé et la maladie et cette différence qualitative est irréductible à une variation quantitative, telle est la leçon de cette première partie de l'*Essai* qui invite finalement à lutter contre quatre postulats qui sont ceux de la médecine scientifique : la disparition d'un mal interne à la maladie, le refus de la valeur propre de la technique, la reconnaissance d'un postulat déterministe dans les phénomènes de la vie, la réduction de la qualité à la quantité.

Dans la seconde partie de l'*Essai*, Canguilhem tente donc de construire une philosophie biologique reconnaissant la réalité individuelle qualitative de la maladie en redonnant une valeur à la technique qui puisse rendre compte de l'impossible réduction déterministe de la vie. À partir d'une analyse des notions d'anomalie et d'anormalité, Canguilhem constate que la norme du vivant ne peut pas être une moyenne, sans quoi il est alors impossible de rendre compte de la diversité des vivants. La norme comme moyenne implique de comprendre toute anomalie – ce qui diffère de la norme – comme anormalité, comme pathologie. Or, les individus vivants sont la preuve que les variations biologiques ne sont pas nécessairement pathologiques. Ainsi, Napoléon qui avait, selon la légende, un pouls de 40 battements par minute, là où une personne « normale » a un pouls moyen de 70 battements par minute, n'était pas pour autant malade. Il est parvenu à mener une vie biologique normale (et même une vie sociale extraordinaire) avec cette anomalie. On peut donc être anomal sans être anormal, c'est ce qui explique la singularité et la diversité des formes individuelles du vivant. L'anomalie ou la mutation expriment avant tout d'autres normes possibles de vie possibles. Ce constat conduit Canguilhem à redéfinir le normal, la santé, comme, non plus une norme biologique moyenne, en tout cas, pas totalement, ni essentiellement, mais bien une capacité d'invention de nouvelles normes.

Ce qui caractérise la santé c'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles¹³⁴⁶.

La « normativité », cette capacité du vivant de créer ses propres normes biologiques, est un concept avancé par Canguilhem pour qualifier le processus même de la vie, comme une formation de formes individuelles¹³⁴⁷. Elle est le principe de l'individualisation de la vie et de la multiplicité des formes du vivant et c'est pour cette raison qu'elle s'impose comme la condition de possibilité d'une relecture des concepts biomédicaux à l'aune de l'individu malade. Autrement dit, ce concept devient la clé de voûte d'un ambitieux programme de reproblématisation de la pensée biologique et médicale qui puisse prendre en charge l'originalité du pathologique pour le vivant. Le propos canguilhémien consiste à proposer une philosophie concrète de la vie constituée sur une approche empirique de ses manifestations dans sa forme individualisée dont la plus explicite est la maladie.

La variation à l'égard de la norme n'est pathologique qu'à partir du moment où elle « interrompt un cours »¹³⁴⁸, à partir du moment où elle induit une rupture entre l'organisme et son milieu. « Un vivant est normal dans un milieu donné pour autant qu'il est la solution

¹³⁴⁵ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 59.

¹³⁴⁶ *Ibid.*, p. 130.

¹³⁴⁷ Canguilhem, G., 1957, *op. cit.*, p. 11.

¹³⁴⁸ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 86-87.

morphologique et fonctionnelle trouvée par la vie pour répondre à toutes les exigences du milieu »¹³⁴⁹. Il n'y a pas de vivant normal et de milieu normal, mais seulement des relations normales entre les deux. Il n'y a pas de normal et de pathologique en soi, mais une multiplicité de normes d'équilibre. Elles ne seront dites pathologiques que si ces normes sont inférieures en termes de stabilité, de fécondité et de variabilité de la vie. Autrement dit, n'est pas pathologique qu'une relation au milieu qui interdit la normativité, la création de nouvelles normes. Être malade est un moment où je ne peux plus m'adapter à mon environnement. En ce sens, la pathologie « est encore une norme de vie, mais c'est une norme inférieure en ce sens qu'elle ne tolère aucun écart des conditions dans lesquelles elle vaut, incapable qu'elle est de se changer en une autre norme »¹³⁵⁰. Tomber malade est donc normal, au sens où de nouvelles normes s'instaurent, mais c'est un état pathologique, car l'état alors engendré ne permet plus, dans le cadre général du milieu, de créer de nouvelles normes. Le malade n'est pas anormal « par absence de norme, mais par incapacité d'être normatif »¹³⁵¹. Dès lors, l'homme qui parviendrait à une santé parfaite serait lui-même pathologique du fait de son impossibilité à créer de nouvelles normes. *In fine*, la maladie révèle ce qui fait que le vivant est un vivant, la manière dont il peut vivre comme les autres, elle traduit « l'effort par lequel tout individu biologique cherche à se maintenir en vie et à accroître sa propre puissance »¹³⁵².

Ce retournement conceptuel opéré par Canguilhem à l'égard du positivisme, à partir de la valorisation du pathologique comme « expérience d'innovation positive du vivant »¹³⁵³, allait le conduire à développer une philosophie médico-biologique centrée sur l'individu.

La revalorisation de l'individualité dans la philosophie biologique canguilhémienne

L'*Essai* de 1943, en formulant le concept de normativité biologique, implique une théorie positive de l'individualité. D'une part, définie comme régulation interne, comme activité qui assure à l'organisme une harmonie avec son milieu interne, la normativité permet de qualifier l'organisme comme un tout indivisible. D'autre part, entendue comme activité créatrice, la normativité est un processus de différenciation qui assure, à ce tout, sa singularité. Par la création de ses propres normes vitales, le vivant s'individualise en transformant son environnement en milieu à l'aune de ses besoins. L'organisme, comme tout indivisible, fait sens, et par la création de normes, il fait rayonner¹³⁵⁴ ce sens dans le milieu extérieur en y inscrivant ses propres valeurs. L'organisme est un centre à partir duquel s'opère une modification du milieu. Cette opération de centration est au cœur du processus d'individualisation comme affirmation par le vivant de ses besoins singuliers dans un milieu qui, dès lors, se trouve référé à ces derniers. Le vivant découpe donc un « sens » dans le milieu extérieur en fonction de ses besoins et de l'établissement de ses propres normes ; et c'est par ce processus qu'il se singularise comme totalité organique individuelle. La normativité est toujours une force vitale « susceptible de modifier les

¹³⁴⁹ *Ibid.*, p. 91.

¹³⁵⁰ *Ibid.*, p. 120.

¹³⁵¹ *Ibid.*

¹³⁵² Le Blanc, G., 1998, *op. cit.*, p. 31.

¹³⁵³ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 122.

¹³⁵⁴ Canguilhem, G., 1957, *op. cit.*, p. 147 : « Vivre, c'est rayonner à partir d'un centre de référence qui ne peut lui-même être référé sans perdre sa signification originale ».

valeurs [normes] organiques, d'en instituer de nouvelles, d'en destituer d'anciennes »¹³⁵⁵ et permet au vivant de s'inscrire dans un rapport singulier et individualisant au milieu et à la vie. C'est en ce sens que Canguilhem parle d'une polarité de la vie¹³⁵⁶. Cette dernière est toujours un certain rapport de valeurs d'un individu à son milieu : elle ne se fait jour, comme normativité, que dans l'individualisation permise par la double caractéristique de cette normativité d'être à la fois activité régulatrice et différenciatrice. La vie ne se définit qu'à partir de ses différentes formes d'individualisation ; par conséquent, l'individualité biologique entendue comme ensemble de relations a une place centrale dans la biologie qu'il convient de repenser.

Mais l'individualisation du vivant dans son rapport au milieu ne se limite pas à une adaptation physiologique, le sens coextensif à ce processus ne se réduit pas à un carrefour d'influences physicochimiques. Le sens ne s'entrevoit que du double point de vue biologique et psychologique comme une appréciation de valeurs en rapport avec un besoin »¹³⁵⁷ qui s'éprouve et se vit. En remettant en question la définition abstraite de la vie biologique donnée par la physiologie scientifique, Canguilhem nous conduit vers la reconnaissance de la phénoménalité de la maladie et de la vie.

Subjectivité, sens et précarité du vivant

Dans son analyse de l'individualisation du vivant, Canguilhem est amené à faire valoir le ressenti et la conscientisation du sujet à l'égard de son individualité en devenir. Il affirme ainsi que pour apprécier le normal et le pathologique, il ne faut pas limiter la vie humaine à la vie végétative¹³⁵⁸. Il faut regarder au-delà du corps pour penser la santé de ce même corps. La santé doit être envisagée dans le rapport que nous établissons avec notre corps. Le normal et le pathologique sont des valeurs subjectives, elles n'existent qu'en référence « à une individualité soucieuse qui [les] décrypte, en fonction de ses normes propres »¹³⁵⁹. C'est donc à partir d'une forme de subjectivité individuelle que se pensent la santé et la maladie.

Les normes ont un sens existentiel autant que biologique et social : « elles supposent toujours une posture vécue, solidaire d'expériences subjectives du normal et du pathologique »¹³⁶⁰. L'adhésion ou l'écart à une norme implique un rapport fondamental à soi. La diversité des régimes de normalité comme des modalités du pathologique, autrement dit de l'histoire de la vie individuelle, tient en partie, est redoublée, par le rapport existentiel aux normes, par le sentiment du sujet de sa propre inadaptation à certaines normes ou par le recours, dans cette expérience, à d'autres normes (sociales, politiques) ou d'autres significations pour les mêmes normes (sens social, existentiel).

La critique canguilhémienne de Comte va ainsi jusqu'au positionnement de la subjectivité dans l'atteinte pathologique. La passivité dans la maladie ne va pas dans le sens d'une dissolution ou d'une diminution de la subjectivité, mais d'une réorganisation qui implique une activité contrariée¹³⁶¹. La maladie conduit à une réforme de la subjectivité qui

¹³⁵⁵ Le Blanc, G., 2002a, *La vie humaine. Biologie et anthropologie chez Georges Canguilhem*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 39.

¹³⁵⁶ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 77.

¹³⁵⁷ Canguilhem, G., 1957, *op. cit.*, p. 154.

¹³⁵⁸ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 133.

¹³⁵⁹ Le Blanc, G., 1998, *op. cit.*, p. 73.

¹³⁶⁰ Le Blanc, G., 2002a, *op. cit.*, p. 61

¹³⁶¹ *Ibid.*, p. 83.

valorise sa reconnaissance plus que sa négation. « La modification qualitative apportée par le comportement malade dans la vie individuelle spécifie la vie subjective »¹³⁶². La maladie modifie la subjectivité et la fait apparaître avec plus de force. Comme le précise Claire Marin, « La maladie démonte le sujet, elle expose l'architecture dissimulée de notre présence »¹³⁶³, elle suspend un instant la vie pour laisser entrevoir la subjectivité qui y est à l'œuvre, elle arrête un moment le langage pour y déceler la présence indicible du sujet. Mais Canguilhem va plus loin en affirmant que la pathologie « est la condition de surgissement de toute forme de subjectivité »¹³⁶⁴. C'est en effet dans la maladie que la vie se révèle valeur et que l'existence se thématise en fonction de cette valeur. Le saut qualitatif que le négatif de la maladie introduit est la condition du passage de l'individualité à la subjectivité, la douleur qui révèle ce négatif autorise l'émergence de la subjectivité au cœur de l'individualité vivante. « La maladie révèle, dans l'expérience de la douleur qu'elle présuppose, l'existence d'une individualité biologique, cherchant à apparaître, en ce qui concerne l'individualité humaine, comme subjectivité »¹³⁶⁵. L'individu s'éprouve sujet dans l'acte de conscience où il donne sens à cette perception de lui comme individualité. C'est en ce sens que seul l'individu peut être juge de situation pathologique¹³⁶⁶ et que la santé peut être dite inconscience où le sujet est de son corps¹³⁶⁷. La subjectivité se construit dans l'édification d'une continuité de sens des actes pourtant variés de normativité de l'individualité biologique. C'est la précarité de l'existence qui fait jaillir la subjectivité comme sens de la normativité. La subjectivité se fonde sur la précarité de la vie dont la valeur d'épreuve pour l'individualité humaine est fondatrice de subjectivité. Elle prolonge alors l'individualité vitale en ce qu'elle accomplit un retour sur les valeurs instauratrices du vivant humain à partir d'une conscience de la négation possible de ses valeurs de vie. La forme subjective émerge dans la conscience du conflit des valeurs de vie. Cette présence de la subjectivité dans la pathologie est ce qui fait la spécificité épistémologique et éthique de la médecine comme clinique des sujets individuels.

Seulement, la reconnaissance de la subjectivité comme poursuite de l'individualité vivante, l'affirmation de cette vie-sujet¹³⁶⁸, c'est-à-dire d'une capacité du vivant à être sujet de ses activités, ne peut se comprendre entièrement en référence à la vitalité biologique vécue individuellement. En effet, comme nous l'avons vu, les normes ont une signification biologique et existentielle, mais également sociale : on est toujours malade par référence aux autres comme par rapport à soi. Or, sans cette perspective sociale, la reconnaissance de la vie-sujet pourrait tendre à nier la spécificité de l'homme à l'égard des autres vivants et notamment des animaux. En effet, si la subjectivité est « l'effet conjoint d'une valorisation interne à la négativité de la vie et d'une valorisation produite par la possibilité de configurer des milieux de vie extérieurs »¹³⁶⁹, seule la conscientisation signifiante de la perception de la précarité vitale est une spécificité humaine. La capacité de configurer des milieux de vie appartient à tout vivant. L'analyse de la subjectivité doit donc se poursuivre dans le champ des formes sociales du vivant pour pouvoir comprendre la spécificité humaine

¹³⁶² *Ibid.*, p. 84.

¹³⁶³ Marin, C., 2008a, *Violences de la maladie, violence de la vie*, Paris, Armand Colin, p. 38.

¹³⁶⁴ Le Blanc, 2002a, *op. cit.*, p. 85.

¹³⁶⁵ *Ibid.*

¹³⁶⁶ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 119.

¹³⁶⁷ *Ibid.*, p. 52.

¹³⁶⁸ Le Blanc, G., 2002a, *op. cit.*, p. 239 et suivantes.

¹³⁶⁹ *Ibid.*, p. 191.

d'intervention sur le milieu. Car si le social s'enracine dans le vital la subjectivité n'est autre que la continuation de l'individualité, mais si le social relève d'une forme de production propre, étrangère à la vie, alors la subjectivité se retourne contre l'individualité.

Normativité sociale et subjectivité

Dans l'*Essai* de 1943, Canguilhem s'attachait à mettre en évidence la normativité vitale et s'était donc attardé sur l'enracinement du social au vital. Mais, notamment suite aux travaux de Michel Foucault¹³⁷⁰, il a été conduit à préciser les liens du vital au social afin de rendre compte plus précisément des événements de l'histoire humaine. C'est à ce titre qu'il développe, dans ses *Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique* de 1963-1966, une nouvelle figure de la norme présente en creux dans son travail de 1943 : la normalisation. Sans renier l'attachement du social au vital, il tente de spécifier le monde social, de l'étudier pour lui-même, dans le perspectivisme qui qualifie sa philosophie¹³⁷¹. Constatant que les normes sociales, envisagées comme ensemble de règles admises par la société, plus ou moins clairement explicitées, mais influençant les pratiques individuelles, peuvent conduire à renier les normes vitales, il ne peut qu'affirmer la spécificité du monde social à l'égard du monde vital. Les formes d'aliénation qui existent dans le monde social et qui viennent de l'abandon du milieu à sa seule production, défont la normativité humaine. C'est tout le problème de la normalisation engagée par la raison praticienne : elle est arbitraire et déconnectée de la vie. Mais loin d'opposer le social au vital, Canguilhem pense au contraire une normativité sociale sur le modèle de la normativité vitale. Malgré les multiples formes d'aliénation, la valeur subjective reste irréductible et parvient toujours à défaire les normes et à en instaurer d'autres. Seulement, s'il n'y a pas de normes sans une perspective subjective à l'origine de l'effectuation de la norme et de sa contestation¹³⁷², la forme subjective du social n'est pas équivalente à celle du vital. Les sujets comme individus vivants sont toujours solidaires de la vie, alors que comme individus sociaux, ils sont toujours séparés de la société dont ils tentent de renouveler les normes. La normalisation sociale repose sur des choix et des décisions extérieures à l'objet normalisé¹³⁷³. Le sujet se loge donc irrémédiablement dans le monde du vivant social, « entre l'assujettissement à des normes sédimentées et la subjectivation de ces mêmes normes »¹³⁷⁴. Le sujet est ce vagabond¹³⁷⁵ séditieux toujours en quête de lui-même par confrontation avec des normes qui lui sont extérieures. Le sujet vit donc dans la crise puisque c'est sur ce mode qu'apparaissent les normes essentiellement conflictuelles de la société. C'est ce qui distingue la perspective sociale de la perspective vitale : si dans cette

¹³⁷⁰ Et notamment la *Naissance de la clinique* (Foucault, M., 1963, *op. cit.*) que Canguilhem inclut dans la bibliographie des *Nouvelles réflexions* de 1963 (Canguilhem, G., 1963-1966, *Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique*, Canguilhem, G., 2005, *op. cit.*, p. 169-221p. 220).

¹³⁷¹ Le Blanc, G., 2009, « Le pluralisme des valeurs de la science chez Canguilhem », Cassou-Noguès, P., Gillot, P., (éds.), 2009, *Le concept, le sujet et la science. Cavaillès, Canguilhem, Foucault*, Paris, Vrin, p. 95-107.

¹³⁷² Le Blanc, G., 2002a, *op. cit.*, p. 221.

¹³⁷³ *Ibid.*, p. 198.

¹³⁷⁴ Le Blanc, G., 1998, *op. cit.*, p. 91.

¹³⁷⁵ Sur la figure du vagabond dans la conception moderne du sujet, nous nous permettons de renvoyer à notre travail de Master 2 (Klein, A., 2006, *Le philosophe et le vagabond. Naissance du sujet moderne dans l'Histoire philosophique de l'hypochondrie de Frédéric Dubois d'Amiens*, Mémoire de Master 2 « Philosophie et rationalités », soutenu à l'Université Nancy 2, sous la direction de Simone Mazaauric).

dernière, la vie est sujet nécessaire de ses normes, dans la première, la société est sujet contingent de ses normes. L'ordre social est aléatoire, alors que l'ordre vital est un ensemble de règles vécues sans problème. C'est donc la spécificité de l'individu social que d'être mis en difficulté par les normes sociales : il doit constamment s'inventer un rapport à soi et aux autres spécifique par l'acceptation et le rejet de certaines normes, risquant constamment l'anomie, c'est-à-dire l'oubli des normes auxquelles se conformer. Le sujet social est un effet original des normes, un effet autoeffectué dans le mouvement continu de la normativité sociale¹³⁷⁶. Si dans le monde vital, la subjectivité réalise l'individualité, dans le monde social, l'individu « devient sujet quand il accroît [...] sa puissance de vivre, quand il produit de nouveaux possibles qui interrogent l'individualité initiale »¹³⁷⁷. Il y a une nécessaire limitation de l'adaptation de l'individu à son milieu dans la perspective sociale¹³⁷⁸, car il peut voir se développer une conception normalisée de la vie où plus aucun événement ne se présente. À trop se conformer aux satisfactions fonctionnelles ou aux nécessités d'ordre mécanique, physico-chimique ou biologique, on risque de renier la normativité.

Le danger ne réside pas alors dans la normalisation proprement dite mais dans un recouvrement tel de la normativité par la normalisation que la normativité sociale ne peut plus s'exercer dans la normalisation¹³⁷⁹.

La critique des normes sociales est donc une nécessité pour le sujet social tant son statut de sujet ne dérive pas directement du sujet qu'est la société, mais doit s'inventer constamment dans une expérience propre qu'est la normativité sociale. La subjectivité ne se dissout pas dans le milieu socio-économique mais elle se constitue dans l'épreuve même du risque de sa dissolution. Et *in fine*, « Devenir sujet suppose toujours, à partir de seuils de déséquilibre, d'expérimenter dans sa vie des formes d'équilibre solidaires de l'équilibre de la vie »¹³⁸⁰. C'est toute la théorie dite de la « labilité »¹³⁸¹, c'est-à-dire de cette plasticité créatrice du vivant capable d'engendrer des marges d'individualisation, qui réunit les différents types de normativité. Car au-delà de leur différence de perspective, le monde social et le monde vital restent liés tant « la vie est ce sujet anonyme sur lequel vient se caler ce sujet collectif qu'est l'humanité »¹³⁸². Reste au sujet individuel à se constituer à l'aune de ces bornes. C'est à ce titre que le sujet biologique et social n'existe que dans l'errance où se déploie sa normativité biologique comme sa normativité sociale, et dont la maladie est une des expériences majeures¹³⁸³. Le sujet est l'éternel insatisfait qui plonge dans l'expérience risquée de la vie comme précarité pour y trouver les voies d'une éthique qui le qualifie comme sujet humain. Cet usage de soi proprement anthropologique qui permet à l'individu de devenir sujet est finalement la normativité elle-même qui « désigne

¹³⁷⁶ Le Blanc, G., 1998, *op. cit.*, p. 98.

¹³⁷⁷ *Ibid.*

¹³⁷⁸ *Ibid.*, p. 100 : « Le devenir-sujet passe par une limitation de la notion d'adaptation et un advenir inventif fondamental ».

¹³⁷⁹ Le Blanc, G., 2002a, *op. cit.*, p. 238.

¹³⁸⁰ Le Blanc, G., 1998, *op. cit.*, p. 106.

¹³⁸¹ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 110.

¹³⁸² Le Blanc, G., 2002a, *op. cit.*, p. 254.

¹³⁸³ Sur la maladie comme errance et itinérances, voir Des Aulniers, L., 1997, *Itinérances de la maladie grave. Le temps des nomades*, Paris, L'Harmattan.

ce par quoi le vivant se lie au milieu devenant sujet du milieu grâce aux choix de valeurs par lesquels il transforme un milieu en son œuvre »¹³⁸⁴.

Ainsi, s'il n'y a pas à proprement parler de théorie du sujet chez Canguilhem¹³⁸⁵, il faut tout même admettre que Canguilhem thématise le sujet au-delà de sa caractéristique négative d'être l'ensemble des fonctions qui résiste à l'objectivation. Le sujet a une fonction décisive qui interdit de classer trop rapidement Canguilhem parmi les philosophes du concept contre les philosophes du sujet¹³⁸⁶. Comme forme absolue du vivant qu'est la centration, il fait obstacle à l'étalement objectif d'un univers absolu ; comme vie, il est cette pré-subjectivité même à partir de laquelle il est possible de penser les formes subjectives individuelles ; comme sens, il fait obstacle à l'achèvement de la biologie en physico-chimie ; enfin, comme fiction, il fait obstacle à un abord par le pur savoir de la détresse du vivant. Ainsi, sans être ineffable, le sujet chez Canguilhem est cette fonction épistémologique nécessaire à la pensée du vivant comme à la pensée de la médecine. Comme nœud du centre, de la norme et du sens, le sujet fait écho à tout vivant qui est centre parce qu'il constitue un milieu normé, où comportements et dispositions prennent sens au regard d'un besoin, sans pour autant retombée dans les écueils du sujet psychologique, substantiel ou transcendantal¹³⁸⁷.

Pour Canguilhem, il y a sujet [...] pour autant qu'existe dans l'univers un vivant tel que, insatisfait du sens et apte à déplacer les configurations de son objectivité, il apparaît toujours, dans l'ordre de la vie et dans l'équivoque de l'adjectif, comme un vivant quelque peu *déplacé*¹³⁸⁸.

Résultat de la création inédite de sens produite par l'altération et de l'altérité que l'expérience de la vie introduit dans le vivant, le sujet est, comme normativité, l'activité même de l'être humain qui se déploie en réponse à la violence inhérente à la vie¹³⁸⁹. L'interrogation sur la normativité sociale qui fait suite à celle sur la normativité vitale renverse finalement l'anthropologie biologique en une anthropologie philosophique¹³⁹⁰ de la vie ordinaire¹³⁹¹ où l'homme à la fois être vital et social formule les normes de son vivre à la jonction de ses activités. Le retournement de la perspective historiquement construite de la médecine moderne et poursuivie par la médecine contemporaine est complet : « la normalité n'est plus lisible selon une règle mais selon des expériences de vie dont le négatif, formé par l'ensemble des pathologies vitales et sociales, relève *a contrario* la vivacité d'un sujet »¹³⁹². La normalité, dans cette philosophie biologique nouvelle¹³⁹³, est toujours-déjà modification.

¹³⁸⁴ Le Blanc, G., 1998, *op. cit.*, p. 53.

¹³⁸⁵ Badiou, A., 1993, « Y a-t-il une théorie du sujet chez Georges Canguilhem ? », *Georges Canguilhem. Philosophe, historien des sciences*, Paris, Albin Michel, p. 295-304.

¹³⁸⁶ Michel Foucault instaure, dans sa préface à l'édition américaine du *Normal et du pathologique*, cette distinction (Foucault, M., 1985, *op. cit.*). Pour une mise en perspective et en question de ce partage, voir Cassou-Noguès, P., Gillot, P., (éds.), 2009, *op. cit.*, et notamment pour Canguilhem, l'article de Guillaume Le Blanc (Le Blanc, G., 2009, *op. cit.*).

¹³⁸⁷ Badiou, A., 1993, *op. cit.*, p. 302.

¹³⁸⁸ *Ibid.*, p. 304.

¹³⁸⁹ Marin, C., 2008a, *op. cit.*

¹³⁹⁰ Debru, C., 2004b, *Georges Canguilhem. Science et non-science*, Paris, Éditions Rue d'Ulm.

¹³⁹¹ Le Blanc, G., 2002a, *op. cit.*, p. 287.

¹³⁹² *Ibid.*

En conceptualisant la maladie comme lieu du sujet individuel, Canguilhem décrit et alimente le territoire que les nouveaux malades et sujets de santé vont revendiquer activement¹³⁹⁴, cet univers à la géographie bouleversée¹³⁹⁵. La primauté de la normativité sur la norme moyenne rend compte de cette expérience des malades chroniques où le fait de ne posséder plus qu'un rein, ou d'être diabétique, n'interdit plus d'être considéré comme en santé¹³⁹⁶, dans la mesure où cela n'empêche pas de mener à bien ses activités, de continuer à s'adapter à son milieu, à produire de nouvelles normes. La maladie comme expérience d'innovation et d'individualisation du vivant, est bien cette « épreuve de "re-qualification" »¹³⁹⁷ dont parlent les premiers auto-soignants. À l'aune de la pensée canguilhémienne, le vécu de la maladie et de sa violence comme changement identitaire ou « voyage initiatique »¹³⁹⁸, celui du traitement et de la guérison comme nouvelle vie, prennent tout leur sens de reconfiguration de l'identité, du rapport aux autres et au monde, au sein même d'une pensée médicale qui pourtant le nie habituellement terme à terme¹³⁹⁹. L'usage de soi nécessaire à son affirmation comme sujet est le travail de malade que les sociologues ont repérés et qui permet à l'individu de conquérir un statut social qui se substitue à celui offert par le travail de bien-portant¹⁴⁰⁰ et assure également la continuité de sa vie subjective du normal au pathologique. L'entretien de relations complexes et diverses, non seulement avec son médecin, mais avec tout un corps soignant, multiple dans ses représentants comme des ses fonctions, avec ses proches, et avec la société qui décide des choix de santé publique, des choix économiques, politiques et de l'organisation hospitalière, permet au malade de constituer le sens de sa maladie et ainsi le sens de son existence individuelle et subjective.

Au-delà de l'expérience individuelle, c'est toute l'expérience sociale des nouveaux sujets de santé qui à son tour prend sens. La naissance de l'agent/patient se révèle comme un acte de normativité sociale tentant de réorganiser l'expérience sociale et individuelle de la maladie et de la santé des sujets contemporains vers un équilibre plus solidaire avec la normativité vitale dont cette expérience témoigne. La revendication des sujets de santé qui va se déployer sur la scène sociale et dont nous allons préciser les modalités, peut être comprise comme un acte de subjectivation collectif pour réaligner l'humanité avec la vie au sein de la société. La pensée canguilhémienne rend finalement compte du territoire du vivant individualisé revendiqué par les nouveaux sujets de santé autant que de la territorialisation elle-même. L'anthropologie canguilhémienne valide l'existence d'un sens propre au sujet individuel vivant qui ne correspond pas nécessairement au sens apporté par

¹³⁹³ Viktor von Weizsaecker (1886-1957) ou Kurt Goldstein (1878-1965) avaient déjà mis la biologie sur la voie de l'individualité et ont influencé Canguilhem comme le précise Guillaume Le Blanc (*Ibid.*, p. 31 et suivantes).

¹³⁹⁴ Marin, C., 2008a, *op. cit.*, p. 29 : c'est parce que la maladie est « le lieu où le sujet peut se ressaisir lui-même [que] le malade n'est pas condamné à la passivité ».

¹³⁹⁵ Autréaux, P., 2009, *Dans la vallée des larmes*, Paris, Gallimard, p. 25.

¹³⁹⁶ Barrier, P., 2010, *La blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*, Paris, Presses Universitaires de France.

¹³⁹⁷ Briche, G., 1980b, *op. cit.*, p. 40.

¹³⁹⁸ Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *op. cit.*, p. 227.

¹³⁹⁹ La médecine pense en effet la maladie comme déviation biologique, la guérison comme retour à une vie précédente et tend à renier leur qualité de sujet en souhaitant éliminer une violence qu'elle considère comme passagère.

¹⁴⁰⁰ Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *op. cit.*, p. 224.

la médecine et explique dès lors la « douloureuse recherche d'identité »¹⁴⁰¹, dans laquelle vont se débattre les malades dans la seconde moitié du XX^e siècle, comme un acte de subjectivation relatif à la normativité sociale. Il va permettre l'émergence d'un discours critique à l'égard de la médecine.

¹⁴⁰¹ *Ibid.*, p. 83.

LE DISCOURS CRITIQUE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

*L'espace lisse ne cesse pas d'être traduit, transversé dans un espace strié ; l'espace strié est constamment renversé, rendu à l'espace lisse*¹⁴⁰².

En 1946, la création de l'Organisation Mondiale de la Santé s'est accompagnée de la reconnaissance de la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹⁴⁰³. Cette définition de la santé, rompant explicitement avec le modèle biomédical, mettait l'accent sur la positivité de cette dernière et sur le point de vue de l'individu. Elle affirmait sa mesure à l'aune du ressenti de ce « bien-être » qui valorise moins le corps que le rapport au corps. La santé n'était désormais plus seulement question de vie organique, de biologie, mais s'intéressait à la vie psychologique et sociale, dans un modèle que l'on va alors qualifier de « psychosocial ». On découvrait que jusque-là la santé était « cachée par l'arbre médical »¹⁴⁰⁴ et c'est tout un champ de recherche qui s'ouvrait alors pour les sciences humaines et sociales qui pouvaient s'intéresser en toute légitimité à la santé en interrogeant « les raisons plus que les causes »¹⁴⁰⁵ de la maladie. Les malades en quête d'autonomie vont trouver un soutien dans ce domaine d'études émergent où la connaissance médicale de la santé se trouve constamment doublée d'une analyse du vécu individuel et collectif de santé. Dans la droite ligne du propos canguilhemien¹⁴⁰⁶, le concept de santé¹⁴⁰⁷ peut désormais être abordé de manière descriptive à la première personne autant que normative à la troisième¹⁴⁰⁸. Un discours critique à l'égard du monopole médical se fait jour révélant une attitude nouvelle et désormais incontournable à l'égard de la santé.

L'ouvrage fondateur, dans le contexte français au moins, de ces nouvelles études de la santé comme concept profane, est celui publié en 1968 par l'anthropologue Claudine Herzlich et qui aborde les représentations sociales de la santé et de la maladie. À partir d'enquêtes de terrain, l'auteure fait émerger les cadres de représentation de la santé telle qu'elle est pensée et mise en jeu dans la société. Trois grands modèles¹⁴⁰⁹ à partir desquels la santé est envisagée sont ainsi repérés : la santé-idée (absence de maladie, absence de conscience du corps et de son fonctionnement), le fond de santé (robustesse, force, résistance aux maladies) et l'équilibre (bien-être psychologique, bonne humeur ; bien-être

¹⁴⁰² Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 593.

¹⁴⁰³ Préambule à la Constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé qui s'est tenue à New York du 19 au 22 juin 1946, et qui sera signé le 22 juillet 1946 par 61 Etats avant d'entrer en vigueur le 7 avril 1948.

¹⁴⁰⁴ Briche, G., 1980a, « Au carrefour du solitaire et du politique », *Autrement*, 26, p. 11-20, ici, p. 14.

¹⁴⁰⁵ Briche, G., 1980b, *op. cit.*, p. 27.

¹⁴⁰⁶ Hunyadi, M., 2009, « La santé-je, -tu, -il : retour sur le normal et le pathologique », Ferry, J.-M., Guibet Lafaye, C., Hunyadi, M., 2009, *Penser la santé*, Paris, Vrin, p. 21-54.

¹⁴⁰⁷ Canguilhem, G., 1988a, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », *Cahiers du séminaire de philosophie n° 8 : la santé*, Strasbourg, Éditions Centre de documentation en histoire de la philosophie, p. 119-133, Canguilhem, G., 2002, *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, p. 49-68.

¹⁴⁰⁸ La distinction entre les deux concepts de santé est posée par Canguilhem (Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 86).

¹⁴⁰⁹ Herzlich, C., 1969, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton-EHESS, p. 80.

physique, infatigabilité, activité et efficacité dans l'activité, bonnes relations avec autrui). Le champ d'études de la santé, distinct de celui de la médecine, ainsi inauguré, favorise la publication, au cours des années 1960 et 1970, de nombreux travaux de sciences humaines et sociales sur le discours et le pouvoir médical.

Critique à l'égard du discours médical moderne, l'ensemble de ces publications forme rapidement un mouvement qui fut qualifié d'« anti-médecine » en écho à un livre de Charles Dayant de 1974 intitulé *Plaidoyer pour une anti-médecine*¹⁴¹⁰ qui faisait lui-même référence à un numéro de la revue *La Nef* publié peu de temps avant et titré « Vers une anti-médecine »¹⁴¹¹. Mais ce sont les médias, et notamment les médias médicaux, qui utilisèrent le plus ce terme, forgé à l'aune de celui d'anti-psychiatrie pour rendre compte d'une multiplication de travaux dont on peut, avec Serge Karsenty¹⁴¹², repérer l'apogée, en termes de publication, entre septembre 1974 et juin 1975. Mais comme l'exprima Michel Foucault en 1976 : « On ne doit pas considérer la situation actuelle en termes de médecine ou d'antimédecine, [...] Ces alternatives manquent de sens »¹⁴¹³. Il convient au contraire de préciser les arguments et revendications avancés à l'égard du modèle médical moderne afin de déterminer l'évolution historique en cours¹⁴¹⁴. Au-delà des conditions historiques de la crise médicale, que nous avons mises en lumière au début de ce travail, il nous faut donc retracer la genèse, les enjeux et les conséquences de ce discours critique.

Bien que les carabins fussent parmi les derniers à se mobiliser, faisant entendre tout d'abord un droit à la neutralité, le mouvement de contestation de mai 1968 marqua un tournant dans l'histoire du discours médical. Rapidement, toutes les strates du monde médical, des étudiants aux chefs de clinique en passant par les professeurs ou les infirmières, réclamèrent une médecine plus moderne, plus adaptée aux besoins sociaux et surtout moins hiérarchisée, moins soumise au bon vouloir des mandarins¹⁴¹⁵. L'opuscule *Hôpital= silence + répression*, publié en 1969 par le Comité d'Action Santé¹⁴¹⁶, exprime clairement cette revendication en dénonçant une institution proprement totalitaire soutenant l'ensemble de la profession médicale. La dénonciation de l'autorité des grands patrons, et avec elle celle de la sélection des étudiants, articulait la contestation. Finalement, le mouvement n'obtint que peu de changements (plus grande autonomie des CHU, extension des fonctions hospitalières à tous les étudiants dès la troisième année d'études) et vit même certains points de contestation être finalement renforcés (création du *numerus clausus*). Mais il participa à constituer le rêve d'une médecine nouvelle, en mettant en question son discours moderne¹⁴¹⁷, et imposa cette utopie comme une nécessité¹⁴¹⁸.

¹⁴¹⁰ Dayant, C., 1974, *Plaidoyer pour une anti-médecine*, Paris, Presses de la Cité.

¹⁴¹¹ Collectif, 1972, « Vers une anti-médecine », *La Nef*, 49, Paris, Librairie Jules Tallandier.

¹⁴¹² Karsenty, S., 1980, « La crise de la médecine », *Bulletin du groupe de liaison pour l'action culturelle scientifique*, 10, « Médecine, santé et usagers » p. 7-16.

¹⁴¹³ Foucault, M., 1976b, *op. cit.*, p. 57.

¹⁴¹⁴ Dans la seconde préface à sa *Naissance de la clinique*, Foucault précise, légèrement agacé : « Une fois pour toutes, ce livre n'est pas écrit pour une médecine contre une autre, ou contre la médecine, pour une absence de médecine. Ici comme ailleurs, il s'agit d'une étude qui essaie de dégager, dans l'épaisseur du discours, les conditions de son histoire » (Foucault, M., 1963, *op. cit.*, p. xv).

¹⁴¹⁵ Voir à ce propos, Vergez, B., 1996, *op. cit.*, p. 87-99.

¹⁴¹⁶ Comité d'Action Santé, 1969, *Hôpital= silence + répression*, Paris, Maspero.

¹⁴¹⁷ Caro, G., 1969, *La médecine en question*, Paris, Maspero.

¹⁴¹⁸ Parole d'un étudiant gréviste, vingt ans plus tard (citée par Vergez, B., 1996, *op. cit.*, p. 97).

Au début des années 1970, la contestation connut un second souffle, en envahissant l'ensemble de la sphère publique et plus seulement la corporation médicale, au sein duquel elle prit un tournant plus politique, influencé par un courant « de gauche ». Il s'agissait de « politiser le fait médical »¹⁴¹⁹, en faisant de la maladie « une arme »¹⁴²⁰ de remise en question de l'ordre social. Ce renouveau contestataire qui imprégnait le monde social s'organisait autour de quatre points principaux : l'antinomie de la santé et de l'argent¹⁴²¹ ; la dénonciation de l'organisation corporatiste de la profession médicale et du statut capitaliste de l'industrie pharmaceutique ; la critique des conceptions spécialisatrices et organicistes de la médecine qui manquent la compréhension du malade dans son milieu de vie et font disparaître la dimension socio-économique de la maladie¹⁴²² ; et enfin, la dénonciation de l'inefficacité des réponses purement techniques dans le cas des troubles mentaux¹⁴²³. Autour de ces quatre axes, des travaux en économie¹⁴²⁴, politique¹⁴²⁵, sociologie¹⁴²⁶, anthropologie¹⁴²⁷, histoire, psychologie¹⁴²⁸ ou journalisme¹⁴²⁹ se multiplièrent au sein d'une même critique de la médecine comme savoir, comme pouvoir et comme institution. La tenue d'un colloque sur le pouvoir médical, en 1976 à Cerisy-la-Salle¹⁴³⁰, témoigne d'ailleurs de l'attrait de cette thématique.

Cet intérêt des non-médecins finit par effriter la corporation elle-même : les nouveaux francs tireurs de la médecine¹⁴³¹ publièrent à leur tour des ouvrages critiques¹⁴³². L'ensemble du corps médical prit progressivement la même direction. En 1974, le pharmacologue Henri Pradal (1931-1982) fait paraître un *Guide des médicaments les plus courants* qui se vit interdire parce qu'il critiquait certains médicaments. La même année, Ségolène Lefébure publiait *Moi, une infirmière*¹⁴³³, et la sage-femme Jacqueline Manicom (1935-1976) un livre révolté sur sa profession¹⁴³⁴. Puis, en 1975, Madeleine Prudhomme

¹⁴¹⁹ Polack, J.-C., 1971, *La médecine du capital*, Paris, Maspero, p. 9.

¹⁴²⁰ S. P. K., 1973, *Faire de la maladie une arme*, Paris, Éditions Champ Libre.

¹⁴²¹ Grandjeat, P., 1965, *La santé gratuite*, Paris, Éditions du Seuil.

¹⁴²² Cette critique sera le fer de lance des généralistes dans leur bataille contre les spécialistes, voir par exemple, les revues *L'Omnipraticien* ou *La défense du praticien* qui, dès le début des années 50, dénoncent la surspécialisation de la médecine.

¹⁴²³ Notamment grâce à l'importation par Roger Gentis du mouvement anglo-saxon d'antipsychiatrie : Gentis, R., 1971, *Les murs de l'asile*, Paris, Maspero ; Gentis, R., 1972, *Guérir la vie*, Paris, Maspero.

¹⁴²⁴ Polack, J.-P., 1972, *La médecine du capital*, Paris, Maspero ; Nédelec, M., 1970, *La médecine de groupe*, Paris, Seuil.

¹⁴²⁵ Goust, F., 1969, *Médecine et urbanisation*, Paris, Les éditions ouvrières.

¹⁴²⁶ Herzlich, C., 1970, *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton-EHESS ; Jamous, H., Commaille, J., Pons-Vignon, B., 1970, « Contribution à une sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières », *Rapport pour la délégation générale à la recherche scientifique et technique*, Paris, Centre d'études sociologiques.

¹⁴²⁷ Herzlich, C., 1969, *op. cit.*

¹⁴²⁸ Balint, M., 1968, *The Doctor, His Patient and the Illness*, London, Churchill Livingstone, *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1988, trad. fr. J.-P. Valabrega.

¹⁴²⁹ Séveno, M., 1970, *Le scandale de la santé en France*, Paris, La Table ronde.

¹⁴³⁰ Colloque dirigé par Jean-Pierre Peter et Jean-Paul Aron qui s'est tenu du 26 au 28 juin 1976.

¹⁴³¹ Dougier, H., Ploix, H., (dir.), 1977, « Francs-tireurs de la médecine », *Autrement*, 9.

¹⁴³² Pour ne citer qu'eux : Bernard, J., 1973, *Grandeurs et tentations de la médecine*, Paris, Buchet/Chastel ; Minkowski, A., 1975, *Le mandarin aux pieds nus*, Paris, Seuil ; Mérat, G., 1975, *Moi, un médecin*, Paris, Stock ; Bensaïd, N., 1974, *La consultation*, Paris, Mercure de France.

¹⁴³³ Lefébure, S., 1974, *Moi, une infirmière*, Paris, Stock 2.

¹⁴³⁴ Manicom, J., 1974, *La Graine, Journal d'une sage-femme guadeloupéenne, dans une maternité parisienne en 1973*, Paris, Presses de la cité.

rédigea *Moi, une assistante sociale*¹⁴³⁵, tandis que l'ancienne infirmière Victoria Thérame racontait en 1976 son *Hosto blues*¹⁴³⁶. Les malades publiaient encore peu, mais on peut noter l'ouvrage d'Anne de Voguë et de Sonia Grasset¹⁴³⁷ qui relate la rencontre d'une malade et d'une sociologue ou celui de Janie Maurice sur l'expérience de son fils malade¹⁴³⁸.

La principale publication de ce mouvement critique est très certainement la *Némésis médicale* d'Ivan Illich (1926-2002)¹⁴³⁹ parue en 1975. Rassemblant et radicalisant la critique de l'institution médicale, il y dénonçait le caractère pathogène de la médecine elle-même. Il distinguait pour ce faire trois grandes formes d'iatrogenèse. L'iatrogenèse clinique qui affecte la santé des individus, telle que dénoncée par René Dubos (1901-1982) avant lui, et qui rassemble les troubles secondaires dus aux médicaments, les opérations médicales injustifiées, les dommages psychologiques et la dépersonnalisation de l'acte médical. L'iatrogenèse sociale qui affecte la collectivité et dénonce la médicalisation de l'existence, mais également l'augmentation du coût des soins et ce indépendamment de leur efficacité. Enfin l'iatrogenèse structurelle qui modifie la personnalité et la mentalité des citoyens de la société industrielle en nous transformant en consommateurs à vie, toujours insatisfaits. Pour conclure son essai, Illich appelait à une déprofessionnalisation de la médecine afin d'en finir avec le cercle vicieux de la médecine institutionnelle qui détruit la culture « populaire » de la maladie, de la santé et de la vie sociale. Il s'agissait de mettre fin au processus mythique de la médecine qui la conduit à constamment territorialiser de nouveaux espaces de questionnements, en leur apportant des réponses techniques, pour maintenir son existence institutionnelle. L'autoréférencement symbolique et structurel de la profession médicale est pathogène et, en niant l'expérience du malade, va jusqu'à nier la vie elle-même, sa violence interne¹⁴⁴⁰. Illich mettait finalement l'accent sur le retour à une possibilité de se soigner soi-même comme renaissance de l'autonomie des individus. En ce sens, il ne revendiquait pas à proprement parler une anti-médecine : pour lui, la réponse médicale n'est pas en soi une mauvaise réponse, c'est son institutionnalisation qui pose problème. La déprofessionnalisation ne visait donc pas à abolir la médecine, mais à démasquer le mythe médical

[...] selon lequel le progrès technique exige une spécialisation constamment accrue des tâches, des manipulations toujours plus abstruses et une démission sans cesse grandissante de l'homme rivé à son droit d'être traité dans des institutions impersonnelles, au lieu de placer sa confiance dans ses semblables et dans lui-même¹⁴⁴¹.

Ainsi, ce qui apparaissait comme un mouvement d'anti-médecine, s'affirme plus comme une critique à l'égard de la médecine et de son emprise. La revendication est celle d'une médecine qui tende à avoir à nouveau un dehors¹⁴⁴², autrement dit, qui reconnaisse l'existence d'un domaine humain qui ne lui appartienne pas et qui s'impose comme une

¹⁴³⁵ Prudhomme, M., 1975, *Moi, une assistante sociale*, Paris, Stock 2.

¹⁴³⁶ Thérame, V., 1976, *Hosto blues*, Paris, Des femmes.

¹⁴³⁷ Voguë de, A., Grasset, S., 1975, *S.O.S. Hôpitaux*, Paris, Gallimard.

¹⁴³⁸ Maurice, J., 1975, *Bruno, mon fils*, Paris, Stock 2.

¹⁴³⁹ Illich, I., 1975, *op. cit.*

¹⁴⁴⁰ Marin, C., 2008a, *op. cit.*

¹⁴⁴¹ Illich, I., 1975, *op. cit.*, p. 169.

¹⁴⁴² Foucault, M. 1976b, *op. cit.*, p. 51 : « ce qui est diabolique, c'est que, lorsque nous voulons avoir recours à un domaine que l'on croit extérieur à la médecine, nous nous apercevons qu'il a été médicalisé ».

limite à sa territorialisation gnoséologique et pratique. Le but est d'inscrire la médecine dans une autonomie, non plus autoréférencée, mais hétéronome, à l'instar de celle des malades qu'elle prend en charge. C'est à ce titre qu'Illich appelle les profanes à se réapproprier des parcelles de savoir et de dignité : l'homme contemporain, en tant qu'usager et consommateur, doit se saisir de son autonomie au profit d'une refonte hétéronomique de la médecine. La médecine témoigne en effet, pour Illich, de la crise de rationalité que traversent nos sociétés contemporaines et qu'il a repéré dans d'autres institutions, comme l'école¹⁴⁴³. La critique de la médecine s'inscrit donc dans une démarche plus vaste de revendication des droits civiques qui refuse la massification et l'uniformisation des sociétés industrielles ; la complexité de nos sociétés de l'abstraction ; la culture élitiste aux mains de professionnels (contestation de la notion même de pouvoir et de rapports hiérarchiques) ; la culture intellectuelle ; la société de productivité et de consommation dont le modèle est le développement infiniment cumulatif pouvant produire de la puissance mais au détriment du sens ; la société de l'objet, de l'objectivité, de l'objectivation et de l'anonymat ; le modèle patriarcal et sa nature répressive ; et enfin, l'espace urbain jugé de plus en plus sordide. Contre tous ces refus, le mouvement de contestation, auquel participent les nouveaux malades et les francs-tireurs de la médecine, vise à ensauvager la vie et à réenchâter le monde¹⁴⁴⁴, par des revendications opposées : différenciation contre uniformité ; simplicité contre complexité ; vie quotidienne contre élite ; valorisation du corps contre culture intellectuelle ; exigence d'individualisation contre puissance de la consommation ; réintégration d'une symbolique ostensiblement féminine contre paternalisme ; exigence de beauté contre tristesse du monde urbain. Ce sont ces différentes affirmations que nous retrouverons donc dans les différentes strates de la figure du sujet de santé contemporain.

In fine, si la critique de la médecine institutionnalisée s'est construite en opposition, elle n'est pourtant pas contre, mais vise une modification du champ médical. Comme l'exprimait Michel Foucault, la critique est surtout un « art de n'être pas tellement gouverné »¹⁴⁴⁵. Ce que l'on a qualifié, à tort, d'anti-médecine est en fait un courant de pensée qui affirme une nécessaire attitude critique à l'égard de la médecine, qui revendique l'existence d'un discours autonome extérieur au discours médical et qui souhaite l'influencer. Rien d'étonnant donc à ce que les sciences humaines soient au cœur de cette revendication, tant cette reconnaissance est la condition de leur survie. Nous l'avons vu, les sciences humaines n'ont pu émerger que d'une anthropologie qui ne soit pas entièrement physiologique et médicale, il est donc normal qu'elles soient à l'origine d'une volonté de limitation des prétentions de la médecine sur l'homme ; elles préservent ce qui est devenu leur territoire. C'est à cet égard également que la philosophie n'intervient pas directement dans ce débat : l'homme n'est plus son objet. Elle ne peut donc que se situer en marge, pensant moins l'homme que les conditions de possibilité de sa connaissance, ainsi que nous l'avons vu avec Canguilhem. L'apport de la philosophie dans ce débat, ainsi que nous aurons l'occasion de le montrer, sera épistémologique.

¹⁴⁴³ Illich, I., 1971, *Une société sans école*, Paris, Seuil.

¹⁴⁴⁴ Gauchet, M., 1985, *Le désenchantement du monde*, Paris, Gallimard.

¹⁴⁴⁵ Foucault, M., 1978a, « Qu'est-ce que la critique ? », *Compte-rendu de la séance du 27 mai 1978*, *Bulletin de la société française de philosophie*, Paris, Armand Colin, p. 35-63, ici, p. 38.

De « nouvelles notions *de la maladie, du malade et du médecin* se sont forgées corrélativement »¹⁴⁴⁶ entre la fin des années 1960 et le début des années 1980, témoignant de l'existence d'un modèle anthropologique nouveau dans les préoccupations de santé des sujets. L'anthropologie de l'homme normal a basculé : la norme a changé de camp et ce n'est plus vis-à-vis de la médecine que se définit le malade mais dans son rapport à lui-même et à sa maladie. Un tiers entre le normal comme fonctionnement biologique harmonieux et le pathologique comme son déséquilibre a été déployé par ces malades chroniques parvenant à vivre une vie « normale » sans pour autant être guéris. « Pris entre ce qu'il a, ce qu'il est, ce qu'il aimerait être et la façon dont il est vu, le malade d'aujourd'hui se pose moins la question d'*être* comme tout le monde que de *vivre* comme tout le monde »¹⁴⁴⁷. La possibilité d'une normalité non médicale, mais vécue dans la sphère individuelle et sociale, s'est manifestée. Il est désormais admis que « la médecine n'est pas constituée du total de ce qu'on peut dire de vrai sur la maladie »¹⁴⁴⁸ et que cette dernière « ne se réduit jamais à cet espace clair de pathologie nette que la médecine choisit de décrire et, en fait, de construire »¹⁴⁴⁹. Dès lors, toute une part de la réalité humaine précédemment exclue de la réflexion médicale refait surface et avec elle un ensemble de nouvelles pratiques et de nouvelles attitudes qui va participer à l'affirmation identitaire des nouveaux sujets de santé.

¹⁴⁴⁶ Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *op. cit.*, p. 57.

¹⁴⁴⁷ *Ibid.*, p. 83.

¹⁴⁴⁸ Foucault, M., 1971, *op. cit.*, p. 33.

¹⁴⁴⁹ Peter, J.-P., 1978, « Quiconque n'est pas docteur n'est-il qu'un charlatan ? », *Autrement*, 15, p. 168-178, ici, p. 170.

L'APPEL À L'AUTONOMIE SELF-HELP ET SELF-CARE

*Nul n'entre ici s'il ne vise d'abord à l'autonomie*¹⁴⁵⁰.

L'extension de la fronde des malades à l'ensemble du corps social, dont nous avons précédemment esquissé les biais, se manifesta par l'implication des non-malades dans l'émancipation collective du modèle médical. En contact avec les malades, sans pour autant attendre une quelconque aide de la part de la médecine, les non-malades étaient les plus à même, dans le modèle moderne de la profession médicale, de critiquer la médicalisation massive qui leur était imposée. C'est pour cette raison qu'ils furent un moteur de l'autonomisation des malades qui eux étaient encore soumis, dans la figure de l'auto-soignant, aux choix médicaux. La revendication d'une nouvelle forme d'autonomie par les profanes allait marquer un tournant dans l'histoire de la médecine et de la société française. Le discours médical professionnel fit ainsi l'expérience d'une remise en cause concrète consécutive de sa propre territorialisation massive. Comme le résumait le Dr Jean Carpentier¹⁴⁵¹ en 1973 : « Il y a belle lurette que le "champ de la médecine" s'est élargi au point qu'il appartient à tout le monde ».

Les femmes furent les premières à s'engager activement dans le développement de pratiques autonomes de santé pour lutter contre la médicalisation engendrée par le modèle médical moderne. Elles avaient en effet vu progressivement tous les éléments de leur vie normale se médicaliser¹⁴⁵², être pris en charge par des experts médicaux, essentiellement, masculins. Subissant, plus que les hommes, une surmédicalisation des épisodes non-pathologiques de leur existence, tels que la puberté, la ménopause, la maternité, la périnatalité, la contraception ou la fécondité, elles étaient alors l'objet de pratiques médicales abusives dont l'hystérectomie des femmes ménopausées reste l'exemple le plus criant. Les mouvements féministes renouvelés¹⁴⁵³ dénoncèrent, dès le milieu des années 1960 et plus encore après 1968¹⁴⁵⁴, cette médicalisation excessive, mais également certaines attitudes sexistes des intervenantes et intervenants des milieux de la santé et des services sociaux qui visaient à dévaloriser leurs capacités de prise en charge concernant leur propre santé. La lutte pour la déconstruction des rapports de domination au sein de la société conduisit ces nouvelles féministes à affirmer, comme fondement de l'affirmation de leurs droits civiques, le droit au libre usage de leur corps. Le développement de pratiques autonomes de gestion de leur santé participait pleinement, pour elles, de la réappropriation de ce lieu de cristallisation de la domination sociale : leur corps. La mobilisation des

¹⁴⁵⁰ Devise des groupes d'auto-santé proposée par Dumais, A., Lévesque, J., 1986, *L'auto-santé, des individus et des groupes au Québec*, Québec, IQRC, 2007, Les classiques des sciences sociales, p. 46.

¹⁴⁵¹ Carpentier, J., 1973, « Tant qu'on a la santé, on en crève », *Tankonalasanté*, 1, p. 1.

¹⁴⁵² Pizzini, F., Lombardi, L., 2004, « La médicalisation du corps féminin », Veauvy, C., 2004, (dir.), *Les femmes dans l'espace public. Itinéraires français et italiens*, Paris, Les éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, p. 133-147.

¹⁴⁵³ On parle d'une seconde vague féministe qui débute en 1963 à la parution de l'ouvrage de Betty Friedan *The Feminine Mystique* (New York, Norton). Certains font du Deuxième sexe de Simone de Beauvoir (1908-1986) (Beauvoir (de), S., 1949, *Le deuxième sexe. I. les faits et les mythes. II. L'expérience vécue*, Paris, Gallimard), le point de départ de ce mouvement, mais c'est néanmoins à partir du milieu des années 1960 puis dans les années 1970 que se concrétisa la deuxième vague. Voir notamment, Gubin, E., (dir.), 2004, *Le siècle des féminismes*, Paris, Éditions de L'Atelier.

¹⁴⁵⁴ Donfu, E., 2008, *Ces jolies filles de mai : 68, la Révolution des femmes*. Paris, Éditions Jacob-Duvernet.

profanes contre le modèle médical moderne se fit donc, tout d'abord, dans le cadre d'une revendication de leurs droits civiques ; et c'est ce qui en détermina la forme collective : elles cherchaient à expérimenter un modèle de citoyenneté et de gouvernementalité différent où l'entraide primait sur la discrimination.

L'exemple de la législation de l'avortement

La question de la libéralisation de l'avortement cristallisa au cours des années 1970 cette protestation profane. Dès le début des années 1960, la parole des femmes et le vécu des avortements pratiqués clandestinement avaient fait leur entrée sur la scène et dans le débat public, levant ainsi un tabou ancien. Mais ce n'est qu'à la création du Mouvement de Libération de Femmes (MLF) en 1970 que s'opéra un réel tournant dans l'histoire de l'avortement¹⁴⁵⁵. La demande de légalisation devint une revendication à part entière engendrant un débat aussi passionné qu'acharné. Certes, la libéralisation de la contraception par la loi Neuwirth du 28 décembre 1967¹⁴⁵⁶, puis le mouvement de mai 1968, avaient ouvert la voie à une revendication de liberté et d'usage libre de son corps, mais la question de l'avortement cristallisa l'ensemble des revendications du mouvement d'autonomie naissant des usagers de santé.

Tout commença avec le « Manifeste des 343 », rédigé par Simone de Beauvoir et publié dans le *Nouvel observateur* le 5 avril 1971, qui présentait une liste de 343 femmes avouant s'être faites avortées. Le Manifeste eu un impact important et conduisit, dès le mois de mai de la même année, 252 médecins à signer à leur tour, et malgré l'opposition de l'Ordre des médecins, un manifeste¹⁴⁵⁷. Le procès de la jeune Marie-Claire à Bobigny le 11 octobre 1972 fût le lieu du basculement : les lois anti-avortement de 1920 et 1923 étaient dénoncées comme touchant d'abord les femmes les plus socialement défavorisées ; mais au-delà du drame social de l'avortement clandestin, la législation rétrograde atteignait finalement toutes les femmes, ainsi que l'affirmaient le MLF et l'association « Choisir ». La mobilisation de quelques grands témoins comme le Pr. Paul Milliez (1912-1994) ou le prix Nobel Jacques Monod (1910-1976) fit entendre l'idée selon laquelle donner la vie était une décision qui n'appartenait qu'à la mère ou à la future mère et qu'aucune institution ne pouvait se substituer à cette décision individuelle. Le procès de Bobigny fut bien le procès de la loi surannée contre l'avortement : Marie-Claire fut relaxée, ainsi que sa mère et ses aidantes ; l'avorteuse fut condamnée à un an de prison et à une amende, ce qui apparut comme un verdict relativement clément. La loi était reconnue inefficace et une réforme fut alors engagée. Mais des changements significatifs ne s'engagèrent qu'à la suite de la mobilisation associative, celle des membres du planning familial¹⁴⁵⁸, de l'ANEA¹⁴⁵⁹, puis, de manière plus radicale, celle du MLF et du Groupe d'Information Santé créé le 14 mai 1972¹⁴⁶⁰. Afin de presser le législateur, les membres du GIS publièrent le 3 février

¹⁴⁵⁵ Nous suivons pour cette partie l'excellent ouvrage de Jean-Yves Le Naour et Catherine Valenti (Le Naour, J.-Y., Valenti, C., 2003, *Histoire de l'avortement. XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Seuil).

¹⁴⁵⁶ La loi Neuwirth ne sera appliquée qu'en 1972.

¹⁴⁵⁷ Ils ne s'affichaient alors pas comme réalisateurs de ce type d'actes.

¹⁴⁵⁸ En 1956 est créée la « Maternité heureuse », futur Mouvement Français pour le Planning familial (MFPPF).

¹⁴⁵⁹ L'Association Nationale pour l'Étude de l'Avortement fut créée en 1969 par des médecins proches du MFPPF.

¹⁴⁶⁰ Il est formé de « militants concernés par le problème de la santé en France et contestant le système de santé dans son état actuel. Il se donne pour tâche : de développer l'intolérance à ce système, de débloquer ou

1973 un bulletin spécial intitulé *Oui, nous avortons !*¹⁴⁶¹ où les revendications côtoient les témoignages et où sont expliquées des techniques d'avortement accessibles à toutes les femmes. Deux jours plus tard, 330 médecins reconnaissent dans le *Nouvel observateur* être des avorteurs¹⁴⁶² s'opposant ainsi à la loi et à l'Ordre des médecins. Ce dernier ne les sanctionna pas mais les discrédita violemment¹⁴⁶³. Les manifestes se suivirent, rassemblant de célèbres signataires¹⁴⁶⁴, et les initiatives associatives se multiplièrent. En avril 1973, le Mouvement pour la Libération de l'Avortement et de la Contraception¹⁴⁶⁵ naquit pour défendre à la fois les médecins et les femmes ; il rassemblait des membres du MLF, du GIS, du Planning familial, de syndicats et du Parti Socialiste Unifié. Doté d'une organisation légale, avec statuts et bureau déclarés en préfecture, il s'engageait pourtant dans des pratiques illégales : d'une part, il organisa des voyages dans les pays où l'avortement était alors légal, et d'autre part, il développa l'avortement sur place grâce à la méthode Karman¹⁴⁶⁶. Au congrès du MFPP en juin 1973, le Planning prit la décision de pratiquer des avortements dans ses 21 fédérations régionales. Fort de ses 40 000 membres et de son maillage national, il permet aux militants de l'avortement libre de franchir l'étape de « l'avortement politique ». Sous la pression de l'opinion publique, la machine législative s'accélère et un texte de loi concocté par le gouvernement est déposé à l'Assemblée en juillet 1973. Il autorise l'avortement dans quelques cas limites, mais les députés ne parviennent pas à s'entendre sur les cas particuliers. La mort de Georges Pompidou (1911-1974) en avril 1974 et l'élection de Valérie Giscard D'Estaing en mai vont dénouer la situation. La Ministre de la Santé du gouvernement de Jacques Chirac, Simone Veil, dirige une commission et présente un texte de loi à l'Assemblée en novembre 1974. Lors de la présentation du texte au député, Simone Veil met en avant l'argument de la responsabilité plutôt que celui de la liberté d'usage du corps, il s'agissait, comme elle l'avouera plus tard, de gagner¹⁴⁶⁷. Malgré cet amendement aux revendications sociales, le débat se fit

redresser l'information sur les problèmes de santé, de lutter contre la propagande mensongère accrochant la santé à un progrès plus ou moins mythique », *Tract du GIS du 15.5.72*, fonds GIP/IMEC, GIP2 Di-15, cité par Artières, P., 2002, « 1972 : naissance de l'intellectuel spécifique », *Plein Droit*, 53-54, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011], <http://www.gisti.org/doc/plein-droit/53-54/naissance.html>.

¹⁴⁶¹ Petit ouvrage de 80 pages publié à Paris aux éditions Gît-le-cœur. Sa diffusion conduit trois de ses auteurs à être convoqués par la police : Foucault, M., Landau, A., Petit, J.-Y., 1973, « Convoqués à la P.J. », *Le Nouvel Observateur*, n° 468, 29 octobre- 4 novembre 1973, p. 53, *Dits et écrits*, texte 128, vol. 1, p. 1313-1315.

¹⁴⁶² Collectif, 1973, « Des médecins "s'accusent" », *Le Nouvel observateur*, Lundi 5 février 1973, n° 430, Du 5 au 11 février 1973, p. 4-5 et 55.

¹⁴⁶³ Le Conseil de l'Ordre des médecins réagit, le 6 février 1973, en publiant un communiqué qui s'oppose à tout changement : « Le Conseil de l'Ordre rejette tout rôle du corps médical tant dans l'établissement des principes (des avortements pour convenances personnelles) que dans leur décision et leur exécution ; met en garde le législateur contre toute mesure libéralisant l'avortement, au mépris du risque de détérioration de l'éthique médicale et de ses conséquences. En cas de libéralisation de l'avortement, le législateur devrait prévoir des lieux spécialement aménagés à cet effet (avortoirs) et un personnel d'exécution particulier ».

¹⁴⁶⁴ Par exemple, le « manifeste des 200 » dont *Le Nouvel Observateur* se faisait à nouveau l'écho : Alia, J., 1973, « Crise chez les médecins », *Le Nouvel Observateur*, n° 431, du 12 au 18 février 1973, p. 50-52.

¹⁴⁶⁵ Zancarini-Fournel, M., 2003, « Histoire (s) du MLAC (1973-1975) », *Clio*, 18, [En ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011], <http://clio.revues.org/index624.html>.

¹⁴⁶⁶ Méthode d'avortement par aspiration inventée par le psychologue américain Harvey Karman (1924-2008) que popularisera le GIS suite à la rencontre de Pierre Jouannet, l'un de ses fondateurs du Groupe avec l'inventeur de la méthode en 1972. La brochure *Oui, nous avortons !* participa à la publicité de cette technique nouvelle. En 1973, de nombreux militants associatifs s'y formèrent, principalement en Angleterre.

¹⁴⁶⁷ Le Naour, J.-Y., Valenti, C., 2003, *op. cit.*, p. 266.

rapidement de plus en plus chaotique : les insultes et accusations génocidaires, voire nazies, se multiplièrent au sein de l'hémicycle. Mais finalement, le 29 novembre 1974 à 3 h 40 du matin, la loi était adoptée par 284 voix contre 189. Elle fut promulguée le 17 janvier 1975 créant ainsi un consensus qui fit apparaître la bataille comme terminée. Du moins en apparence, car les résistances apparurent au moment de son application : les médecins s'opposaient à la création de services spécialisés ou faisaient jouer leur close de conscience. Il fallut que les membres du MLAC investissent les maternités pour que le 7 mars à Marseille aient lieu les cinq premières interruptions de grossesse. Peu après, à l'hôpital Cochin, des militants dont plusieurs médecins envahirent les bâtiments réalisant six avortements « sauvages », contre l'avis du chef du service d'obstétrique. Les arguments biopolitiques refirent finalement surface à l'occasion du réexamen de la loi en 1979 : on dénonçait alors le risque de diminution de la natalité française qui serait inhérent à la libéralisation de l'avortement. Le 30 novembre 1979, avec 271 voix contre 201, la loi, peu amendée, repassait néanmoins. Mais le Sénat s'opposa, et ce n'est que le 20 décembre qu'elle fut définitivement reconduite, mais libéralisée. Son article 6 stipulait en effet d'écourter le délai de réflexion dans les cas où le terme des dix semaines risquait d'être dépassé et l'article 9 exigeait la création d'un service d'interruption de grossesse dans tous les établissements hospitaliers de France.

Du manifeste des 343 au 1^{er} janvier 1980 date de promulgation au *Journal officiel*, il aura fallu neuf ans de combats acharnés pour que l'avortement trouve une place légale, que confirma en 1982, son remboursement par la Sécurité Sociale. Mais entre 1986 et 1995 de nombreuses opérations commandos, parfois violentes, furent encore menées par les militants extrémistes « pro-vie » qui comparaient l'Interruption Volontaire de Grossesse à la Shoah. La mise sur le marché en 1988 de la RU 486 (pilule abortive) puis le vote de la loi de bioéthique de 1994 qui questionnait le statut de l'embryon, virent renaître des débats et des oppositions que la volonté politique finit par contrecarrer au dernier moment. Enfin, la loi Guigou-Aubry de 2000 fut une dernière fois le lieu de quelques affrontements idéologiques, certes moindres, et orientés plus sur le risque d'eugénisme que sur le droit à la vie. Finalement, il fallut attendre le 4 juillet 2001 pour qu'aboutisse une logique amorcée en 1972 qui consacrait la liberté d'user de son corps : « la dispense de l'autorisation parentale pour les mineures, la disparition de l'entretien préalable (devenu facultatif) et surtout la voie ouverte à la dépénalisation de l'avortement consacre en quelque sorte le droit à disposer de son corps »¹⁴⁶⁸.

Le droit à l'avortement, qui participe d'un droit à l'usage de son corps, « fut arraché par la pression sociale [comme] une liberté conquise par les femmes elles-mêmes »¹⁴⁶⁹. Cette victoire marque un tournant irréversible dans les relations entre la médecine et la société : le pouvoir du médecin n'est plus total, mais voit ses modalités d'application redistribuées à l'aune d'une participation active des citoyens. Cette intrusion d'une autonomie qu'il n'est plus possible d'appeler « profane », événement sur lequel nul ne pourra désormais plus revenir, implique un effritement de l'autonomie professionnelle qui, en principe, déstabilise les fondations biopolitiques de la société moderne.

La reconnaissance de la liberté à disposer de son corps a été la traduction d'une profonde révolution culturelle dans la société française au cours des années 1970. [...] L'interruption volontaire de grossesse participe de la

¹⁴⁶⁸ *Ibid.*, p. 309-310.

¹⁴⁶⁹ *Ibid.*, p. 310.

fondation d'un nouveau droit dans une nouvelle société, qui fait éclater les socles de l'intérêt national et de la morale religieuse au nom de la liberté individuelle¹⁴⁷⁰.

Le modèle d'entraide associative s'affirma à cette occasion comme une modalité nouvelle de gouvernementalité sociale témoignant d'une volonté de créer de nouvelles modalités du soin comme du vivre ensemble.

Self-care et self-help

Ce phénomène peut être explicité par le recours à deux notions anglo-saxonnes concomitantes : le *self-help* et le *self-care* rendant compte respectivement de la prise en main citoyenne de soi et de son devenir (notamment en matière de santé) et d'une critique du discours médical moderne prenant la forme du développement de pratiques autonomes de santé. Issu de la théorisation anglo-saxonne du libéralisme politique¹⁴⁷¹, le terme de *self-help* s'est rapidement élargi à de nombreux domaines¹⁴⁷² pour expliciter une modalité autonome de gouvernementalité. Il s'agit d'une forme d'*empowerment* entendu comme « le mécanisme par lequel les gens, les organisations et les communautés augmentent la maîtrise de leur vie ». Au sein du mouvement des droits civiques qui émergea aux États-Unis au milieu des années 1950, cette notion devint rapidement l'étendard des défenseurs de l'autonomie contre l'inégalité et les discriminations. Les militants du droit des femmes, du droit des minorités raciales, ou du droit à la santé se réunissaient alors dans des *self-help groups* compris comme groupes d'entraide. Dans le champ de la santé, les démarches d'entraide (*self-help*) visaient l'accroissement d'une prise en charge autonome de la santé (*self-care*) qui à son tour favorisait l'apparition de pratiques exemplifiant l'efficacité de l'engagement associatif. Ainsi, en 1970, douze activistes féministes du « Boston women's health collective » rédigèrent, à la suite d'un colloque tenu en 1969, une brochure intitulée *Womens and their body* dont l'idée principale était que des femmes parlent à d'autres femmes de leur santé, et ce indépendamment des soi-disant experts médicaux. Au moyen de textes accessibles et concrets, enrichis par des récits d'expériences vécues, cette brochure était l'expression de la démarche du *self-help*, alliant des réflexions théoriques sur la condition de la femme et des préoccupations, toutes pratiques, sur la contraception, l'avortement ou l'accouchement. Elle faisait écho aux groupes de *self-help* qui se développaient alors et qui souhaitaient principalement transmettre l'information par la pratique. Les militantes cherchaient à développer une *praxis* qui leur était propre, tout en remettant en cause le savoir médical. La brochure fût reprise en 1973 sous la forme d'un livre intitulé *Our bodies, ourselves*, qui répondait aux questions que se posaient les femmes sur leur physiologie, le fonctionnement de leur corps ou leur sexualité¹⁴⁷³. Il s'agissait d'un guide de santé pour les femmes, par les femmes, un guide de *self-care* dont « la première étape est l'auto-examen quotidien »¹⁴⁷⁴. Ainsi, en visant l'autonomie individuelle, le *self-care* s'organisait sous la forme d'une entraide, de groupes de *self-help* particuliers. La

¹⁴⁷⁰ *Ibid.*, p. 313-314.

¹⁴⁷¹ Smiles, S., 1859, *Self-Help, with Illustrations of Character and Conduct*, Londres, John Murray.

¹⁴⁷² Dont la médecine : Pawinski, J., 1900, *Le « Self-help » de l'organisme dans certains cas d'angine de poitrine*, Paris.

¹⁴⁷³ En 2005 parut la 35^e édition de cet ouvrage, sous-titrée pour l'occasion : « a new edition for a new era ».

¹⁴⁷⁴ Tourolle, M., 1980b, « Les femmes et leur corps. Un regard "du dedans" », *Autrement*, 26, p. 162-173, ici, p. 167.

critique du système médical était incluse dans une volonté de changement tant du modèle de soin que du modèle de société. La préface à l'édition française de *Our bodies, ourselves* par un groupe de femmes en 1977 précisait déjà cette inclusion du *self-care* dans le *self-help* :

En même temps que nous prenions conscience de notre oppression de femmes, nous nous rendions compte que nous étions dominées par le pouvoir médical. Nous ne pouvions pas nous défendre contre cette domination sans apprendre à connaître notre corps [...]. Nous, les femmes, nous avons besoin de l'information que devait transmettre ce livre. Nous en avons assez d'être coincées dans notre ignorance, d'en être réduites à une attitude d'échec, mystifiées par le bluff médical¹⁴⁷⁵.

L'étude de ces *self-care groups* nous permettra d'explicitier les acquis et limites de l'appel à l'autonomie qui eut lieu en France autour de la légalisation de l'avortement. Car même si ces groupes ne se développèrent jamais réellement en France avant l'apparition des associations de malades du Sida au début des années 1980¹⁴⁷⁶, notamment du fait de l'absence de concept¹⁴⁷⁷ traduisant les notions anglo-saxonnes de *self-help* et *self-care*, leur développement dans un autre contexte francophone s'avère riche d'enseignement, d'autant plus qu'il naquît autour du même questionnement.

L'exemple des groupes d'auto-santé au Québec

Les groupes d'auto-santé se sont développés au Québec¹⁴⁷⁸ en écho à un mouvement social communautaire débuté les années 40, mais dont l'amorçage peut être repéré en février 1967¹⁴⁷⁹, date de parution la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada¹⁴⁸⁰, dite Commission Bird, qui mettait en évidence la discrimination sexuelle dont étaient victimes les femmes dans tous les secteurs. C'est cependant en 1970, lorsque le Dr Henry Morgentaler ouvrit, à Montréal, une clinique où il pratiquait des avortements, alors considérés comme illégaux par les institutions, qu'un réel tournant s'opéra. Son arrestation, son procès et son emprisonnement donnèrent aux forces féministes l'occasion de se regrouper pour développer une campagne de soutien. L'influence de cette dernière dans le cas du Dr Morgentaler facilita la diffusion des problématiques féministes concernant le corps des femmes et mit en évidence les difficultés éprouvées par celles-ci pour se procurer des avortements thérapeutiques. Ce débat autour de l'accessibilité de l'avortement libre et gratuit fût à l'origine du mouvement d'auto-santé et resta au cœur des préoccupations des mouvements féministes. En effet, alors que depuis plus d'un siècle les

¹⁴⁷⁵ Collectif de Boston pour la Santé des Femmes, 1977, *Notre corps, nous-mêmes*, Paris, Albin Michel.

¹⁴⁷⁶ Herzlich et Pierret notent en 1984 la création récente de groupes d'usagers de la santé (Herzlich, C., Pierret, J., 1984, *op. cit.*, p. 270-274).

¹⁴⁷⁷ Trojan, A., 1983, « Groupes de Santé. The Users Movement in France », Hatch, S., Kickbusch, I., (éds.), 1983, *Self-Help and Health in Europe New Approaches in health care*, Copenhagen, World Health Organisation Regional Office for Europe, p. 43-57.

¹⁴⁷⁸ Nous reprenons cette histoire au réseau québécois d'action pour la santé des femmes et plus particulièrement à leur fiche sur l'autosanté accessible sur leur site : <http://rqasf.qc.ca/> [consulté le 10 décembre 2010].

¹⁴⁷⁹ Certes, dès 1964, l'association du planning de Montréal avait ouvert la voie aux groupes d'auto-santé. Voir à ce propos, Dumais, A., Lévesque, J., 1986, *op. cit.*

¹⁴⁸⁰ Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada, 1967, *Rapport de la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada*, Ottawa, Imprimeur de la Reine.

femmes combattaient pour devenir des « sujets » à part entière, tant dans la famille et au travail que sur les plans juridique et politique, elles venaient de prendre conscience que leur corps pouvait demeurer « objet » de contrôle, de convoitise, de violence et de domination.

Les groupes d'auto-santé québécois s'articulaient autour de deux revendications concomitantes issues du *self-care* et du *self-help* : une critique du modèle biomédical et une modélisation de rapports individuel et collectif nouveaux à l'égard de la santé. Le principe premier de l'auto-santé s'inscrivait dans son écart démesuré¹⁴⁸¹ à l'institution médicale, à une époque « où la technologie médicale est à la fois audacieuse et menaçante »¹⁴⁸². Il s'agissait pour ces groupes de se distinguer de l'institution médicale en proposant des prises en charges et des approches différentes. Certes, ils étaient nés « sous le signe de l'indignation et de la revendication »¹⁴⁸³, pourtant ils ne s'opposaient pas à proprement parler au système officiel de santé. Il s'agissait plutôt pour eux de combler les manques de l'institution médicale : ils proposaient donc de mettre en évidence ces lacunes pour agir « dans des domaines où le système est largement absent »¹⁴⁸⁴. Les groupes d'auto-santé entretenaient donc divers rapports avec les institutions officielles de santé : « Ces institutions sont d'abord l'objet de leur surveillance et de leur critique ; certains groupes se donnent effectivement comme tâche de jouer “un rôle de chien de garde pour les consommateurs de soins” »¹⁴⁸⁵. De l'insuffisance des services aux mauvaises organisations des soins médicaux, en passant par la suprématie de la technique au profit de l'utilisateur ou de la critique de l'option technologique du soin, « de la rationalité instrumentale au détriment d'une rationalité de valeur »¹⁴⁸⁶, les revendications de ces groupes étaient vastes, mais s'articulaient autour d'une critique de la dépersonnalisation et du manque d'importance des individus¹⁴⁸⁷. En d'autres termes, ce mouvement souhaitait répondre aux besoins des populations non-satisfaits par l'institution médicale, dans la continuité du mouvement des droits civiques¹⁴⁸⁸.

Intervenants et usagers ne nient pas les acquis du savoir médical, il faut bien le préciser. Tous veulent profiter de ses expertises les mieux éprouvées et de ses découvertes les plus récentes. Mais tous voudraient bien donner aux usagers un meilleur accès au savoir médical. Ils n'acceptent pas que ces connaissances échappent aux bénéficiaires et qu'elles s'entourent d'un mystère dont seule l'institution officielle posséderait le secret¹⁴⁸⁹.

Critiques des services officiels, du professionnalisme, du système social en place accompagnent une collaboration avec la médecine officielle, avec les hôpitaux. L'auto-santé se distinguait, sans la renier, de la médecine officielle : elle militait pour du préventif face au curatif, de la santé sociale face à la santé individuelle, de la pratique communautaire

¹⁴⁸¹ Dumais, A., Lévesque, J., 1983, *op. cit.*, p. 8.

¹⁴⁸² *Ibid.*, p. 34.

¹⁴⁸³ *Ibid.*, p. 31.

¹⁴⁸⁴ *Ibid.*

¹⁴⁸⁵ *Ibid.*, p. 37.

¹⁴⁸⁶ *Ibid.*, p. 38.

¹⁴⁸⁷ *Ibid.*

¹⁴⁸⁸ Le mouvement de revendication des noirs américains milita également contre la discrimination médicale. Voir à ce propos, Nelson, A., 2011, *Body and Soul: The Black Panther Party and the Fight against Medical Discrimination*, Minneapolis, Londres, University of Minnesota Press.

¹⁴⁸⁹ Dumais, A., Lévesque, J., 1983, *op. cit.*, p. 41.

face à la pratique libérale, l'entraide face aux services professionnels. Les groupes d'auto-santé s'opposaient donc à l'autonomie professionnelle sur laquelle s'appuie le pouvoir médical moderne, et c'est à ce titre qu'ils mettaient en avant la notion de groupe comme une forme nouvelle d'engagement. Le groupe permet de rendre collectif, sans la trahir, la volonté individuelle de manifester son insatisfaction du système médical officiel et de se réapproprier sa santé. La définition du groupe d'auto-santé donnée par Alfred Dumais et Johanne Lévesque, auteurs d'une étude sur les groupes d'auto-santé québécois, rend compte de cette articulation spécifique de l'individuel et du collectif :

[Le groupe d'auto-santé est une] association volontaire qui vise à donner à ses membres une prise en charge progressive de leur santé en offrant des services thérapeutiques, soit des structures de support et d'entraide et qui entend également assurer son autonomie de fonctionnement autant que le choix de ses programmes d'intervention que dans l'aménagement de ses ressources¹⁴⁹⁰.

Le groupe assure donc le passage de la volonté de l'individu de faire autrement à l'organisation d'un contre-pouvoir social auquel tend le « faire autrement », et ce, tout en permettant la formation des individus à ces nouvelles modalités autonomes. Héritant des groupes de *self-help* leur organisation, les groupes d'auto-santé participaient ainsi eux aussi à une critique sociale plus globale. En ce sens, « l'auto-santé peut se définir comme un projet »¹⁴⁹¹, un projet pour soi mais aussi pour les autres puisqu'il s'agit de sensibiliser la population à ces nouvelles conceptions et à ses possibilités de changement.

L'idéal, disent les groupes d'auto-santé, ce serait de voir le système actuel de santé vraiment amélioré : qu'il puisse, par exemple, procurer des services à tous ceux qui en ont besoin ; qu'il soit, en tous points, disponible et aisément accessible ; qu'il élargisse aussi l'éventail de ses services, entre autres, celui des soins à domicile ; qu'il se rapproche, en somme, des besoins réels de santé de la population¹⁴⁹².

Plus qu'une amélioration, c'est une véritable restructuration du système de santé au cœur et au fondement de la société moderne qui est en ligne de mire. Les groupes d'auto-santé s'affirment comme des exemples, à travers leurs organisations mêmes, du système idéal : ils proposent ainsi une nouvelle division du travail, une nouvelle organisation des soins, et une nouvelle implication des usagers. Dans la continuité de l'attitude critique mise en avant par les théorisations des sciences humaines et sociales, les groupes d'auto-santé ne s'affirment finalement pas comme anti-médicaux, mais comme une alternative complémentaire ouvrant un dialogue fécond avec le discours professionnel pour en modifier, à terme, la forme et l'application. Cette « auto-santé » repose sur une réappropriation complète des tâches, principes et mécanismes mis en place par la profession médicale mais au profit de l'accroissement de l'autonomie de chacun. En ce sens, « L'alternatif en santé ne viendrait pas d'abord résister à la modernisation, à ses formes rigides et hiérarchisées, il viendrait plutôt et plus profondément se l'approprier, témoigner de son avenir prometteur »¹⁴⁹³.

¹⁴⁹⁰ *Ibid.*, p. 11.

¹⁴⁹¹ *Ibid.*, p. 50.

¹⁴⁹² *Ibid.*, p. 54.

¹⁴⁹³ *Ibid.*, p. 122.

[L]’auto-santé est essentiellement un lieu d’innovation, un lieu où chacun peut apprivoiser les connaissances médicales, et, surtout, un lieu où des approches nouvelles sont expérimentées. Pas de solutions magiques, pas de remèdes miracles, mais une façon peu courante d’aborder la santé : la prise en considération de l’univers global de la personne, une écoute et une attitude attentive aux maux qui l’affectent. Plus que les thérapies sans doute, c’est l’environnement ainsi créé qui est original¹⁴⁹⁴.

À partir des revendications individuelles et communautaires de restructuration du système de soins, c’est finalement un projet de société qui se révèle. Le but immédiat est d’animer et de sensibiliser le milieu, former ses membres, offrir des services adaptés et le but idéal est d’améliorer le système actuel, disposer d’unités de soins plus petites, faire de l’auto-santé, élaborer un projet nouveau de société¹⁴⁹⁵. Un projet utopique entièrement assumé qui s’organise autour de l’autonomie individuelle et collective et de la responsabilité de chacun.

Idéalement, chaque personne devrait faire sa propre prévention, au niveau de l’alimentation, de l’exercice, du travail... C’est certain que c’est utopique. À ce moment-là, selon nos possibilités, nos capacités, il y aurait des personnes qui auraient plus de connaissances dans le domaine de la santé, et tu pourrais consulter ces personnes-là... Mais c’est toi qui te prends en charge¹⁴⁹⁶.

Au partage du vécu individuel répond ainsi le refus de la hiérarchisation des rôles (le collectif est le véritable responsable du groupe) faisant de la responsabilité et l’autonomie le centre du système idéal de santé. Les groupes d’auto-santé insistent beaucoup sur ce point : contre l’autonomie de la profession médicale qui délaisse les usagers, ils revendiquent l’affirmation de l’autonomie des usagers eux-mêmes et le fonctionnement autonome de leur structure. La ritournelle de la déterritorialisation des nouveaux sujets de santé est la revendication d’une autonomie favorisée par l’entraide, tel que l’avaient mise en lumière et en pratiques les groupes d’auto-santé.

La naissance de l’usager de santé

En prolongeant le discours individuel d’autonomisation au sein de la sphère publique, les associations ont formalisé le rôle d’usager entendu comme « une série de compétences pratiques et narratives déployées dans le cadre privilégié des services publics »¹⁴⁹⁷. Elles ont donc définitivement modifié le statut de patient¹⁴⁹⁸ mais plus largement de tout sujet de santé, en politisant sa revendication d’autonomie. L’entrée de l’expérience vécue de la santé et de la maladie sur la scène politique¹⁴⁹⁹ participa ainsi de l’émergence d’une identité positive reposant sur une reconnaissance des compétences de l’usager dans ce domaine.

¹⁴⁹⁴ *Ibid.*, p. 124.

¹⁴⁹⁵ *Ibid.*, p. 59.

¹⁴⁹⁶ *Ibid.*, p. 57.

¹⁴⁹⁷ Le Blanc, G., 2010, « L’expérience de la vie malade », Benaroyo, L., Lefèvre, C., Mino, J.-C., Worms, F., (dir.), 2010, *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 301-317, ici, p. 303.

¹⁴⁹⁸ Landzelius, K., 2006, « Introduction: Patient organization movements and new metamorphoses in patienthood », *Social science and medicine*, 62(3), p. 529-537.

¹⁴⁹⁹ Le Blanc, G., 2010, *op. cit.*, p. 314.

Depuis la théorisation d'un territoire médical différent par la philosophie et les sciences humaines et sociales, un cap a été franchi qui témoigne du glissement désormais consommé de la figure du patient profane attribué au malade vers celui de l'utilisateur de santé actif et responsable qualifiant tout citoyen. Comme cette « personne qui a un droit réel à usage »¹⁵⁰⁰, l'utilisateur peut faire preuve publiquement et en toute légitimité d'usages autres où se concrétise sa revendication d'autonomie. C'est d'ailleurs ce qu'il va faire rapidement, en accord avec l'impatience qui le qualifie désormais¹⁵⁰¹ : développer des pratiques de santé autres, alternatives qui participent autant qu'elles témoignent de l'inexorable renversement du modèle médical moderne et de la figure du sujet-citoyen qui l'accompagne qu'a engendré la réappropriation individuelle, sociale et politique du soin et de la santé.

¹⁵⁰⁰ Article « Usager », *TLFi*.

¹⁵⁰¹ En novembre 1977 voit le jour, sous la direction du Dr Henri Pradal (1931-1982), un magazine destiné au grand public intitulé *L'impatient* (devenu depuis *Alternative santé*).

LES ESPACES ALTERNATIFS

Il se peut toujours qu'on dise le vrai dans l'espace d'une extériorité sauvage ; mais on n'est dans le vrai qu'en obéissant aux règles d'une « police » discursive qu'on doit réactiver en chacun de ses discours¹⁵⁰².

En parallèle du mouvement de libéralisation de l'avortement, la société française va connaître un engouement renouvelé pour les médecines alternatives qui s'affirme comme un réel et vaste « phénomène social » rassemblant tous les usagers de santé qu'ils soient malades, bien-portants, médecins, militants fervents ou simplement déçus de la médecine. En 1978, 38 % des personnes interrogées par un sondage SOFRES avouaient avoir déjà utilisé une thérapie alternative, elles seront 49 % en 1985¹⁵⁰³, dont une majorité de femmes (en général de 35 à 50 ans, urbaines, professions libérales ou cadres)¹⁵⁰⁴. Les médecines alternatives « occupent une place rendue libre par le jeu de la crise de confiance »¹⁵⁰⁵ et leur prolifération témoigne donc de la revendication par les usagers de santé de leur propre territoire. Elles s'organisent comme une véritable culture médicale par le biais d'associations de malades, de boutiques de santé, de chaînes de magasins, d'émissions de radio et de télévisions, de conférences, de séminaires, de cours, de toute une presse spécialisée¹⁵⁰⁶, de la publication de nombreux livres chez des éditeurs devenus spécialistes dans le domaine¹⁵⁰⁷ et de manifestations publiques¹⁵⁰⁸, rendant vivante le rêve d'un système de santé différent. Du thérapeutique et préventif à l'amélioration de soi¹⁵⁰⁹, en passant par le bien-être, les médecines parallèles sont sollicitées à tous les niveaux du monde de la santé, se dévoilant ainsi comme une « nouvelle utopie sanitaire »¹⁵¹⁰ qu'elles participent donc à expliciter. Le recours croissant et assumé à d'autres médecines est une concrétisation pratique des revendications d'autonomie des usagers de santé. Il participe même à l'incarnation de leur nouvelle identité puisque c'est parce qu'elles correspondent mieux à leurs valeurs, leurs représentations et leurs croyances à l'égard de la vie et de la santé¹⁵¹¹, que les sujets se tournent vers les pratiques alternatives. L'analyse de ces « espaces nouveaux de la médecine »¹⁵¹² s'impose donc pour expliciter, en deçà de la revendication sociopolitique d'autonomie, les pratiques qui la matérialisent, mais également pour clarifier les normes (valeurs) en jeu dans ce phénomène.

¹⁵⁰² Foucault, M., 1971, *op. cit.*, p. 37.

¹⁵⁰³ Cité par Laplantine, F., Rabeyron, P.-L., 1987, *op. cit.*, p. 27.

¹⁵⁰⁴ *Ibid.*, p. 29.

¹⁵⁰⁵ Cornillot, P., 1986, « Une coupure épistémologique ? », *Autrement*, 85, p. 41-49, ici, p. 46.

¹⁵⁰⁶ *Santé Magazine, Prévention santé, Médecine douce, Médecines nouvelles, Plantes et médecines*, en sont quelques exemples.

¹⁵⁰⁷ Éditions Maloine, Éditions Chiron, Éditions Ellébore, Éditions Dangles.

¹⁵⁰⁸ Comme le salon des médecines douces qui se tient à Paris depuis 1984.

¹⁵⁰⁹ Laplantine, F., Rabeyron, P.-L., 1987, *op. cit.*, p. 30.

¹⁵¹⁰ Andrieu, B., 2008b, *Toucher. Se soigner par le corps*, Paris, Belles-Lettres, p. 13.

¹⁵¹¹ Astin, J. A., 1998, « Why patients use alternative medicine? », *The Journal of the American Medical Association*, 279 (19), p. 1548-1553.

¹⁵¹² Claris, A., 1977, *Espaces nouveaux de la médecine*, Paris, Robert Laffont.

Le territoire des médecines non-officielles

La multiplicité des vocables existants pour qualifier ces espaces (pseudo-médecines, médecines alternatives, médecines parallèles, médecines holistiques, médecines traditionnelles, médecines naturelles ou encore médecines douces) trahit la difficulté qu'il y a à identifier un ensemble cohérent de pratiques de soins¹⁵¹³ qualifiant un territoire. Les médecines alternatives se définissent avant tout négativement : elles ont pour caractéristique première et commune d'être non-conventionnelles¹⁵¹⁴, autrement dit de se distinguer de la médecine officielle, de se qualifier en réaction à celle-ci et à sa rationalité scientifique (méthodique, objective, universelle). « Comme l'autre, l'alternative, les parallèles, la différence ne se définit pas, elle se démarque »¹⁵¹⁵. En ce sens, les caractéristiques que les auteurs leur accordent¹⁵¹⁶ décrivent tant le territoire qu'elles couvrent que les revendications des usagers de santé à l'égard de la médecine officielle.

¹⁵¹³ Le rapport de 1983 de l'OMS (Bannerman, R.H., Burton, J., Ch'en, W.-C., 1983, *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, OMS, p. 245-246) donne une première liste de ces médecines non-conventionnelles : Homéopathie, médecine anthroposophique, diagnostic astrologique, iridologie, diagnostic par examen de la langue, kinésiologie appliquée, diagnostic psychique, aura, photographie Kirlian, biorythmes, test des couleurs de Lüscher, acupuncture, réflexothérapie, shiatsu, moxibustion, ostéopathie, chiropractie, thérapie par impact, rolfing, thérapie par manipulation, touch for health, méthodes Bates d'éducation visuelle, mesmérisme, irradiation de chaleur, bains de cire, respiration, bains de soleil, rayons ultraviolets, monorégimes, thérapie Gerson, thérapie par l'urine, cymatique, médecine psionique, radiesthésie médicale, radionique, spires oscillatoires de Lakhovsky, thérapie orgonale, énergie des pyramides, arica, somatographie, bioénergétique, psychologie biodynamique, psychodrame, nouvelles thérapies primitives, Gestalt, naturopathie, guérison métaphysique, cybernétique humaine, psychosynthèse, dianétique, autosuggestion, hypnose, training autogène, psychologie neurophysiologique, galvanisme, ventouses, saignée, faradisme, courant sinusoïdal, thérapie interférentielle, thérapie par hautes fréquences, diathermie et thérapie par micro-ondes, ultrasons, thérapies par pulsions haute fréquence, endocrinothérapie endogène, pierres précieuses et cuivre, argile et boue, balnéothérapie, phytothérapie, vita florum, exaltation of flowers, aromathérapie, aliments complets, végétarisme, véganisme, macrobiotique, méthode Bircher-Benner, régime hay, médicaments biochimiques, médecines orthomoléculaire, biofeedback, méditation, illumination intensive, analyse transactionnelle, chromothérapie, mélothérapie, yoga, technique Alexander, terpsichothérapie, eurhythmie curative, tai chi chuan, guérissage par la foi. Nous pouvons y ajouter d'autres dont certaines sont des variantes de celles précédemment citées : aérobic, alicament, apithérapie, art-thérapie, thérapie vocale, auriculothérapie, autohypnose, ayurvéda, thérapie florale de Bach, biodanza, biomagnétisme humain, médecine traditionnelle chinoise, chirurgie psychique, crudivorisme, qigong, dentisterie holistique, détoxication, dien chan, do in, médecine dosimétrique, équithérapie, étiopathie, eutonie, fasciathérapie, gélothérapie, gemmothérapie, héliothérapie, hydrothérapie, intégration posturale, intégration structurale, seïtai, kinothérapie, lithothérapie, luminothérapie, reiki, manupuncture, massothérapie (anmma, lomilomi, massage sensitif, massage thaï, massage cachemiri), méthode Mezières, microkinésithérapie, musicothérapie, thérapie neurale, oligothérapie, médecine orthomoléculaire, ozonothérapie, méthode Pilates, sophrologie, spagyrie, thalassothérapie, thermalisme ou crénothérapie, tummo, médecine traditionnelle tibétaine, thérapie vocale, yunâni, zoothérapie.

¹⁵¹⁴ C'est d'ailleurs ce terme de « médecines non conventionnelles » qui a été retenu par la Commission européenne pour qualifier les médecines alternatives.

¹⁵¹⁵ Echène, A., 1986, « Petite pathologie du mal de mots », *Autrement*, 85, p. 35-40, ici, p. 38.

¹⁵¹⁶ Laplantine et Rabeyron distinguent quatre grands thèmes : protestation humaniste, préoccupation de la totalité et primauté de l'endogène, revendication naturaliste, valorisation du temps (Laplantine, F., Rabeyron, P.-L., 1987, *op. cit.*). Serge Karsenty repère cinq caractéristiques majeures : revendication de l'approche holistique, restauration de l'approche clinique, promotion de l'abstention thérapeutique et des défenses naturelles, préférence pour les formes de soin légères et proches du milieu familial, priorité donnée à l'approche empirique et à la connaissance personnelle (Karsenty, S., 1986, « Les paradoxes d'une quête légitime », *Autrement*, 85, p. 206-211). Jean-Jacques Wunenburger repère six grands imaginaires

Le but premier des approches alternatives est de replacer le malade au cœur du processus de soin, de se préoccuper davantage de « l'état général du patient, de son équilibre propre, de son renforcement, de prévention à long terme de pathologies »¹⁵¹⁷. Le renouvellement de l'approche clinique ainsi opéré, met, dans un apparent paradoxe, en avant la personnalité et la singularité du thérapeute, contre l'uniformité des médecins professionnels. Le thérapeute est aussi, voire parfois plus, important que la thérapie, car c'est lui qui favorise l'écoute, la prise en charge globale, le respect de la nature et de sa temporalité, en offrant une attention et une disponibilité au malade pris en charge. Derrière ce rapport renouvelé au praticien, c'est moins le retour d'un paternalisme que la revendication d'une forme de lien social qui favoriserait à la fois l'autonomie et l'entraide. Cette figure du thérapeute comme Autre bienveillant, mais non dominateur, est au cœur des médecines alternatives dans leur versant de prise en charge douce, comme dans leurs excès sectaires. Le thérapeute parallèle doit être à la fois le médecin savant et le guérisseur charismatique, c'est de là qu'il tire sa double force aux yeux des usagers et sa double illégitimité aux yeux de la médecine officielle. Cette posture fait écho au double désir des mouvements d'usagers d'une justice personnelle contre la déshumanisation et d'une de justice sociale pour un meilleur système de santé. La démarche alternative revendique en effet une prise en charge à la fois individuelle et égalitaire, assurant à chacun la prise en charge de ses dispositions spécifiques ; mais elle se veut également moins coûteuse et ainsi plus accessible à la majorité des usagers. Cette clinique alternative vise enfin, dans la droite ligne de la conception psychosociale de la santé, une recherche du bien-être, du mieux-vivre, qui dépasse le simple rétablissement de la santé pour viser la plénitude et l'harmonie. Le but de ces pratiques est de conduire l'individu vers la plus grande réalisation de lui-même ; elles s'affirment ainsi autant préventives et thérapeutiques, qu'à visée améliorative.

Pour ce faire, les médecines alternatives reposent dans leur majorité sur des présupposés ontologiques et épistémologiques communs dont le plus essentiel est le monisme holistique¹⁵¹⁸. L'individu est un tout, corps et esprit, qui est plus que la somme de ses parties, mais qui se manifeste dans un vécu temporel propre. Cette interdépendance des éléments de l'organisme, et plus largement de l'être, autour d'un principe de vie commun permet à la réflexologie de situer dans le pied les différents lieux du corps, ou à l'auriculothérapie de trouver dans l'oreille un biais d'accès à tout l'organisme. Cette ontologie holiste, qui est notamment au cœur des massages et des thérapies du toucher¹⁵¹⁹, implique une conception relationnelle et endogène du normal et du pathologique où « les affections que nous développons ne nous sont nullement étrangères, mais nous appartiennent en propre, ont une signification et appellent [...] une activité de régulation adaptée à chacun (idiosyncrasie) »¹⁵²⁰. C'est pour cette raison que le malade comme une unité se voit confier une responsabilité par ces approches alternatives : il doit

alternatifs synthétisant la multiplicité des médecines non-conventionnelles : la religion de la nature, le culte du moi, l'option holistique, la magie de l'invisible, la captation par autrui, le désir de justice (Wunenburger, J.-J., 2006, *Imaginaires et rationalités des médecines alternatives*, Paris, Belles-Lettres).

¹⁵¹⁷ Wunenburger, J.-J., 2006, *op. cit.*, p. 121-122.

¹⁵¹⁸ *Ibid.*, p. 125.

¹⁵¹⁹ Andrieu, B., 2008b, *op. cit.*

¹⁵²⁰ Laplantine, F., Rabeyron, P.-L., 1987, *op. cit.*, p. 39.

faire preuve d'« une attitude responsable de prise en charge personnelle et de réappropriation du savoir et du pouvoir »¹⁵²¹.

De plus, en tant qu'elle est moniste, cette ontologie accorde un rôle central au psychisme dans la causalité pathologique. Le corps est mû par l'esprit, notamment sous la forme d'un inconscient corporel, mais également par des affects et des images, des croyances et des significations. Cette option holistique engendre un intérêt renouvelé pour le *moi* comme source de phénomènes à intégrer à la prise en charge médicale. La maladie n'est plus seulement perçue comme une détérioration d'une partie du sujet mais induit au contraire une réponse du sujet comme unité s'exprimant dans le temps de la conscience. La maladie est, dans la perspective holistique et moniste, « à proprement parler impondérable, inquantifiable et non spatialisable »¹⁵²², la thérapie doit donc se fonder sur le temps pour l'individu et le temps de l'individu. L'impact organique des troubles du psychisme renvoie à une psychosomatique dans laquelle la psychanalyse ou la phénoménologie a souvent une grande place. C'est le cas de la sophrologie créée par Alfonso Caycedo, ancien élève de Ludwig Binswanger (1881-1966), qui propose de travailler sur le rapport au corps, aux sensations, afin de produire un effet d'harmonisation de la conscience. Dans l'approche alternative, la conscience apparaît à la source de nombreux troubles organiques ou psychiques et donc dans différentes thérapies telles que la conscience sensorielle, l'illusion mentale du *rebirth* ou le toucher transpersonnel¹⁵²³. À travers l'idée de conscience du corps¹⁵²⁴, le moi est placé au centre de ces nouvelles thérapies qui apparaissent alors comme voie d'accès à un bien-être fondamental du sujet psychophysique. Ce culte du moi participe de la protestation humaniste inhérente aux médecines parallèles¹⁵²⁵.

Ces options ontologiques ont des conséquences épistémologiques imposant de reconnaître la puissance de l'imaginaire dans la rationalité, notamment médicale¹⁵²⁶, mais également d'intégrer des processus paradoxaux, des actions à distance ou différées, ou une disproportion cause-effet. Cette ouverture épistémologique accorde ainsi du crédit à la surinterprétation de phénomènes où se mêlent les différents niveaux épistémologiques et où foisonnent les emballements métaphoriques¹⁵²⁷. En effet, dans ce tout que l'on souhaite cerner, nous ne pouvons pas accéder à tout, contrairement à ce que pense la médecine officielle et son tout-voir. Cela induit la reconnaissance de l'existence de forces invisibles, dont l'exemple le plus extrême reste la chirurgie psychique pratiquée notamment aux Philippines et au Brésil où le « chirurgien » retire du corps malade des éléments morbides aux moyens de ses mains et sans laisser aucune trace d'incisions. C'est sur ce même ressort d'éléments invisibles qui vaudraient comme conditions primaires des états du corps que se fondent le magnétisme ou les thérapies énergétiques, en particulier celles développées à la

¹⁵²¹ Echène, A., 1986, *op. cit.*, p. 38.

¹⁵²² Laplantine, F., Rabeyron, P.-L., 1987, *op. cit.*, p. 44.

¹⁵²³ Andrieu, B., 2008b, *op. cit.*, p. 145-168.

¹⁵²⁴ Shusterman, R., 2007, *Conscience du corps*, Paris, Éclat.

¹⁵²⁵ Laplantine, F., Rabeyron, P.-L., 1987, *op. cit.*, p. 35-38.

¹⁵²⁶ Sur le rejet par la médecine officielle et son histoire des tentatives d'intégration du rôle de l'imagination dans la rationalité médicale, nous nous permettons de renvoyer à nos travaux sur Frédéric Dubois d'Amiens (1799-1873) dont Klein, A., 2006, *op. cit.* et Klein, A., 2011, « Frédéric Dubois d'Amiens, médecin-philosophe : l'exemple de la question de la Société Royale de Médecine de Bordeaux de 1830 », *Histoire des Sciences médicales*, XLV, n° 2, p. 131-145.

¹⁵²⁷ David, S., Przychodzen, J., Boucher, F.-E., (dir.), 2009, *Que peut la métaphore ? Histoire, savoir et poétique*, Paris, L'Harmattan.

suite des travaux de William Reich (1897-1957) sur la bioénergie cosmique. L'énergie assoit cette valorisation de l'invisibilité : nous ne serions pas en mesure de percevoir l'énergie, mais seulement ses effets.

Des anciennes pratiques orientales, telles que le shiatsu, le Qi gong, le reiki ou l'acupuncture qui reprennent au taoïsme l'opposition énergétique universelle du *yin* et du *yang*, aux innovations modernes les thérapies tactiles qui développent une économie globale de l'énergie psychocorporelle, l'énergétisme est au cœur des pratiques alternatives. La notion d'énergie qui est un élément central de la pensée alternative permet de rendre compte tant du mouvement physiologique, que de forces invisibles, ou d'influences du psychisme. Renvoyant à une production créatrice et organisatrice du vivant, la notion floue d'énergie favorise la multiplicité des approches et des définitions, mais assoit surtout l'option holistique en s'opposant à la médecine officielle qui a réduit la force organisatrice de l'organisme à l'ensemble de ses parties. Elle permet enfin de lier ensemble les différentes parties, le corps et l'esprit dans l'individu (microcosme), puis l'individu et l'univers (macrocosme).

Pour ces pratiques, le holisme se veut écologique¹⁵²⁸, c'est-à-dire qu'il s'applique intégralement à l'univers selon un modèle macromicrocosmique¹⁵²⁹, à l'instar du modèle corps-univers que l'on retrouve dans l'acupuncture¹⁵³⁰. Cette perspective globale se fonde sur une valorisation de la nature comme ensemble cohérent et bienfaisant que les pratiques alternatives tentent dans leur grande majorité à sacraliser. La nature s'affirme comme la norme du vivant dans son ensemble et donc comme la norme de la santé. Dénonçant une médecine scientifique « contre-nature » dans laquelle le thérapeute ne fait nullement confiance à la nature, mais cherche à se substituer à elle par une médication résolument allopathique, les pratiques alternatives prônent une confiance dans la nature, c'est-à-dire à l'égard des réactions de l'organisme. Cette position rejoint l'idée selon laquelle la maladie est un processus de déséquilibre compensé, c'est-à-dire un effort d'adaptation où le terme de guérir prend le sens de protéger, défendre (comme la guérite est un abri) et non plus celui de guerre. Dans cette approche alternative, le corps est donc pensé comme le lieu d'une force vitale équilibrante, une force naturelle médiatrice, à l'image de la *vis medicatrix naturae* d'Hippocrate¹⁵³¹. C'est de ce principe que se réclame la naturopathie ou la médecine anthroposophique : la nature a un pouvoir de guérison qu'il faut laisser agir ou favoriser par des méthodes naturelles, mais surtout ne pas contrarier. Il convient de retrouver une attitude orphique et non plus prométhéenne à l'égard de la nature¹⁵³² ; d'où le recours à des produits naturels, considérés comme doux, à la phytothérapie, à la lithothérapie ou à la balnéothérapie. La valorisation de la nature, ou d'une image idéalisée de cette dernière, s'inscrit dans une entreprise écologique plus vaste, où le respect de la naturalité du corps humain vaut pour respect de l'environnement naturel lui-même.

¹⁵²⁸ Andrieu, B., 2011b, *Vers une cosmologie. Coffret sur l'écologie corporelle*, Paris, Atlantica.

¹⁵²⁹ Dans cette perspective où le tout est supérieur à l'ensemble de ses parties (holisme), le microcosme (organisme) est considéré comme un tout, mais apparaît également comme une des parties du macrocosme (univers). La médecine hippocratique relève de ce modèle ainsi que nous l'avons démontré dans notre travail de maîtrise auquel nous nous permettons de renvoyer : Klein, A., 2005, *op. cit.*, particulièrement, p. 184-210.

¹⁵³⁰ Marcovich, A., 1986, « Acupuncteurs : le corps en tête », *Autrement*, 85, p. 134-140, ici, p. 136.

¹⁵³¹ La doctrine hippocratique ne relève pas d'un naturalisme ou d'un vitalisme à proprement parler, mais il y a néanmoins des parallèles possibles. Sur la *natura medicatrix* chez Hippocrate, nous nous permettons de renvoyer à nouveau à notre travail de maîtrise : Klein, A., 2005, *op. cit.*, notamment p. 159-178.

¹⁵³² Hadot, P., 2004, *op. cit.*

Cette démarche de sacralisation permet aux approches alternatives de retrouver cet invariant anthropologique¹⁵³³ qu'est le rapport au sacré. L'extracorporalité de l'énergie et du moi en est dès lors revêtu et assuré par là même l'aura du thérapeute et la pertinence de ces procédures à la limite du magico-religieux. La ritualisation parfois extrême des pratiques alternatives renforce encore ce caractère sacré inhérent à toute thérapeutique¹⁵³⁴, mais dont la médecine officielle avait dépouillé le corps.

Quête non religieuse du sacré, associée à une quête non médicale de la santé ; tentative pour réconcilier rationnel et irrationnel, corps et esprit, les médecines douces nous interpellent par leur démarche où santé et salut se rejoignent¹⁵³⁵.

C'est à ce titre également qu'il faut comprendre l'important investissement dans des matières élémentaires dont témoignent les pratiques alternatives. L'eau du thermalisme, la plante des Fleurs de Bach, la terre argileuse de certains massages, ou le feu des bains de soleil, de l'irradiation de chaleur et l'apposition des mains, sont les éléments sacrés d'une poésie anthropologique fondamentale¹⁵³⁶ dont témoigne l'écologie corporelle des pratiques alternatives.

Parmi la multiplicité des énoncés apparaissant dans le champ discursif des médecines alternatives, certains parviennent à s'organiser ensemble autour d'un objet, d'une gamme énonciative ou d'un jeu spécifique de concepts permanents, constituant ainsi des formations discursives particulières (l'acupuncture, l'homéopathie, le reiki ou les Fleurs de Bach pour ne citer qu'eux). Mais pour les médecines alternatives comme ensemble, il semble difficile de définir une régularité entre les différents objets, concepts, thèmes ou types d'énonciation mis en jeu par les différents énoncés. Sommes-nous donc condamnés à rester dans l'impasse ? Quelle règle de formation détermine ce qui apparaît pourtant comme une répartition discursive particulière émergeant dans une société, à un moment donné, pour exprimer, comme événement discursif, un sens donné ? Le retour à la méthodologie archéologique laisse entrevoir une échappatoire. En s'interrogeant sur les discours dans lesquels l'organisation des concepts, des objets et des énonciations donnent lieu à des thèmes, qu'il nomme « stratégies », Michel Foucault affirme qu'une formation discursive pourra être individualisée « si on peut définir le système de formation des différentes stratégies qui s'y déploient ; en d'autres termes, si on peut montrer comment elles dérivent toutes [...] dans un même jeu de relations »¹⁵³⁷. Ainsi, pour identifier ce que les thèmes présentés précédemment ont en commun, il convient de déterminer la manière dont se forment ces thèmes, au contact d'autres champs discursifs ou non discursifs, composant ainsi une fonction stratégique particulière. Pour ce faire, nous devons revenir sur la seule constante stable de ce domaine – la distinction avec la médecine officielle – et en interroger les modalités concrètes. Si les médecines non-conventionnelles revendiquent une

¹⁵³³ Eliade, M., 1965, *Le sacré et le profane*, Paris, Gallimard.

¹⁵³⁴ Laplantine, F., 1986, *op. cit.*

¹⁵³⁵ Delafosse, C., 1986, *op. cit.*, p. 85.

¹⁵³⁶ Voir à ce propos, Bachelard, G., 1938b, *La psychanalyse du feu*, Paris, Gallimard ; 1942, *L'eau et les rêves*, Paris, J. Corti ; 1943, *L'air et les songes*, Paris, J. Corti ; 1946, *La terre et les rêveries du repos*, Paris, J. Corti ; 1948, *La Terre et les rêveries de la volonté*, Paris, J. Corti ; 1960, *La Poétique de la rêverie*, Paris, Presses Universitaires de France.

¹⁵³⁷ Foucault, M., 1969, *op. cit.*, p. 94.

« nouvelle culture médicale », il faut, comme le conseillent Laplantine et Rabeyron, statuer tant sur le « nouveau » que sur le « médical »¹⁵³⁸.

Extra ou para-territorialité ?

Espace géographique oriental, espace environnemental naturel, espace sensible tactile, espace perçu invisible, espace ontologique holistique, espace temporel subjectif, espace relationnel altruiste, espace personnel autonome, à tous niveaux, le territoire alternatif s'est constitué en opposition farouche au territoire médical officiel. Mais en se réclamant *autre*, la pensée alternative interagit toujours avec le *même*. Les médecines alternatives ne sont donc pas parallèles, mais stratégiquement entrecroisées avec la médecine conventionnelle. La construction des espaces alternatifs s'est toujours faite en relation avec le conventionnel, ce qui conduit à l'édification d'un territoire moins opposé que partagé.

L'importation des pratiques et théories orientales est, à ce titre, riche d'enseignements. Médecine chinoise, tibétaine ou ayurvédique, taoïsme, hindouisme, ou bouddhisme sont en effet à l'origine de plusieurs médecines non-conventionnelles. Or, comme l'a explicité l'ethnologue Anne Marcovich¹⁵³⁹ à propos de l'acupuncture, cette importation s'est toujours réalisée sous la forme d'une altération. Les médecines traditionnelles orientales sont arrivées en Occident par un chemin qui les a perverties. Outre le fait que déjà, dans leur pays, ces médecines avaient muté au contact de la biomédecine, un choix fut en outre effectué au court de l'importation. Ainsi, certains aspects de ces médecines ont été volontairement mis en avant ou au contraire tus, afin de favoriser leur implantation. Fernand Meyer précise à ce sujet que l'un des principaux critères de choix fut le critère de crédibilité. Ainsi, ont été retenues « les représentations de la maladie et de son traitement susceptible d'offrir une alternative à la médecine moderne, sans paraître primitive ou absurdes à des usagers plus ou moins imbus de sciences naturelles »¹⁵⁴⁰. De ce fait, certains aménagements ont été opérés pour rendre plus crédibles ces médecines dont une mise en accord des représentations anatomiques et physiologiques avec les nôtres, par le biais de traduction choisie de certains termes. Une transposition sélective, et par là-même réductionniste, des traditions orientales, s'est opérée selon la norme de la médecine occidentale, alors même que certaines critiques, dont une conception réductrice de la maladie, faites à la médecine occidentale s'appliquent à la médecine orientale. L'idée était avant tout d'offrir un modèle, même fictif, de ces médecines, pour combler les manques de la médecine officielle. Ainsi, certaines thérapeutiques agressives ont été exclues afin de fabriquer l'image d'une médecine chinoise aux pratiques douces, de même qu'on a transmis l'idée d'une anhistoricité de ces médecines qui tireraient leurs forces de cette identité millénaire, alors même qu'elles ont évolué avec le temps. C'est ce qui explique pour Meyer que la référence orientale soit plus forte dans les pratiques alternatives, alors même que le corpus hippocratique-galénique aurait pu fournir les mêmes éléments. Seulement, bien que d'un passé révolu, il apparaissait trop proche de notre médecine du fait qu'il est la source de notre médecine. Les médecines orientales répondaient à « l'urgence

¹⁵³⁸ Laplantine, F., Rabeyron, P.-L., 1987, *op. cit.*, p. 31.

¹⁵³⁹ Marcovich, A., 1986, *op. cit.*, p. 134-140.

¹⁵⁴⁰ Meyer, F., 1986, « Orient-Occident : un dialogue singulier », *Autrement*, 85, p. 124-133, ici, p. 127.

d'une quête fantasmatique de savoirs intemporels et intangibles »¹⁵⁴¹. Par conséquent, si les médecines traditionnelles savantes peuvent être exportées, révisées, mélangées, sans perdre leur pertinence, leur cohérence ni leur efficacité aux yeux des praticiens et des usagers,

[...] on peut se demander si au nombre des facteurs qui déterminent le recours des patients à tel ou tel type de médecine, le contexte social et symbolique, dans lequel se déroule la pratique, ne joue pas un rôle beaucoup plus important que les catégories culturelles de ses fondements théoriques¹⁵⁴².

Pour le dire autrement, nous découvrons ici que l'ensemble des éléments qu'ont importés de l'étranger, d'autres disciplines scientifiques, de la religion, ou de la magie, les médecines non-conventionnelles l'a été en fonction d'un modèle dont les grandes lignes avaient été tracées par le discours médical. Il y a un fond culturel¹⁵⁴³ commun à la médecine officielle et aux pratiques alternatives, dont témoigne la persistance, dans ces dernières, de représentations, objets, pratiques et thèmes médicaux anciens. L'étude de l'évolution disjointe des deux discours à partir de ce champ initial nous permettra de mettre à jour les stratégies qui dirigent la formation des médecines alternatives. Ne sont-elles pas les avatars contemporains des anciennes médecines populaires ? Peuvent-elles s'inscrire dès lors dans le champ des médecines traditionnelles ? Et finalement de quelle manière appartiennent-elles au champ médical ?

Médecines traditionnelles ou médecines populaires

La médecine, toute médecine, repose sur des discours sur le mal¹⁵⁴⁴, des faits institutionnels et des pratiques effectives. Or, c'est à ce troisième niveau, dans la gestion pratique de l'événement « maléfique », que se situe le socle commun à toutes les médecines, y compris les médecines alternatives. À partir de cette distinction, nous pouvons situer les différentes formes médicales. Si la médecine officielle, nous l'avons vu, fonctionne à l'interaction normalisée des trois strates, la médecine populaire ne fonctionne, elle, que dans la troisième, tandis que la médecine traditionnelle associe un discours à une pratique. En effet, la caractéristique de la médecine populaire est de n'être qu'un savoir-faire, se transmettant en dehors de toute institution, de manière locale, par des relations familiales ou de voisinage. Elle n'implique à proprement parler aucun savoir théorisé, aucun discours sur le mal, mais uniquement un ensemble de pratiques qui ne reposent ni n'amènent à aucune théorisation.

Les médecines traditionnelles peuvent ainsi être envisagées comme des médecines populaires ayant formulé un certain savoir systématique sur lequel elles appuient alors leurs

¹⁵⁴¹ *Ibid.*, p. 128.

¹⁵⁴² *Ibid.*, p. 133.

¹⁵⁴³ Ainsi, ces pratiques participent d'une utopie de la santé parfaite (Sfez, L., 1995, *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Seuil ; Sfez, L., 2001, (dir.), *L'utopie de la santé parfaite, colloque de Cerisy (du 11 au 19 juin 1998)*, Paris, Presses Universitaires de France), qui est commune à la médecine officielle dans sa perspective d'un progrès cumulatif de techniques rendant compte de l'amélioration de la raison.

¹⁵⁴⁴ Nous préférons ici « mal » à « maladie » pour rendre compte plus largement d'une culture anthropologique. Voir à ce propos, Augé, M., Herzlich, C., (éds.), 1984, *op. cit.*

pratiques¹⁵⁴⁵. Elles sont en capacité de produire de la littérature spécifique à ce savoir, mais ne sont pas pour autant institutionnalisées, au sens, non de don d'une fonction, mais d'établissement dans la connaissance, dans la science. C'est en ce sens que la médecine officielle s'est constituée contre la médecine traditionnelle, en s'institutionnalisant.

Si les médecines populaires et traditionnelles ont été l'horizon social de la médecine officielle, le terreau à partir duquel et contre lequel elle a pu émerger, il en est autrement pour les médecines alternatives. Ces dernières, en tant qu'elles reposent sur un système de connaissances établies¹⁵⁴⁶, qu'elles se revendiquent savantes (dans un sens différent de la médecine officielle), et qu'elles peuvent s'institutionnaliser, n'appartiennent plus au champ de la médecine populaire et/ou traditionnelle. Pour autant, elles ne rejettent pas celle-ci, mais les intègrent. Les médecines alternatives se constituent de manière à la fois réactionnelle et mimétique à l'égard de la médecine officielle comme de la médecine traditionnelle et/ou populaire. Ainsi, c'est toujours dans l'interaction des différentes sphères qu'elles constituent leurs contenus et leurs pratiques. Comme nous l'avons vu, la reprise des contenus et des pratiques de médecine populaire dans le moderne contexte du débat médical moderne se fait toujours, en somme, moyennant une réélaboration savante de ces contenus. Si la médecine officielle a isolé le contexte culturel des médecines traditionnelles et populaires pour ne prendre que des éléments utiles et permanents, les courants alternatifs associent à ce procédé extractif une réélaboration idéologique de réduction qui tend à faire de ces médecines populaires et traditionnelles une « forêt de symboles » où chacun vient puiser à sa convenance des arguments ou des alibis pour un débat social autour de la médecine et du corps¹⁵⁴⁷. Ainsi les médecines alternatives reprennent aux médecines populaires leur caractère de « faits de culture spécifiques », de « créations originales »¹⁵⁴⁸, tout en y associant une quête, héritée de la médecine officielle, de cohérence théorique et d'institutionnalisation. Elles sont des « faits d'origine entièrement urbaine, moderne, au caractère savant et professionnalisé plus ou moins accentué, mais toujours sensible, y compris dans les courants en apparence les plus « empiriques »¹⁵⁴⁹.

C'est là tout l'enjeu des médecines parallèles : elles relèvent d'un usage de l'individu, et c'est par cette activité même de choix dans les différents corpus disponibles qu'elles offrent au malade une activité qui lui était retirée tant dans la médecine officielle que dans la médecine traditionnelle et populaire. Elles peuvent, sous la forme gnoséologique de la médecine officielle, reprendre des contenus traditionnels ou populaires, au sein de discours qui relèvent d'une épistémologie propre. Ce champ de possibilités stratégiques¹⁵⁵⁰ spécifie les médecines alternatives en explicitant la régularité de leur pratique¹⁵⁵¹ : le choix autonome. L'individuation du discours des médecines alternatives passe par les points de

¹⁵⁴⁵ L'OMS en donne cette définition : « La médecine traditionnelle est la somme des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales ».

¹⁵⁴⁶ Elles tentent toujours d'intégrer, implicitement ou explicitement, une théorie du mal à une théorie de la nature, la théorie du corps à la nature des éléments du monde. Elles fondent toujours leur clinique sur un corps objectivé par la théorie.

¹⁵⁴⁷ Dos Santos, J. R., 1986, « Les médecines populaires ne rejoignent pas les parallèles », *Autrement*, 85, p. 26-34, ici, p. 32.

¹⁵⁴⁸ *Ibid.*, p. 28-29.

¹⁵⁴⁹ *Ibid.*, p. 26.

¹⁵⁵⁰ Foucault, M., 1968, *op. cit.*, p. 746.

¹⁵⁵¹ *Ibid.*, p. 102.

choix que laisse libre le système organisant les relations entre les champs multiples d'objets, de gammes énonciatives, et de jeux de concepts. C'est ce qui distingue les médecines alternatives des autres médecines, traditionnelle et officielle, et explique d'une part, leur capacité de mobiliser des savoirs d'origine multiple au sein d'un corpus, certes multiple, mais formalisé, et d'autre part leur statut ambigu. En tant que phénomène social, elles répondent directement aux attentes des nouveaux sujets de santé face aux carences de la médecine officielle, mais comme phénomène médical, elles ne peuvent entièrement satisfaire ce même usager, du fait de leur champ particulier d'application et apparaissent dès lors comme essentiellement complémentaires¹⁵⁵².

L'autonomie comme pratique discursive

In fine, les médecines alternatives trouvent leur soutien épistémologique dans la rencontre toujours inédite de l'usager de santé qui en reconnaît la valeur discursive et du soignant qui peut dès lors la concrétiser. Le soignant alternatif se situe en effet au croisement du médecin, auquel il reprend les modalités d'affirmation d'un savoir cohérent, objectif, institutionnalisable, et du guérisseur, dont il acquiert l'« effet presque "pur" de pouvoir »¹⁵⁵³.

Le premier fonde sa légitimité sur la loi et se réfère à cette dernière dans son exercice. Le second bénéficie d'une position charismatique qui repose sur la reconnaissance, par des patients, disciples ou adeptes, de la qualité extra-ordinaire (hors de l'ordinaire, hors du commun) d'une personne et de sa valeur exemplaire¹⁵⁵⁴.

En faisant preuve d'autonomie à l'égard de la médecine officielle comme de la médecine traditionnelle, le praticien alternatif profite ainsi du double statut de légalité et de légitimité. Il peut dès lors satisfaire le malade qui souhaite à la fois « être aimé, être protégé » et « trouver en face de soi quelqu'un qui ne doute pas »¹⁵⁵⁵. Certes, « le ciment de ces médecines qui n'ont pratiquement aucun principe thérapeutique commun, c'est le patient dont nous parlons qui le trouvera. C'est pour lui qu'elles seront "douces" »¹⁵⁵⁶. Mais ces médecines ne répondent aux demandes de l'usager que parce qu'elles sont pratiquées par un autre qui reconnaît cette demande. Il y a « assomption du sujet guérisseur » qui engendre la création d'événements signifiants : « "il se passe quelque chose" dans mon corps ou dans ma vie et quelqu'un en témoigne, en y pouvant quelque chose »¹⁵⁵⁷. L'autonomie de l'usager le conduit vers les médecines alternatives et c'est dans cette rencontre que le praticien se détermine thérapeute alternatif. La règle de formation de champ discursif est donc l'autonomie qui assure sa régularité à une pratique discursive dont le sens n'est jamais déjà donné, mais toujours à construire. Les médecines alternatives sont des lieux qui se créent dans le mouvement même de l'émergence d'un sens partagé qui dénoue une

¹⁵⁵² « [...] les pratiques parallèles se situent, pour les malades, sur un autre plan, complémentaire du médecin et sans doute indispensable » (Loux, F., 1978, « Médecins et guérisseurs : deux rapports au corps », *Autrement*, 15, p. 182-184, ici, p. 183).

¹⁵⁵³ Friedmann, D., 1978, « La ruse du pouvoir », *Autrement*, 15, p. 185-192, ici, p. 187.

¹⁵⁵⁴ Le Grand, J.-L., Prayez, P., 1986, « L'utopie de la médecine idéale », *Autrement*, 85, p. 12-21, ici, p. 16-17.

¹⁵⁵⁵ Laplantine, F., Rabeyron, P.-L., 1987, *op. cit.*, p. 60.

¹⁵⁵⁶ Karsenty, S., 1986, *op. cit.*, p. 208.

¹⁵⁵⁷ Rivière, M., 1978, *op. cit.*, p. 181.

souffrance. Elles sont des faits de culture qui se créent dans la formation même d'une *sphère culturelle et symbolique* où soignants et soignés se rejoignent et se comprennent autour d'un même langage, de références communes à des modes de pensées, de sensibilités partagées par une collectivité¹⁵⁵⁸. Dans la singularité de la rencontre émergent des faits culturels, qui sont des phénomènes médicaux, et qui organisent autant qu'ils sont organisés par une culture de l'autonomie entendue comme phénomène social.

L'autonomie est au cœur de la production d'un certain nombre d'énoncés et de leur unification au sein d'une formation discursive. Cette archéographie¹⁵⁵⁹ centrée sur l'autonomie influence la production de savoirs dont le statut épistémologique ne peut être interrogé qu'à l'aune de cette pratique discursive. En ce sens, les médecines alternatives reposent sur une épistémologie fondée sur l'autonomie, ou pour le dire autrement, l'autonomie y est un critère épistémologique central. C'est elle qui détermine la relation des médecines alternatives à la médecine officielle et qualifie tant leur fonctionnement pratique que leur constitution gnoséologique. Sans être entièrement paramédicales, elles ne sont pas pour autant extramédicales, mais peuvent être dites médicales selon des rapports variables à l'aune d'une stratégie d'autonomie. Les médecines alternatives se sont développées et fonctionnent à l'aune du *self-help*, puisque c'est bien l'entraide d'un usager et d'un thérapeute, ainsi définie dans l'espace de leur rencontre, qui les qualifie comme pratiques autonomes de soin, c'est-à-dire comme *self-care*. À l'aune de cette analyse, nous voyons émerger le *self-care*, défini comme une prise en charge autonome de son devenir tendant à une réappropriation du *même* dans la forme de l'*autre*, comme un analyseur, voire un principe épistémologique. Le sujet de santé a bien acquis une place d'« auteur », au sens non de « l'individu parlant qui a prononcé ou écrit un texte, mais l'auteur comme principe de groupements du discours, comme unité et origine de leurs significations, comme foyer de leur cohérence »¹⁵⁶⁰.

L'autonomie comme principe épistémologique

Pour déterminer la valeur épistémologique de l'autonomie en matière de santé, il convient de revenir à la fondation philosophique de la normativité comme principe ontologique afin d'évaluer la portée d'une telle théorisation. En conceptualisant la normativité comme activité fondamentale d'individualisation du vivant, Canguilhem mettait en effet l'accent sur une forme première d'autonomie. « La normativité désigne la création du vivant par lui-même (normativité vitale), la création de soi par soi (normativité sociale) »¹⁵⁶¹. L'individu n'existe que parce qu'il se donne à lui-même ses propres normes et la vie n'est que parce qu'elle est individualisée. En ce sens, la vie est autonome, et ce de manière radicale : elle est un processus constant d'autonomisation puisque toujours l'infraction prime sur la régularité¹⁵⁶². Cette thèse ontologique a des conséquences épistémologiques majeures.

Tout d'abord, la biologie doit se définir comme une science des individus ne cherchant plus à qualifier généralement la vie, mais abordant à partir des spécificités

¹⁵⁵⁸ Le Grand, J.-L., Prayez, P., 1986, *op. cit.*, p. 17-18.

¹⁵⁵⁹ Nous entendons par ce terme une approche qui relate le développement d'une formation discursive dont rend compte l'archéologie.

¹⁵⁶⁰ Foucault, M., 1971, *op. cit.*, p. 28.

¹⁵⁶¹ Le Blanc, G., 1998, *op. cit.*, p. 69.

¹⁵⁶² Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 216.

individuelles les normes de l'individualisation elle-même. Elle ne prend donc pas pour objet l'individu mais se déploie comme science de la normativité, dont l'objet principal est à chercher dans la capacité des organismes à maintenir leurs propres normes dans un milieu de vie particulier. En effet, l'individualité vivante n'est pas déterminée comme être mais comme relation. Donc si « la pensée du vivant doit tenir du vivant l'idée du vivant »¹⁵⁶³, c'est bien la question du sens et des rapports de centration qui va constituer l'objet de la biologie : « la biologie doit tenir d'abord le vivant pour un être significatif et l'individualité non pas pour un objet mais pour un caractère dans l'ordre des valeurs »¹⁵⁶⁴. L'étude du vivant ne peut plus consister en une « décomposition d'entités factuelles traitées comme des réalités insécables et terminales », mais doit s'effectuer comme une « composition dynamique d'une totalité qui fait sens pour l'humain »¹⁵⁶⁵. L'établissement de nouvelles normes, comme détermination de valeurs à l'égard de la vie, qualifie l'individuation du vivant et organise la biologie à l'aune des points de vue sur la vie¹⁵⁶⁶. Comme le rappelle Pierre Macherey, parler de normativité, revient à « montrer comment le mouvement concret des normes, qui sont des schèmes vitaux à la recherche des conditions de leur réalisation, élabore au fur et à mesure de son déroulement ce pouvoir qu'il produit à la fois sur le plan de sa forme et de son contenu »¹⁵⁶⁷. Dès lors, il revient à la biologie de suivre ce devenir de la vie, entendue comme puissance créatrice ; ce qui ne peut s'opérer qu'au moyen d'un travail sur les valeurs qui déterminent le sens spécifiant l'individu vivant dans son milieu. Autrement dit, la philosophie biologique de Canguilhem implique, en continuité avec l'ontologie, une épistémologie qui fonde la biologie sur une axiologie fondamentale¹⁵⁶⁸. L'interprétation biologique de Canguilhem cherche à comprendre les positions de valeurs humaines dans leur immanence à la vie, et s'oppose donc à une position biologiste qui réduit l'ensemble des normes ou valeurs humaines à des faits biologiques¹⁵⁶⁹. Le rationalisme abstrait qui caractérisait la philosophie biologique positiviste est ainsi renversé par le vitalisme assumé¹⁵⁷⁰ d'une philosophie biologique créatrice de l'ordre du perspectivisme¹⁵⁷¹ dont la mise en pratique interroge la médecine elle-même.

En effet, pour cerner les valeurs en jeu et en construction dans l'activité fondamentale du vivant qui l'individualise, la biologie doit pouvoir observer les créations axiologiques vitales dans leur processus normatif même. C'est ici qu'intervient la médecine qui, comme activité productrice de réponses inédites à la menace vitale, est au cœur de l'activité reproductrice de maintien de la puissance intrinsèque de l'organisme qu'est la normativité. La pathologie exemplifie la normativité en cours, ce qui confère à la médecine le statut de

¹⁵⁶³ Canguilhem, G., 1957, *op. cit.*, p. 13.

¹⁵⁶⁴ *Ibid.*, p. 143.

¹⁵⁶⁵ Le Blanc, G., 2002a, *op. cit.*, p. 39-40.

¹⁵⁶⁶ Le Blanc, G., 2000, « La vie selon ses points de vue », Le Blanc, G., (dir.), 2000, *Lectures de Canguilhem, « Le normal et le pathologique »*, Fontenay-aux-Roses, Feuillet de l'ENS Fontenay Saint/Cloud, p. 49-60.

¹⁵⁶⁷ Macherey, P., 1993, « Normes vitales et normes sociales dans l'Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique », Collectif, 1998, *op. cit.*, p. 71-84, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011], <http://stl.recherche.univ-lille3.fr/sitespersonnels/macherey/machereybiblio75.html>.

¹⁵⁶⁸ Gayon, J., 2000, « Le concept d'individualité dans la philosophie biologique de Georges Canguilhem », Le Blanc, G., (dir.), 2000, *op. cit.*, p. 19-48.

¹⁵⁶⁹ Le Blanc, G., 2009, *op. cit.*, p. 99.

¹⁵⁷⁰ Le vitalisme que Canguilhem reprend à Bichat n'est pas pour autant doctrine ou théorie mais exigence et expression philosophique de confiance en la valeur de la vie (Canguilhem, G., 1957, *op. cit.*, p. 86).

¹⁵⁷¹ Le Blanc, G., 2009, *op. cit.*

réfèrent épistémologique pour une biologie qui doit fonder son savoir sur un empirisme essentiel. Ainsi, à partir de la dynamique de la vie en acte, la statique de la vie peut être déterminée ; la médecine est devenue la condition de possibilité d'une biologie¹⁵⁷² repensée à partir du vivant non tel qu'il doit être, mais tel qu'il est.

Ce rôle nouveau attribué à la médecine renverse la perspective épistémologique qui avait qualifié sa modernité. Premièrement, la biologie ne se fonde plus sur une définition abstraite de la vie, d'où découle un ensemble de techniques d'exploration et d'intervention, mais est constituée à partir de l'observation de la vie permise par les techniques médicales d'observation et d'intervention sur la pathologie. Ce retournement des conditions de constitution de la biologie se fait au profit de la médecine et des malades, puisque désormais la médecine peut travailler avec une conception de la vie qui ne lui est plus léguée par la biologie, mais qu'elle définit à partir d'elle-même. Deuxièmement, c'est la nature épistémologique de la médecine qui est alors repensée. Puisque l'individualité humaine est l'objet et le sujet de la médecine, cette dernière ne peut être une activité normative qu'individuelle, s'adaptant à la multiplicité des normes des vivants humains. La médecine se fonde sur la « tolérance de la variété »¹⁵⁷³ s'affirmant ainsi comme un art, un « art de la vie parce que le vivant humain qualifie lui-même comme pathologiques, donc comme devant être évités ou corrigés, certains états ou comportements appréhendés, relativement à la polarité dynamique de la vie, sous forme de valeur négative »¹⁵⁷⁴. La relativité du normal et du pathologique à la mesure des individus en fonction de la primauté axiologique en ontologie comme en épistémologie induit une revalorisation axiologique¹⁵⁷⁵ de la clinique et la thérapeutique, entendues comme techniques, sur le recours aux sciences biomédicales. La relation médecin-malade est le point nodal du réseau d'interconnexions des disciplines scientifiques¹⁵⁷⁶ qui qualifie la pratique médicale. C'est en ce sens que Canguilhem détermine le statut épistémologique de la médecine comme « somme évolutive de sciences appliquées »¹⁵⁷⁷. La médecine est avant tout une *praxis*¹⁵⁷⁸, une pratique technique de soin modelée à partir l'individu lui-même entendu comme effet de normativité¹⁵⁷⁹. Le vivant individuel maintient, du fait de sa normativité essentielle, un probable au sein de l'activité médicale qui lui interdit d'être une science exacte sur le modèle des sciences de la matière. Elle ne peut en effet plus être une activité dérivée d'un savoir physiologique, mais s'affirme comme une activité « qui ne se laisse pas entièrement

¹⁵⁷² L'idée de la médecine comme fonction épistémologique de la biologie semble être une constante de l'épistémologie de langue française. On retrouve une analyse semblable chez François Dagognet comme le montre Anne-Marie Moulin (Moulin, A.-M., 1984, « Biologie sans vivant, médecine sans malades », *Anatomie d'un épistémologue : François Dagognet*, Paris, Vrin, p. 57-67). Voir également, Cutro, A., 2010, *Technique et vie. Biopolitique et philosophie du bios dans la pensée de Michel Foucault*, Paris, L'Harmattan, trad. fr. C. Rousseau.

¹⁵⁷³ Canguilhem, G., 1966, *op. cit.*, p. 215.

¹⁵⁷⁴ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 77.

¹⁵⁷⁵ Lefève, C., 2010, « Peut-il seulement y avoir de bons médecins ? La relation médecin-malade selon Georges Canguilhem », Crignon-De Oliveira, C., Gaille, M., (dir.), 2010, *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?*, Paris, Seli Arslan, p. 16-33, ici, p. 21.

¹⁵⁷⁶ Canguilhem, G., 1988b, *op. cit.*, p. 425.

¹⁵⁷⁷ *Ibid.*, p. 428.

¹⁵⁷⁸ Le Blanc, G., 2002a, *op. cit.*, p. 101.

¹⁵⁷⁹ Canguilhem, G., 1943, *op. cit.*, p. 156 : « activité qui s'enracine dans l'effort spontané du vivant pour dominer le milieu et l'organiser selon ses valeurs de vivant ».

et simplement réduire à la seule connaissance »¹⁵⁸⁰, mais qui détermine l'usage des contenus scientifiques à l'égard d'une individualité vivante qu'elle contribue à mettre en lumière. Ainsi, s'il fallait considérer la médecine comme une science, elle serait « la science des limites des pouvoirs que les autres sciences prétendent lui conférer »¹⁵⁸¹, car, en tant que pratique s'organisant à l'aune de la normativité essentielle du vivant, elle est proprement l'espace où s'organisent les différentes normes scientifiques en vue de produire une réponse technique inédite apte à produire une normativité renouvelée. En ce sens, c'est bien l'autonomie comme principe ontologique qui détermine le statut épistémologique de la médecine : elle est le pendant technique de l'activité de normativité fondamentale qui spécifie le vivant, et ce parce qu'entre technique et vie, il y a une essentielle continuité.

La pensée de la normativité produite par Canguilhem induit tant une épistémologie de la médecine qu'une épistémologie médicale¹⁵⁸². C'est le troisième niveau d'intervention de la normativité ontologique : elle implique une gnoséologie à part entière. Bien que Canguilhem n'ait pas systématiquement développé une théorie de la connaissance, il a bien constitué une théorie philosophique de la vie comme connaissance¹⁵⁸³ au sein de laquelle la technique acquiert un statut renouvelé. Il y a en effet une primauté épistémologique de la technique sur la science conséquente de la primauté ontologique de l'individualité : la technique n'est pas la continuation de la connaissance objective, de la science, mais la continuation de l'effort constant du vivant pour se déployer dans son milieu. Dès ses premiers écrits¹⁵⁸⁴, Canguilhem, défendait en effet, contre la maxime positiviste « Savoir pour prévoir afin de pouvoir » qui faisait ressembler l'avenir au passé¹⁵⁸⁵, une dimension créatrice de la technique qui produit toujours de l'imprévisible et de l'inattendu¹⁵⁸⁶ contre la science qui est « le travail réducteur suscité par les échecs de la puissance créatrice »¹⁵⁸⁷ de la technique. La technique est créatrice, normative, et ce même en dehors de la connaissance¹⁵⁸⁸, elle relève de la vie pragmatique comme le sous-entend Canguilhem dans son travail sur la création artistique selon Alain¹⁵⁸⁹. La technique est au cœur de l'activité du vivant comme vivant dans son milieu, elle est le moteur de la normativité : elle est le

¹⁵⁸⁰ *Ibid.*, p. 8.

¹⁵⁸¹ Canguilhem, G., 1988b, *op. cit.*, p. 428.

¹⁵⁸² Nous distinguons, avec Jean Gayon, l'épistémologie médicale qui étudie l'apport que la médecine à la théorie de la connaissance, son apport à la tâche philosophique d'élucidation des fondements et des limites du pouvoir de connaissance humain, et l'épistémologie de la médecine qui nécessite de s'interroger sur le statut de la médecine comme science ou non, comme science à part entière (Gayon, J., 2004, « Épistémologie de la médecine », Lecourt, D., (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 430-431).

¹⁵⁸³ Gayon, J., 2000, *op. cit.*, p. 43.

¹⁵⁸⁴ Voir à ce propos, Braunstein, J.-F., 2000, « Canguilhem avant Canguilhem », *Revue d'histoire des sciences*, 53/1, p. 9-26.

¹⁵⁸⁵ Canguilhem, G., 1938, « Activité technique et création », *Communications et discussions, Société toulousaine de philosophie*, 2^e série, p. 81-89, ici, p. 84.

¹⁵⁸⁶ Canguilhem, G., 1937, « Descartes et la technique », *Travaux du IX^e Congrès international de philosophie*, Congrès Descartes, t. II, Paris, Hermann, p. 77-85, ici, p. 83.

¹⁵⁸⁷ Canguilhem, G., Planet, C., 1939, *Traité de logique et de morale*, Marseille, F. Robert et fils, p. 175-176.

¹⁵⁸⁸ Canguilhem, G., 1938, *op. cit.*, p. 86 : « à côté et indépendamment de la connaissance, quoique parfois servie par elle, la création continue ».

¹⁵⁸⁹ Canguilhem, G., 1952, « Réflexions sur la création artistique selon Alain », *Revue de métaphysique et de morale*, 57, p. 171-186, repris dans *Cahiers philosophiques*, Hors-série, septembre 2008, p. 55-70, ici, p. 68 : « l'art s'instaure comme rupture avec la vie pragmatique, avec la technique, avec l'action intéressée sur la matière ».

pendant de la perception dans l'expérience précritique¹⁵⁹⁰, comme la création artistique est le pendant de la connaissance établie par la science. La technique se situe entre la vie et l'art, et en ce sens, entre l'individu vivant et la médecine comme activité des vivants. L'épistémologie canguilhemienne valorise donc les expressions concrètes de la technique comme création du vivant (par lui-même) et ce à l'encontre du mythe de la technique qui résulte de la pensée positiviste et qui tend à valoriser les sciences établies, la sécurité¹⁵⁹¹ face à la normativité. Canguilhem revendique une liaison intime de la technique et de la vie que l'ordre scientifique aurait rompue : en se distinguant de la vie, la connaissance scientifique a dénaturé la technique, en faisant l'outil d'une déshumanisation alors qu'elle est l'expression même du vivant humain. Il faut donc aller de la technique médicale à la connaissance physiologique et non l'inverse.

C'est en ce sens que la biologie ne peut plus « se retrancher de l'anthropologie »¹⁵⁹², car, en se fondant sur les techniques, la connaissance du vivant s'inscrit dans son existence même. En sortant l'individu de la métaphysique pour en faire l'objet d'une science, la biologie se place dans une perspective anthropologique où son objet d'étude est également le sujet de cette étude. La connaissance biologique ne peut donc pas découvrir, se surajouter, à une réalité biologique originale. L'individualité organique n'existe, comme le précise Guillaume Le Blanc, « que par référence à un individu théorique qui s'assigne pour objet la compréhension de son appartenance à la vie »¹⁵⁹³. La connaissance biologique ne repose donc pas sur un arbitraire fixé par le sens commun ou par les scientifiques eux-mêmes, mais sur une connivence de la connaissance à la vie. Elle est la continuation consciente d'une démarche du vivant de construction de valeurs. Le concept doit suivre la vie, sans quoi l'homme savant ne peut plus comprendre l'homme vivant, car il ne se comprend plus lui-même comme homme vivant. La vie qui faisait violence à la raison et à sa structure calculatrice et ordonnée et qu'elle avait donc exclue, se trouve réinstaurée à l'origine même de l'acte de connaissance. Et c'est cette perspective gnoséologique qui assure finalement au concept d'individualité son fondement. « L'individualité est le site d'une individuation continue en laquelle l'individuation biologique est prolongée par l'individuation théorique à l'œuvre dans la connaissance humaine »¹⁵⁹⁴. La connaissance est une activité vitale à part entière et la connaissance objective poursuit donc la vie et ses manifestations techniques.

La pensée de Canguilhem se découvre ainsi comme une anthropologie biologique où l'individualité vivante comme normativité est au principe de l'ontologie, de la gnoséologie comme de l'épistémologie. En son sein, la médecine est le lieu d'articulation des différents niveaux de perception et d'intervention de la normativité fondamentale : elle est une pratique vitale fondamentale au sein de laquelle sont produits un certain nombre de techniques manifestant les rapports axiologiques du vivant à lui-même et son environnement. C'est en ce sens que l'on peut comprendre la médecine comme un ensemble de techniques organisé en *praxis* qui relève d'une autonomie fondamentale du vivant. Car c'est bien à l'aune du sens que le vivant produit en affirmant ses valeurs propres

¹⁵⁹⁰ Canguilhem, G., 1938, *op. cit.*, p. 82.

¹⁵⁹¹ « La connaissance consiste concrètement dans la recherche de la sécurité par réduction des obstacles, dans la construction de théories d'assimilation » (Canguilhem, G., 1957, *op. cit.*, p. 11).

¹⁵⁹² Le Blanc, G., 2002a, *op. cit.*, p. 40.

¹⁵⁹³ *Ibid.*, p. 41.

¹⁵⁹⁴ *Ibid.*

pour s'individualiser que sont déterminées les techniques qui constituent la pratique que nous définissons comme médicale.

In fine, la conceptualisation de la normativité comme principe ontologique, à valeur gnoséologique et épistémologique, rend compte de la poursuite des revendications du *self-care* par le phénomène des médecines alternatives. L'autonomie, entendue comme détermination individuelle de son existence par l'affirmation de valeurs singulières, comme normativité, rend compte tant du territoire revendiqué par les nouveaux usagers (normativité vitale) que des modalités de la territorialisation elle-même (normativité sociale). Le projet alternatif que proposaient déjà les groupes d'auto-santé fait écho à la conceptualisation du sujet vivant comme projet¹⁵⁹⁵ biologique et social. La normativité explique le fonctionnement épistémologique singulier des pratiques alternatives tout en rendant compte de leur perception d'un corps comme entité agissante¹⁵⁹⁶, voir guérisseuse¹⁵⁹⁷, ne répondant pas nécessairement à la causalité des lois de la nature¹⁵⁹⁸, devant être cerné dans sa globalité et à l'aune de ses normes individuelles pour faire l'objet de techniques de soin ne visant plus la régulation biologique moyenne. L'homme n'est définitivement plus seulement perçu comme un ensemble complexe de systèmes biologiques, car « sa réaction aux effets de l'environnement, dès sa conception, le place "à part" parmi les espèces vivantes »¹⁵⁹⁹. C'est ce qui conduit les usagers à développer d'autres techniques et pratiques que celles de la médecine officielle. Ils se placent en infraction à l'égard des normes sociales prônées par la médecine moderne pour affirmer le déploiement de nouvelles normes médicales au sein d'une médecine repensée comme « véritable intelligence philosophique de l'homme »¹⁶⁰⁰.

Les conditions de la complémentarité

L'important développement des médecines alternatives a confirmé l'autonomisation des usagers à l'égard du système de soins officiel en concrétisant la revendication d'un autre modèle du corps, de la santé et de la maladie. S'affirmant dans une distance critique à l'égard de la médecine officielle, ce déploiement s'est pourtant réalisé à ses côtés, témoignant ainsi d'une possible complémentarité favorisée par la valorisation d'une autonomie comme principe épistémologique. Malgré l'évidente coupure épistémologique¹⁶⁰¹ entre la médecine officielle et les médecines alternatives, l'aspect proprement constructiviste de la gnoséologie de ces dernières, fondée sur le principe d'autonomie, permet la création de zones frontière. Premièrement, leur contenu épistémologique organisé autour des deux grands principes que sont la globalité et la personnalisation du diagnostic à la thérapeutique d'une part, et la production d'une médecine naturelle non toxique et non iatrogène d'autre part, en font les modèles d'une « ouverture théorique et thérapeutique (un modèle réinventant la nécessité d'une approche globale impossible au spécialiste), mais aussi une ouverture économique non négligeable,

¹⁵⁹⁵ Macherey, P., 1993, *op. cit.*

¹⁵⁹⁶ Henry, E., 1986, « Au-delà des différences, l'efficacité symbolique », *Autrement*, 85, p. 62-67, ici, p. 63.

¹⁵⁹⁷ Cousins, N., 1980, *La volonté de guérir*, Paris, Seuil.

¹⁵⁹⁸ Peter, J.-P., 1978, *op. cit.*, p. 170.

¹⁵⁹⁹ Muyard, J.-P., 1986, « Fonder une structure d'évaluation », *Autrement*, 85, p. 233-236, ici, p. 234.

¹⁶⁰⁰ Wunenburger, J.-J., 2006, *op. cit.*, p. 219-220.

¹⁶⁰¹ Cornillot, P., 1986, *op. cit.*

sous forme d'un marché nouveau et "porteur" »¹⁶⁰² pour le médecin officiel. Deuxièmement, leur forme gnoseologique de co-construction du sens et des limites de ce sens assure également leur complémentarité avec la médecine officielle. La possibilité même de ces médecines alternatives, qui vient du recours qu'en font les malades, lui assure une autonomie épistémologique qui n'est pas indépendante de la médecine. Au contraire, elles émergent au sein d'une expérience individuelle « déterminée par une histoire de maladie et de traitements »¹⁶⁰³. De ce fait, les conditions mêmes de leur existence, synthétisées dans cette autonomie épistémologique et archéographique, sont déjà des conditions d'un dialogue.

Seulement, pour que la complémentarité prenne forme, il faut encore que les deux parties participent à la discussion, que les conditions d'un échange dialogique soient réunies. Or, les médecines alternatives sont encore aujourd'hui des pratiques relevant souvent de l'exercice illégal de la médecine tel que codifié par l'article 372 du *Code de santé publique*¹⁶⁰⁴.

La marginalisation des médecines alternatives et ses limites

Les médecines alternatives, même visant la complémentarité, font l'objet d'une marginalisation qui vise à les rendre illégitimes. Car en deçà de la législation, le discours médical a développé une stratégie complète d'exclusion en accord avec les normes de défense de son autonomie professionnelle telles qu'elles sont apparues au cours de sa territorialisation moderne.

Ainsi que nous l'avons constaté dans le second chapitre de ce travail, « le discours médical [...] ne laisse aucune place pour ce qui n'entre pas dans la cohérence qui lui est propre »¹⁶⁰⁵; les livres visant à discréditer les pratiques alternatives sont donc légion. Perçues comme des pseudo-médecines¹⁶⁰⁶, ces médecines sont considérées comme du charlatanisme¹⁶⁰⁷, et relèvent de la part du malade d'une erreur de raisonnement, d'une incapacité à faire les bons choix, d'une illusion¹⁶⁰⁸ profonde à l'égard d'une thérapie qui n'est qu'un effet placebo, ou encore une croyance psychopathologique¹⁶⁰⁹. En d'autres termes, le choix de recourir à ce qui apparaît comme des pratiques charlatanesques ne peut qu'être le résultat d'une erreur de jugement, typique du patient-profane ignorant et déraisonnable qui se laisse aller à des pratiques irrationnelles du fait de son jugement brouillé. Les médecines alternatives ne sont que « la survivance d'une pensée primitive et

¹⁶⁰² Laplantine, F., Rabeyron, P.-L., 1987, *op. cit.*, p. 67.

¹⁶⁰³ Magnant, P., Chaboche, F.-X., 1986, « Usagers : notre corps est à nous », *Autrement*, 85, p. 212-217, ici, p. 214.

¹⁶⁰⁴ « Exerce illégalement la médecine toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites, ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre de la Santé publique pris après avis de l'Académie nationale de Médecine sans être titulaire du diplôme d'État de docteur en médecine ».

¹⁶⁰⁵ Clavreul, J., 1978, *op. cit.*, p. 19.

¹⁶⁰⁶ Brissonnet, J., 2003, *Les pseudo-médecines. Un serment d'hypocrites*, Book-e-book.

¹⁶⁰⁷ Abgrall, J.-M., 1998, *Les charlatans de la santé*, Paris, Payot.

¹⁶⁰⁸ Aulas, J.-J., 1993, *Les médecines douces. Des illusions qui guérissent*, Paris, Odile Jacob.

¹⁶⁰⁹ Bensaïd, N., 1988, *Le sommeil de la raison. Une mode : les médecines douces*, Paris, Seuil ; Skrabanek, P., Mc Cormick, J., 1997, *Idées folles, idées fausses en médecine*, Paris, Odile Jacob ; Brissonnet, J., 2009, *Les médecines non conventionnelles ou les raisons d'une croyance*, Book-e-book.

obscurantiste »¹⁶¹⁰. La stratégie du discours médical qui excluait tout ce qui pouvait passer pour Autre, dans la folie et dans l'asile pour les uns, dans l'exercice illégal et donc dans le tribunal et la prison pour les autres, consistait toujours à qualifier ces pratiques et états de régression. En ce sens, les médecins ne s'éloignent pas de leur discours officiel : comme le rappelle Jean-Pierre Peter, c'est « un trait constant de la stratégie médicale envers ceux à qui elle disputait le terrain : assimiler toute espèce d'action thérapeutique qu'elle ne contrôlait pas entièrement à un charlatanisme »¹⁶¹¹. L'autonomisation professionnelle du discours médical passe par la monopolisation du champ de la santé et de la maladie au profit du seul groupe professionnel des médecins. La territorialisation clôt le discours médical sur lui-même :

Tout plutôt que de reconnaître en l'humanité le jeu d'autres instances que matérielles, la présence de forces puissantes non explicables en termes rationnels. Ces forces irrationnelles qui traversent le fou, le guérisseur, le voyant, le convulsionnaire, le malade guéri en dépit du médecin¹⁶¹².

Comme nous l'avons vu dans notre étude du discours médical officiel, cette stratégie de fermeture montre ses limites. D'autant que dans le cas des médecines alternatives, c'est tout un pan historique et épistémologique fondamental du champ médical qui est ainsi exclu. De ce fait, l'histoire officielle de la médecine, qui avait ignoré les médecines alternatives, les considérant au mieux comme exemple de l'erreur scientifique, se voit pourtant contrainte d'admettre leur constante présence à sa marge. Ainsi, dans un encart de dix lignes qui précède la conclusion de son histoire de la médecine, Jean-Charles Sournia (1917-2000) admet à demi-mot le problème posé :

Des personnes cherchent le soulagement de leurs maux dans des méthodes échappant aux vérifications expérimentales. Ces médecines dites « parallèles, douces, biologiques, naturelles » [...] auront toujours des adeptes, car elles comblent le désir de magie et de merveilleux propre à l'homme¹⁶¹³.

Tout en refusant de les aborder, il semble reconnaître qu'elles répondent à un réel besoin de symbolisation de l'homme. C'est à cette même conclusion que parvient le psychiatre et pharmacologue Jean-Jacques Aulas dans un traité critique à l'égard des médecines alternatives : même si elles n'appartiennent pas au champ de la science médicale, elles « peuvent [néanmoins] avoir leur place dans l'art difficile de la thérapeutique »¹⁶¹⁴. L'« illusion partagée »¹⁶¹⁵, sur laquelle elles reposeraient selon lui, participe en effet, à l'instar du placebo, d'une thérapeutique ; il convient donc de leur reconnaître une certaine efficacité. De plus, leur approche douce s'avère toujours préférable à un traitement à base de produits toxiques¹⁶¹⁶. Il apparaît donc « contestable de les ignorer, de les condamner, de mener une chasse contre elles, voire de les interdire »¹⁶¹⁷, d'autant plus que leur rejet a tendance à être contreproductif et à accroître leur prestige, puisque c'est bien leur

¹⁶¹⁰ Wunenburger, J.-J., 2006, *op. cit.*, p. 15.

¹⁶¹¹ Peter, J.-P., 1978, *op. cit.*, p. 175. Nous retrouvons une analyse similaire dans Stengers, I., 1995, *op. cit.*

¹⁶¹² Peter, J.-P., 1978, *op. cit.*, p. 171.

¹⁶¹³ Sournia, J.-C., 1992, *op. cit.*, p. 334.

¹⁶¹⁴ Aulas, J.-J., 1993, *op. cit.*, p. 25.

¹⁶¹⁵ *Ibid.*, p. 24.

¹⁶¹⁶ *Ibid.*, p. 25.

¹⁶¹⁷ Wunenburger, J.-J., 2006, *op. cit.*, p. 217.

marginalité, leur extraterritorialité qui attirent. L'acceptation, par les médecins, du fait que d'autres savoirs sur le corps existent, serait une façon de réduire le fossé et de diminuer les charlatans. Mais comme l'a noté Isabelle Stengers et ainsi que nous l'avons vu, la médecine officielle s'est toujours constituée dans la lutte contre le charlatanisme, et en ce sens, elle ne vise pas à leur disparition, mais seulement à leur constante marginalisation¹⁶¹⁸. Il fallait donc, une fois encore, que la révolte vienne des usagers eux-mêmes, c'est ce qui arriva en 1985.

L'exemple du CODEMA

Tout commença par l'engagement de certains médecins dissidents dans les médecines alternatives. En 1982, le doyen de la faculté de médecine de Bobigny, Pierre Cornillot, mis en place un Diplôme universitaire de médecine naturelle (Dumenat), préparant en trois ans à une qualification universitaire dans six disciplines choisies (acupuncture, phytothérapie, mésothérapie, naturothérapie, homéopathie, médecine manuelle). Les médecins qui le souhaitaient pouvaient donc se former aux médecines alternatives. Seulement, la mise en pratique de ces acquis restait difficile. Le 23 septembre 1984 le G.R.E.T.A.C (Groupe de Recherche et d'Étude sur les Thérapeutiques Alternatives et Complémentaires) fut créé par une centaine de médecins afin de favoriser la reconnaissance de ces pratiques. Mais en octobre de la même année, le Ministère de la santé lance une offensive contre les médecines alternatives et remet en question le Groupe alors dirigé par Pierre Tubery. Le 26 janvier 1985, une manifestation est organisée à Paris devant le Ministère de la santé pour dénoncer les offensives contre les médecines alternatives et en parallèle le Collectif national pour la défense et l'expérimentation des médecines alternatives (CODEMA) est créé. Institué par des mouvements de malades défendant la liberté thérapeutique et le libre choix du praticien, toutes deux reconnus légalement, le Collectif intègre rapidement des médecins favorables aux pratiques alternatives et des bien portants, cherchant, autour du concept d'autonomie en matière de santé, à développer l'information sanitaire, l'apprentissage du corps et à préconiser une médecine plus individualisée, plus humaine et plus globale. Face à la grogne croissante, le président François Mitterrand demanda la création d'une commission à ce sujet. La ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale Georgina Dufoix réunit, en décembre 1985, une fondation de recherche sur les thérapeutiques alternatives pour les évaluer, mais également communiquer et informer le public à leur sujet. Le rapport remis en février 1986 par le Groupes de réflexion « Médecines différentes » à la Ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale et au secrétaire d'État chargé de la santé rend compte de l'ambition de la fondation. Il préconisait une évaluation basée à la fois sur la méthodologie médicale et sur la méthodologie des sciences humaines, car « la rationalité de la pharmacologie n'est pas la rationalité de la pratique médicale qui est quotidiennement confrontée à la singularité du malade »¹⁶¹⁹; triple évaluation psychologique et sociologique, clinique et pharmacologique et biologique. Il envisageait également d'initier des recherches épistémologiques sur les processus d'évolution des sociétés à travers le concept de crise de civilisation et les interactions entre science et traditions, sur le rôle des marginaux et des idées rejetées par les sociétés dans l'histoire de la médecine et des sciences et sur les modèles théoriques qui permettraient de définir une recherche fondamentale en biologie et en médecine qui ne dépende pas *a priori* des résultats

¹⁶¹⁸ Stengers, I., 1995, *op. cit.*

¹⁶¹⁹ Muyard, J.-P., 1986, *op. cit.*, p. 233.

expérimentaux. Programme ambitieux donc, qui devait mener à la création d'un laboratoire de recherches médico-psycho-sociales avec la participation des malades. Mais l'alternance politique de mars 1986 étouffa malheureusement l'initiative. Et finalement l'Ordre des médecins assena le coup de grâce aux revendications en se positionnant en faveur des méthodes alternatives « honnêtes », c'est-à-dire « authentifiables et reproductibles dans leurs effets et pratiquées honnêtement »¹⁶²⁰.

Soucieuse de voir s'effacer l'objectivité scientifique du fait de la réintroduction de la subjectivité et de la globalité dans ses domaines de recherches, la médecine a finalement eu gain de cause contre un mouvement qui défendait pourtant un principe qui lui est cher : la liberté de soins et de prescriptions. Elle a ainsi conduit à une réduction des études sur les médecines alternatives en marginalisant les chercheurs qui souhaitaient s'y lancer (marginalité institutionnelle) et les éventuelles conséquences théoriques des résultats expérimentaux (marginalité épistémologique). Plutôt que de tenter l'aventure de la constitution d'une nouvelle épistémologie, à l'aune des apports des médecines alternatives, la profession officielle a déchiré la médecine¹⁶²¹. Une fois encore, l'autonomie médicale officielle montre ses limites, notamment pour reconnaître la partie symbolique de son pouvoir et la prise en compte du symbolique, de l'humain, dans l'exercice du métier de médecin.

Témoignant de l'existence d'un autre territoire, celui des usagers autonomes de santé, déterminé et gouverné selon des méthodes et principes différents, mais pouvant néanmoins se revendiquer du vocable « médical », elles ont montré, « de manière inattendue, que la rationalité peut conduire à des effets contre-productifs, et que l'imaginaire dispose de potentialités symboliques surprenantes »¹⁶²². Elles ont ainsi introduit une rupture dans l'épistémologie scientifique, du fait de leur épistémologie autonome, démontrant que « l'objectivité vers laquelle on doit tendre, si l'on prétend à un mode de connaissance scientifique, consiste à réintroduire la subjectivité dans sa propre recherche ou dans sa propre pratique, surtout si celle-ci est d'ordre thérapeutique »¹⁶²³. La revendication sociale s'est cristallisée, par le truchement du ressort économique et financier, en une revendication épistémologique à l'égard de laquelle la médecine devra désormais constamment se situer.

En témoignant qu'il peut exister d'autres manières d'appréhender l'homme dans sa maladie, [les médecines alternatives] aident à comprendre que les temps sont proches, sinon déjà venus, où une nouvelle conception de la santé et de la maladie, et à travers elle une nouvelle médecine, devra impérieusement voir le jour pour permettre à toutes ces « médecines », entre temps apurées, de s'intégrer dans un ensemble cohérent : la science médicale aura alors franchi une nouvelle étape, atteint une nouvelle marche d'où partiront les progrès futurs. Ainsi sera effacée la coupure épistémologique, à nouveau rétablie la continuité du

¹⁶²⁰ Propos du Dr Jean-Marie Cloziers, secrétaire général du Conseil National de l'Ordre des Médecins, rapportés dans Conan, É., 1986, « Valse hésitation pour l'officialisation », *Autrement*, 85, p. 227-232, ici p. 231.

¹⁶²¹ Marchat, P., 2001, *La médecine déchirée, entre désir de savoir et volonté de guérir*, Toulouse, Privat. Il y prône, sur la base d'une étude épistémologique cohérente, un dialogue constructif entre l'homéopathie et la médecine. La marginalisation des études sur l'homéopathie et ses résultats y est parfaitement explicitée.

¹⁶²² Wunenburger, J.-J., 2006, *op. cit.*, p. 14.

¹⁶²³ Laplantine, F., Rabeyron, P.-L., 1987, *op. cit.*, p. 7.

discours médical à la fois dans l'histoire et dans l'instant, jusqu'à la prochaine rupture, jusqu'au palier suivant¹⁶²⁴.

Seulement, cette revendication épistémologique va être étouffée par le mode d'existence même des médecines alternatives. Car si elles ont marqué à jamais le domaine de la santé, au point qu'elles font aujourd'hui partie intégrante de l'offre de soins, elles vont proliférer aux côtés de la médecine officielle. L'impasse législative à laquelle elles se confrontèrent les a en effet conduits à valoriser, à l'inverse du mouvement de législation de l'avortement, le marché pour faire entendre leur voix. Ce n'est pas la reconnaissance politique qui assura leur pérennité, mais l'amplitude potentielle du marché qu'elles représentaient. L'usager des médecines alternatives est avant tout un consommateur de soins : son droit d'usage n'est pas celui d'un service public, mais d'un marché de soins illimité. En d'autres termes, la démocratisation des médecines alternatives s'est opérée à l'aune de leur marchandisation, et non de leur professionnalisation, réduisant de ce fait leur impact épistémologique sur la médecine officielle. Les médecines alternatives ne sont plus considérées comme des médecines, mais comme des pratiques de soins existant en parallèle de la médecine, comme des services supplémentaires. Le recours au marché qui permit leur expansion sociale atténua également leur revendication épistémologique d'autonomie. Pour que l'hégémonie de la médecine officielle puisse être remise en question, et que ce marché de soins désormais prospère et qui s'avérera durable en France¹⁶²⁵ y acquière une nouvelle place, il fallait que l'organisation biopolitique elle-même soit remise en question, ou, pour le dire autrement, que la revendication d'autonomie des usagers se déploie dans le champ politique.

¹⁶²⁴ Cornillot, P., 1986, *op. cit.*, p. 49.

¹⁶²⁵ En 2004, 75 % de la population française aurait eu recours, au moins une fois, à une thérapie alternative ou complémentaire, principalement pour des problèmes d'anxiété, de dépression et de douleurs dorsales, selon Louis, C., 2004, « Thérapies alternatives : à travers le monde, la science du XXI^e siècle tente de comprendre, voire de s'approprier les savoirs ancestraux », *Le Figaro*, 3 août 2004, p. 8.

LA POLITISATION DE L'AUTONOMIE : L'ÉVÉNEMENT DU SIDA

A-t-on raison ou non de se révolter ? Laissons la question ouverte. On se soulève, c'est fait ; et c'est par là que la subjectivité (pas celle des grands hommes, mais celle de n'importe qui) s'introduit dans l'histoire et lui donne son souffle¹⁶²⁶.

La politisation de l'autonomie des usagers de santé se concrétisa, alors même que le débat sur les médecines alternatives faisait rage, à l'occasion d'une défaite inattendue de la rationalité biomédicale contemporaine. La première maladie infectieuse dont le titre avait été apposé par l'immunologie dévoila les limites techniques autant que politiques de la biomédecine contemporaine à peine formée, révélant ainsi tragiquement la définitive incapacité du modèle biopolitique à contenir les revendications sociales en matière de santé. Le divorce était consommé entre les citoyens et la médecine contemporaine qui ne parvenait plus à garantir leur protection contre les maladies.

Émergeant dans les milieux homosexuels américains au début des années quatre-vingt, ce qu'on pense alors être une forme insolite de pneumonie opportuniste¹⁶²⁷, fait son apparition dès 1981 en France. La multiplication rapide des cas conduit les responsables scientifiques et politiques à créer, dès 1982, un groupe de réflexion et de coordination qui ne peut que constater que le soi-disant fléau gay touche également les hétérosexuels et se répand de manière exponentielle. Le caractère infectieux de cette pathologie est mis en évidence, puis dès la fin de l'année 1982, ce sont ses principaux signes cliniques qui sont identifiés. On peut désormais lui donner un nom : le Syndrome Immuno-Déficience Acquis. Dès 1983, le virus est isolé, mais il faudra attendre 1984 pour que soit reconnu son rôle étiologique. Les cas se multiplient rapidement et de 408 repérés par l'OMS au début de 1982 on arrive fin 1984 à 12 174¹⁶²⁸ ! La description de ce virus singulier progresse, mais les malades meurent en grand nombre faute de traitements autres que palliatifs. Or, pendant ce temps, les médecins polémiquent sur la paternité de la découverte du virus et sur la possession du brevet, au point qu'il faudra un procès pour départager la France et les États-Unis à ce sujet et le compromis politique et scientifique sur le sida ne verra le jour qu'en 1987.

Au cours de ces années de polémique politico-scientifique, l'épidémie progresse et les progrès pratiques et thérapeutiques sont extrêmement faibles. Les traitements sont encore inefficaces et aucune prophylaxie n'existe hormis le dépistage sérologique, les campagnes d'information sur les risques et les préservatifs. De plus, les tests sérologiques mettent au jour, dès 1985, la présence massive d'une contamination possible par les séropositifs. Ils découvrent en effet le statut ambigu du séropositif, porteur sain qui peut néanmoins, contrairement aux autres maladies infectieuses, développer la maladie. Les anticorps, qui déterminent le statut de séropositivité et témoignent de la présence du virus, ne parviennent en effet pas, *in vivo*, à lutter contre ce dernier. C'est cette caractéristique du sida qui interdit la création d'un vaccin « classique » et qui laisse les personnes dépistées dans un désarroi immense. La glorieuse victoire contre les maladies infectieuses du début

¹⁶²⁶ Foucault, M., 1979b, « Inutile de se soulever ? », *Le Monde*, n° 10661, 11-12 mai 1979, p. 1-2, *Dits et écrits*, texte 269, vol. 2, p. 790-794, ici, p. 793.

¹⁶²⁷ Grmek, M., 1989, *Histoire du sida*, Paris, Payot, p. 47.

¹⁶²⁸ *Ibid.*, p. 75.

du XX^e siècle est loin et la terreur se répand à mesure que l'on constate l'écroulement des espoirs placés dans la technique¹⁶²⁹. « le sida réinstaura quelque chose comme une expérience prémoderne de la maladie »¹⁶³⁰. Les séropositifs peuvent contaminer les autres et également, à court comme à long terme, développer la maladie. Il existe un « espace terrible entre questions et réponses »¹⁶³¹, un territoire vierge de repères que les malades vont investir pour tenter de mener une lutte autonome. Seuls face à la mort, à l'inefficacité des réponses médicales, et à la stigmatisation des autorités publiques, les malades du sida vont s'organiser pour prévenir, faire avancer les recherches thérapeutiques et lutter contre les dérives sociotechniques, comme la demande de dépistage obligatoire. Un mouvement citoyen inédit va voir le jour grâce à la création d'associations : pour la première fois de l'histoire, la lutte contre une maladie infectieuse se déploie en premier lieu sur la scène publique. Une forme de révolte¹⁶³² s'engage qui est peut-être moins celle des malades que celle de la société à l'égard du complexe technopolitique de la biomédecine, mais qui va permettre aux usagers de santé de se territorialiser, à nouveau frais, cette fois en termes politiques.

La première vague associative : la médiation

La première des trois grandes périodes du mouvement de lutte en France¹⁶³³ qui s'étend de l'émergence de l'épidémie sur le territoire national en 1981 à la mise sur le marché des tests de dépistage en 1986 se caractérise par une médicalisation du sida auquel répond l'émergence du mouvement associatif tentant de combler l'absence de prises de décisions spécifiques de la part de l'État. La principale association est AIDES, créée en 1984 par Daniel Defert, alors indigné par le silence des médecins sur le diagnostic de sida qui avait entouré la mort de son compagnon le philosophe Michel Foucault. Elle revendique une position critique à l'égard de la relation médecin/malade et entend alors mener un combat éthique consistant à redonner

[...] sa qualité de sujet à l'individu malade placé sous le regard objectivant du médecin ou des technologies médicales et traité selon des principes qui bien que se réclamant de l'éthique sont élaborés unilatéralement par le corps médical. Redonner sa place de sujet suppose de participer à une redéfinition de ces principes, de rendre l'éthique moins assujettie à la médecine et aux médecins¹⁶³⁴.

Le premier objectif d'AIDES est de réunir les personnes touchées directement (infectées) ou indirectement (affectées) par le sida afin de leur permettre de s'organiser face à ce nouveau fléau, notamment en favorisant l'accès à l'information. Le but était de permettre une meilleure prise en charge du malade et de ses proches. Pour ce faire, AIDES s'est engagée dans une veille quant au respect des libertés et droits fondamentaux des personnes malades et a participé à la définition des orientations qui devaient guider leur

¹⁶²⁹ Dreuilhe, A. E., 1987, *Corps à corps. Journal de Sida*, Paris, Gallimard, p. 30.

¹⁶³⁰ Sontag, S., 1988, *op. cit.*, p. 156.

¹⁶³¹ Parole de malade citée par Hirsch, E., 1994, *op. cit.*, p. 384.

¹⁶³² Epstein, S., 1996, *op. cit.*

¹⁶³³ Nous reprenons cette tripartition à Pinell, P., 2002, (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*, Paris, Presses Universitaires de France.

¹⁶³⁴ Barbot, J., 2002, *Les malades en mouvements*, Paris, Éditions Balland, p. 49.

prise en charge médicale et sociale. Il s'agissait de restaurer l'image du malade et par là même de proposer des normes nouvelles à cette figure, dans une perspective qui, bien que collective, était néanmoins centrée sur l'amélioration des situations individuelles. Tout en se revendiquant, dans la veine des travaux et engagements de Foucault (dont le GIS), d'une forme de contre-pouvoir médical, l'association se fixait pour objectif l'amélioration de la prise en charge des malades par la médecine. Ainsi, tout en militant pour la reconnaissance du savoir expérientiel du malade gestionnaire de sa maladie, elle invitait les malades à participer pleinement aux soins qui leur étaient dispensés. Dans la lignée de l'autosoignant qui, au cours de son expérience de gestion quotidienne de la maladie, apprend « à interpréter et à gérer les symptômes dont il souffre et gagne le plus souvent une réelle autonomie vis-à-vis des consignes qui lui sont données par les médecins »¹⁶³⁵, les malades du sida doivent être porteurs de leur expérience pour pouvoir la communiquer au médecin. AIDES milite donc pour la reconnaissance de ce savoir/pouvoir expérientiel des usagers, mais dans le cadre du savoir expert qu'elle s'attache d'ailleurs à vulgariser. Car, pour l'association, le savoir du malade est de l'ordre de la connaissance de soi et ne peut en aucun cas valoir comme savoir spécialisé sur les traitements, ce sont des expériences vécues qu'il faut partager entre malades et usagers, mais qui ne visent pas à être intégrées au système médical officiel.

La seconde association de cette première période, Arcat-sida créé en 1985 par des médecins, se positionne au contraire dans le champ de l'expertise. Tout en s'inscrivant dans le modèle de la médiation entre les malades et les instances médicales et politiques en ayant pour objet principal de contrôler la diffusion d'informations médicales et scientifiques par la presse, Arcat-sida se veut un lieu associatif plus ouvert aux initiatives de recherche¹⁶³⁶ tentant même de s'imposer comme un médiateur expert. Elle souhaitait principalement décloisonner les mondes spécialisés de la médecine, afin de rassembler les informations essentielles à l'élaboration de dispositifs de gestion de l'épidémie plus efficaces. Pour ces « professionnels » s'inscrivant au cœur de la recherche médicale, le cloisonnement des défenseurs des malades, centrés sur la culture du lien social et de la valorisation de l'expérience personnelle, restreignait le champ de l'action associative. C'est d'ailleurs cette divergence de point de vue qui avait conduit de nombreux militants d'AIDES s'intéressant plus précisément à la thérapeutique – médecins et chercheurs en tête – avaient décidés de rejoindre Arcat-sida. Cette tension entre défense de la figure d'un malade digne contre la stigmatisation et volonté d'implication plus forte dans la recherche scientifique pour établir un dialogue constructif avec l'institution médicale en vue de changements globaux qualifia la seconde période du mouvement de lutte entre 1986 et 1988. Cette phase, dite de transition, fut celle d'un éclatement du mouvement associatif accompagnant l'entrée en scène de l'État, suite à l'alternance politique, dans la lutte contre l'épidémie. Mais il fallut attendre 1989 et l'élection de François Mitterrand pour que de réelles politiques publiques prenant en compte l'épidémie comme un fléau social voient le jour avec la création de trois instances gouvernementales : l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, le Conseil National du Sida et l'Agence Française de Lutte contre le Sida. Ce retour de l'État dans le combat participa d'une institutionnalisation de la lutte permettant la reconnaissance du rôle des associations sur le terrain des interventions médico-sociales et de leur légitimité à représenter les malades. On assista alors à l'enrôlement des premières associations dans les

¹⁶³⁵ *Ibid.*, p. 85.

¹⁶³⁶ *Ibid.*, p. 53.

politiques publiques, à l'instar d'AIDES qui fut reconnue d'utilité publique en 1990 et impliquée dans le travail de l'AFLS¹⁶³⁷. Mais la médecine peinait encore à soigner, et la polémique sur l'accès à l'AZT, molécule ayant fait ses preuves dès 1985, mais qui ne reçut l'agrément de l'agence américaine du médicament qu'en 1987 et restait alors interdite en usage préventif, exacerbèrent les tensions. La V^e Conférence internationale sur le sida qui se déroula à Montréal au mois de juin 1989 allait synthétiser les espoirs et les craintes et acter un tournant dans le mouvement associatif.

L'activisme thérapeutique de la deuxième génération

Premier congrès médical auquel les malades pouvaient participer, la Conférence consacre les premières années de lutte. Tandis que Daniel Defert présente à la séance d'ouverture une intervention devenue célèbre sur le malade comme réformateur social¹⁶³⁸, l'agence américaine du médicament (la FDA) annonce une modification de la politique fédérale en matière d'essais thérapeutiques qui sonne comme une victoire inédite pour les activistes. Mais l'irruption bruyante, pendant une séance plénière, de deux associations¹⁶³⁹ de malades et de séropositifs diffusant une *Déclaration des droits et des besoins de la personne atteinte par le VIH* témoigne publiquement de l'existence d'un nouveau pôle international de contestation radicale¹⁶⁴⁰. Cet événement acte une rupture concrète des militants de terrain avec les anciennes structures désormais institutionnalisées. Le mouvement associatif de lutte entre dans une nouvelle ère, qui sera celle de son apogée. L'association Act Up-Paris, qui fit son apparition quelques jours après la conférence de Montréal lors de la Gay Pride de Paris en juin 1989, sera l'image de ce nouveau militantisme, au point que son influence contrebalancera rapidement celle d'AIDES.

Les modèles de l'engagement associatif

Act Up-Paris affirme d'emblée sa volonté d'être un acteur politique à part entière : elle vise à redonner une voix publique à ceux à qui on avait imposé le silence et dénonce les rapports de domination en montrant que le sida ne touche pas uniquement les marginaux sociaux. Il s'agissait de revendiquer haut et fort une séropositivité politique, identité choisie, irréductible à un statut biologique¹⁶⁴¹. Pour ce faire, l'association instrumentalise les médias en se faisant producteur et metteur en forme de l'événement médiatique¹⁶⁴². Reprenant les modalités d'actions de son antenne mère américaine, Act Up-Paris milite pour l'émancipation du malade par le biais du collectif sur le modèle de l'*empowerment* du *self-help*¹⁶⁴³. Pour elle, la prise de pouvoir des malades doit être politique puisque les

¹⁶³⁷ Par exemple pour la création de la ligne Sida Info service.

¹⁶³⁸ Qui sera notamment publiée dans *Gai Pied Hebdo* : Defert, D., 1989, « Le malade, réformateur social », *Gai Pied Hebdo*, n° 376, p. 58-61.

¹⁶³⁹ Act-Up et AIDS Action Now.

¹⁶⁴⁰ Pinell, P., 2002, *op. cit.*, p. 208.

¹⁶⁴¹ *Ibid.*, p. 59.

¹⁶⁴² Le 1^{er} décembre 1993, à l'occasion de la Journée mondiale du Sida, Act Up a ainsi recouvert l'obélisque de la place de la Concorde à Paris d'un préservatif rose de 30 mètres de haut renommant symboliquement la place : « place des morts du Sida ».

¹⁶⁴³ « [P]rocessus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper », Bacqué, M.-H., 2005, « L'intraduisible notion d'*empowerment* vue au fil des politiques urbaines américaines », *Territoires*, 460, p. 32-35. Voir également à ce sujet, Daudelin, G., Vissandjée, B.,

relations de pouvoirs, qui sont au cœur de la société, influencent la relation médecin/malade : les malades doivent devenir une force collective digne de la corporation médicale. L'association organise ainsi un contrôle social des élites médicales qui sont à l'origine des règles s'appliquant aux malades par l'intermédiaire des médecins individuels, dénonce leurs alliances obscures (médico-politiques ou médico-économiques), leur partialité et leur inertie. Les militants d'Act Up-Paris revendiquaient un accès à l'information, seul outil, selon eux, de contre-pouvoir face à l'hégémonie médicale qui fonctionne par non-partage du savoir. Mais l'acquisition de ce droit comme du savoir médical avait pour objectif de dépasser la critique généralisée des associations de première génération pour une critique plus circonstanciée¹⁶⁴⁴. L'implication politique d'Act Up-Paris vise également l'État qui est sollicité pour être un rempart face aux charlatans, aux mauvaises pratiques médicales et au capitalisme galopant des firmes pharmaceutiques et biomédicales.

Cette lecture politique de l'épidémie comme du traitement tranche avec celle plus pragmatique d'Actions traitements, créée en 1991 par un ancien militant d'Act Up-Paris, qui défend des intérêts particuliers. L'association s'attache à élaborer les modalités les plus adéquates pour la satisfaction des besoins des malades, envisagés comme des consommateurs de soins. Pour ce faire, elle médiatise, par exemple, ses achats de médicaments à l'étranger, construisant médiatiquement la figure du malade impatient comme usager actif et désobéissant qui contournait les règles de distribution du médicament en France. Actions Traitements souhaite développer des voies d'accès aux dernières innovations de la recherche. Elle revendique un accès à l'information, mais un accès bien différent de celui d'Act Up : il s'agit de créer une asymétrie dans la relation médecin/malade au profit de ce dernier en jouant sur les contraintes de revues médicales scientifiques qui publient des recherches ayant déjà plusieurs mois, du fait de leur fonctionnement par expertise. L'idée était de faire des malades les sujets les mieux informés, collaborateurs actifs d'un médecin-chercheur connaissant les innovations (donc travaillant au plus près de la recherche) et faisant preuve de qualité humaine indéniable. Le but était d'agir sur le terrain même de la science, au plus près de l'innovation, en faisant corps, non plus cobaye, mais acteur, avec la recherche. L'État était ici critiqué pour son archaïsme en matière d'informations des patients et sa mauvaise gestion de la crise sanitaire.

Cet engagement dans la recherche scientifique et thérapeutique était également le fer de lance de Positifs, association créée en mai 1989, avant même la Conférence de Montréal. Elle prônait l'ouverture de l'activisme des malades du sida à toutes les populations marginalisées et en appelait

[...] à l'émergence d'une nouvelle mentalité et d'un homme nouveau. Un homme non plus patient mais impatient, impatient de prendre son destin en mains et de décider souverainement, de sa vie comme de sa mort¹⁶⁴⁵.

Ce patient impatient se devait d'être aux prises avec la recherche thérapeutique, il devait être un malade expérimentateur, jouant un rôle actif dans l'acquisition des

2001, « L'empowerment comme technique d'intervention dans le domaine de la santé. Réflexion sur une panacée », [en ligne, consulté le 30 septembre 2011], <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/cesaf/empowerment-intervention.pdf>.

¹⁶⁴⁴ Barbot, J., 2002, *op. cit.*, p. 94.

¹⁶⁴⁵ *Sida tout va bien* 1991, cité par Barbot, J., 2002, *op. cit.*, p. 64.

connaissances scientifiques et médicales et s'impliquant dans la formation même des savoirs scientifiques. S'il restait passif, le malade était condamné à être soigné selon des idéologies, car la médecine – c'était le principal point de critique de l'association – restait éparpillée, dispersée, tant par la spécialisation que par les idéologies (comme le partage entre médecine allopathique et alternative). Le malade était donc contraint de recomposer lui-même la vérité, à partir des apports des différentes sphères de connaissances. Positifs militait donc pour la reconnaissance des médecines alternatives comme d'autres instances du savoir, notamment les connaissances développées par les malades qui se comportaient en expérimentateurs et tentaient d'autres formes de savoirs et de médecines. C'est dans ce cadre qu'elle invitait les malades à se faire expérimentateurs, à l'image de Bruno Ramponi qui fit sur lui-même l'expérimentation de la molécule THA que les instances officielles avaient refusée de tester malgré l'insistance de l'association¹⁶⁴⁶. L'idée de Positifs était de reconstruire une réelle et complète communauté scientifique intégrant toutes les sphères du savoir. Elle soutenait donc d'autres pratiques, d'autres molécules, d'autres manières de faire de la science.

Si chaque association développa un mode différent d'engagement social et politique, participant « ainsi, chacune à leur façon, à un véritable travail normatif destiné à construire la bonne manière d'être un malade actif »¹⁶⁴⁷, une revendication commune les animait : l'ouverture d'un véritable « espace de mobilisation »¹⁶⁴⁸ autour de l'activisme thérapeutique. C'est ce qui les opposait aux associations de première génération : elles visaient toutes la modification effective du pouvoir médical plus que l'avènement d'un simple contre-pouvoir. Le but n'était pas de modifier le discours médical sous la pression extérieure, mais bien d'intervenir concrètement sur les liens qui unissent ce discours au monde social et politique. Or, comme le rappelle Emmanuel Hirsch, « le sida constitue, précisément, un domaine où la pratique médicale s'est, directement et nécessairement, impliquée, dès les premières manifestations de l'infection, dans une perspective de recherche »¹⁶⁴⁹. Le mouvement des malades se devait donc de s'intéresser au processus même de production des connaissances scientifiques et médicales, car la thérapeutique cristallisait les attentes et les critiques des malades. Alors que les traitements manquaient cruellement, les essais thérapeutiques sur les nouvelles molécules, seuls moyens d'accéder à des traitements nouveaux, se réalisaient dans des conditions indignes.

Un engagement scientifique : l'exemple américain

De l'expérimentation de nouvelles molécules à la mise à disposition des médicaments, tout le circuit de la thérapeutique biomédicale se faisait sans aucune considération pour les malades. Les associations attirèrent alors l'attention du public en dénonçant le fait que pour constater l'efficacité d'un produit, on laissait des malades, choisis au hasard, mourir sous placebo ! Ce n'est en effet qu'en pointant le nombre de décès dans le groupe ayant reçu le placebo que les chercheurs pouvaient établir, par comparaison, que ceux qui avaient reçu le traitement se portaient mieux. La situation était

¹⁶⁴⁶ Barbot, J., 2006, « How to build an “active” patient? The work of AIDS associations in France », *Social Science & Medicine*, 62 (3), p. 538-551.

¹⁶⁴⁷ Barbot, J., 2002, *op. cit.*, p. 85.

¹⁶⁴⁸ *Ibid.*, p. 81.

¹⁶⁴⁹ Hirsch, E., 1994, *op. cit.*, p. 204.

d'autant plus scandaleuse que ces protocoles de recherche interdisaient aux sujets d'expérimentation de recevoir en même temps d'autres traitements. Ainsi, les malades qui acceptaient de devenir sujets d'expérimentations pour profiter des acquis de la médecine se retrouvaient pour la moitié sous le joug pressant de la mort. La superposition des rôles de sujet d'expérimentation et de malade qui s'opérait jusqu'alors sans trop de tensions révélait son insupportable nature d'artefact fictif. Les protocoles d'expérimentations devaient être modifiés et les essais thérapeutiques randomisés en double aveugle, modèle prédominant de la biomédecine contemporaine, remis en question.

Le modèle américain indiquait alors la voie à suivre. Des médecins et des malades activistes y menaient eux-mêmes des essais thérapeutiques différents dans le cadre de la médecine de ville. La première victoire de ces « laboratoires » parallèles avait été obtenue en 1989 lorsque fut autorisée la vente d'aérosols de pentamidine permettant le traitement préventif de pneumocystose ; cette démarche de recherche sur le tas¹⁶⁵⁰ se trouvait crédibilisée. Le développement de ces stratégies alternatives s'associait à une critique virulente de la recherche médicale officielle et engageait la reconfiguration des malades du statut de victime à celui d'acteur. Car au-delà d'une activité de recherche, les usagers se révélaient actifs dans la modélisation même des modalités de recherche et de la production thérapeutique. D'une part, ils s'opposaient aux grands organismes d'États sur la définition des critères de preuve en matière d'efficacité et de sûreté des médicaments dans un contexte d'urgence médicale. D'autre part, ils prônaient une accélération de la mise sur le marché des médicaments et militaient pour que les molécules non évaluées puissent être rendues accessibles en dehors des circuits d'essais thérapeutiques. Enfin, ils s'efforçaient de transformer les essais cliniques afin de les rendre plus pertinents, plus humains et plus susceptibles de générer des conclusions fiables. La démocratisation des savoirs scientifiques avait pour but de faire acquérir aux malades une vigilance outillée¹⁶⁵¹ à l'égard des soins prodigués comme des signes d'apparition de maladies opportunistes, mais également des médecins mêmes¹⁶⁵². Les militants transmettaient donc les moyens d'une gestion individuelle et collective de la maladie grâce à une multitude de ressources familiales, amicales, relationnelles, associatives, religieuses ou médicales. Pour réaliser cet ambitieux programme, les activistes se formaient au savoir médical pour sortir de leur position de profane : ils assistaient aux conférences scientifiques, décortiquaient les protocoles de recherche, étudiaient auprès de professionnels sympathisants et purent ainsi acquérir rapidement une maîtrise du vocabulaire et de la culture scientifique. Un modèle d'essais pragmatiques, reposant sur cette conception d'une science utile, responsable et non plus seulement « pure », vit le jour autour de l'étude, menée par *Project Inform*, sur le composé Q¹⁶⁵³, qui ne comportait pas de comparatif placebo et autorisait les sujets à prendre d'autres médicaments¹⁶⁵⁴. Les activistes américains s'attaquèrent également à la validation des médicaments avant leur mise sur le marché. Les bons résultats des

¹⁶⁵⁰ Epstein, S., 1996, *op. cit.*, p. 58-63.

¹⁶⁵¹ Barbot, J., 2002, *op. cit.*, p. 88.

¹⁶⁵² Notamment grâce au Toubitest fourni dans le troisième numéro de la revue *Remaides* et qui permettait d'évaluer son médecin.

¹⁶⁵³ Un médicament obtenu à partir d'un concombre chinois (contenant de la trichosanthine) qui s'était montré capable, en éprouvette, de détruire des cellules infectées par le VIH.

¹⁶⁵⁴ Epstein, S., 1992, « Une science démocratique ? Le mouvement AIDS et la construction contestée du savoir », *Futur Antérieur*, 12-13 (1992/4-5), p. 245-273, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011], <http://multitudes.samizdat.net/Une-science-democratique-Le>.

médicaments rétroviraux *ddc* (didesoxycytidine) et *ddi* (didanosine) donnèrent de l'espoir aux malades au début des années 1990, mais la mise sur le marché était encore longue et des médicaments de contrebande se développèrent alors pour faire face à la demande. Les associations militèrent alors pour l'adoption d'une évaluation des médicaments par marqueurs de substitution et non plus par marqueurs d'évolution de la maladie, méthode plus aléatoire, mais plus rapide. Un compromis fut finalement trouvé autour de la notion d'autorisation conditionnelle de mise sur le marché. Les activistes avaient gagné leur place autour de la table¹⁶⁵⁵ déplaçant ainsi l'opposition profane/professionnel à l'intérieur même du mouvement de la recherche.

Les associations françaises ne tardèrent pas à s'engager sur cette voie féconde, notamment sous l'influence d'Act Up-Paris qui était fortement influencée par sa structure mère américaine. Mais un évènement accéléra également les choses : en 1991, la journaliste Anne-Marie Casteret révéla une importante catastrophe sanitaire impliquant en premières lignes les responsables politiques français dans la contamination de plusieurs milliers de malades : l'affaire du sang contaminé.

Alors même que le 20 juin 1983, une circulaire imposa d'écarter les dons de sujets « à risque » (principalement les haïtiens, les toxicomanes et les homosexuels¹⁶⁵⁶), que dès la fin de 1984 le chauffage des produits sanguins fut recommandé par la communauté scientifique et que le 23 juillet 1985 le dépistage des donneurs de sang était rendu obligatoire par arrêté ministériel, des milliers d'hémophiles furent transfusés avec du sang contaminé par le virus du sida. L'affaire du sang contaminé¹⁶⁵⁷ fait éclater sur la scène publique les dérives de l'association économique et biopolitique de la médecine à la politique. En privilégiant des enjeux économiques au détriment d'impératifs de santé publique, que ce soit du fait du maintien par les autorités médicales du secret autour du risque potentiel mais connu ou par l'écoulement volontairement effectué de stocks contaminés de produits non chauffés, des hauts responsables médicaux et ministériels ont sciemment laissé des personnes qu'ils devaient protéger contracter une maladie mortelle. Comme le résume Anne-Marie Casteret, « des malades [ont] été froidement sacrifiés à des intérêts économiques »¹⁶⁵⁸. Cette affaire mit en exergue les insoutenables fondements du fonctionnement profondément autoritaire de la médecine contemporaine en France¹⁶⁵⁹ : apologie du secret « protecteur », poids du mandarinat sur les médecins ordinaires, manipulation de la presse, absence de contre-pouvoir effectif dont témoigne la faiblesse des associations de malades¹⁶⁶⁰. Entre la médecine et la société, le politique avait choisi son camp au risque de sacrifier la démocratie. Les associations, en première ligne de la dénonciation du scandale, avaient vu la portée de leur critique et la puissance de leur apparition médiatique se renforcer, les affirmant définitivement comme le dernier rempart démocratique de protection des malades et de tous les citoyens. Un tournant s'opère ainsi dans le mouvement de lutte qui devient plus unitaire et se poursuit par des actions communes aux différentes associations.

¹⁶⁵⁵ Epstein, S., 1996, *op. cit.*, p. 157.

¹⁶⁵⁶ Il faut noter que les homosexuels sont toujours exclus du don de sang aujourd'hui en France.

¹⁶⁵⁷ Chauveau, S., 2011, *L'affaire du sang contaminé. 1983-2003*, Paris, Belles-Lettres.

¹⁶⁵⁸ Casteret, A.-M., 1992, *L'affaire du sang*, Paris, La Découverte, p. 4.

¹⁶⁵⁹ Morelle, A., 1993, « L'institution médicale en question. Retour sur l'affaire du sang contaminé », *Esprit*, 10, p. 5-51.

¹⁶⁶⁰ L'Association des hémophiles fut en effet incapable de tenir tête au monde médical et d'exiger des mesures draconiennes (Casteret, A.-M., 1992, *op. cit.*, notamment, p. 244).

Espoirs et désillusions du TRT-5

L'une des initiatives les plus significatives de l'activisme thérapeutique unitaire qui se développa alors fut la création en hiver 1992 du groupe interassociatif TRT-5 (pour Traitement et Recherche Thérapeutique) qui rassemblait Actions-Traitements, Act Up, AIDES, Arcat-Sida et Vaincre le sida autour de la question de la participation des personnes atteintes à la recherche thérapeutique. La spécificité de ce groupement est qu'il est majoritairement composé de personnes atteintes du VIH¹⁶⁶¹, concrétisant ainsi l'entrée des non-spécialistes dans la réflexion concrète sur les modalités de la recherche médicale et sur les conditions de mise en circulation de nouvelles molécules. Le but de TRT-5 est de faire entrer de plain-pied le malade dans la recherche thérapeutique, tâche que les associations qui le composent ne peuvent, seules, atteindre¹⁶⁶². Il va tenter de s'imposer comme le seul interlocuteur associatif face aux firmes pharmaceutiques, unique porte-parole des malades. Un partenariat explicite doit se constituer qui « permettrait aux autres acteurs de la recherche thérapeutique (cliniciens, chercheurs, institutionnels, industriels...) d'entendre, de comprendre et de prendre en compte les préoccupations, les besoins et les propositions des patients »¹⁶⁶³. Le but est d'intégrer le patient comme un acteur dans des processus de recherche qui garderaient pour autant leur rigueur méthodologique. Pour ce faire, les associatifs font pression sur l'ANRS, parvenant dans un premier temps à intégrer leurs réunions d'informations afin de s'informer des derniers travaux effectués par les scientifiques. Puis, au printemps 1993, l'ANRS accepte de formaliser avec TRT-5 une procédure de concertation sur les essais effectués ou soutenus par l'Agence. Le groupe devient ainsi un partenaire qui reçoit les protocoles avant leur mise en place, peut donner son avis, et est convié à des réunions d'organisation avec les responsables des essais afin de discuter des modifications pouvant être apportées. Le TRT-5 devient ainsi un médiateur entre les laboratoires pharmaceutiques, les principaux pourvoyeurs d'essais, et les patients, participant à faire comprendre à chacun le monde de l'autre. Associé dès sa création en 1993 à l'Agence du Médicament, il est désormais au cœur du système de production et de diffusion des nouvelles molécules. Il milite alors ouvertement pour un assouplissement des essais et pour la levée de l'aveugle au sein d'une épistémologie pluraliste¹⁶⁶⁴, déjà réclamé par les défenseurs des médecines alternatives. Mais, la mise en place d'un essai de trithérapie par les laboratoires Roche, incluant en troisième molécule une antiprotéase¹⁶⁶⁵ nommée Saquinavir, va conduire à mettre en échec les ambitions associatives. Jugeant la molécule trop prometteuse et l'essai trop important pour l'avenir de la thérapeutique du VIH, le laboratoire refuse de modifier les conditions strictes d'essais randomisés, et ce, malgré les protestations publiques du groupe. Malgré les dissensions qui émergent alors entre les différentes associations, le groupe se maintient, mais ses ambitions sont désormais tronquées, d'autant que les trithérapies vont finalement montrer leur efficacité.

¹⁶⁶¹ Barbot, J., 1998, « Science, marché et compassion. L'intervention des associations de lutte contre le sida dans la circulation des nouvelles molécules », *Sciences sociales et santé*, 16 (3), p. 67-95.

¹⁶⁶² Pinell, P., 2002, *op. cit.*, p. 317.

¹⁶⁶³ Brochure du groupe interassociatif TRT-5, février 1993, cité par Pinell, P., 2002, *op. cit.*, p. 318.

¹⁶⁶⁴ Barbot, J., Dodier, N., 2000a, « Le temps des tensions épistémiques. Le développement des essais thérapeutiques dans le cadre du sida », *Revue française de sociologie*, 41(1), p. 79-118.

¹⁶⁶⁵ Classe thérapeutique d'antirétroviraux ayant pour cible la protéase du VIH, une enzyme qui participe à la synthèse des protéines virales à l'intérieur de la cellule.

À l'instar de ce qui se passa aux États-Unis à la fin de 1992, le renforcement de la place des activistes au sein du système engendra un éloignement avec la base militante et un éclatement du mouvement associatif. Les activistes retournèrent donc vers la recherche fondamentale et s'orientèrent notamment vers la réforme des politiques de recherche, tandis que l'on assistait à un « retour à la normale » de la recherche médicale qui poursuit ses travaux à l'aune de l'épistémologie uniciste qui est la sienne. Le sida qui continuait à contaminer des milliers de personnes et restait la première cause de mortalité des 25-35 ans¹⁶⁶⁶ aux États-Unis, était de plus en plus perçu comme un problème chronique et non plus comme le fléau. Suite au tournant thérapeutique de 1995-1996, la normalisation du sida, engendra un retour de la médicalisation. Les acquis des malades s'étiolaient à mesure que le sida perdait son caractère de fléau pour s'affirmer, dans la représentation collective, comme une maladie chronique. Finalement les associations ne se virent plus sollicitées que pour assurer la compliance des patients aux traitements et s'occuper de la prévention puisqu'elles avaient le double avantage d'être détentrices de savoirs spéciaux et de connaissance d'usagers¹⁶⁶⁷. Les relations scientifiques étaient apaisées, mais les relations politiques, avec les instances étatiques comme avec la base militante restaient tendues, ainsi qu'en témoignent ces scènes extraordinaires auxquelles on pouvait assister au cours des années 1995-1996 en France où des malades interpellaient les militants d'Act Up sur leur connivence avec les industriels des molécules. Et progressivement, au cours des dernières années du XX^e siècle, l'affaiblissement du discours critique des associations s'ajoutant à la relative efficacité des trithérapies, engagea finalement « le renvoi du malade au silence »¹⁶⁶⁸.

L'évènementialité politique de l'épidémie de sida

L'épidémie de sida ne fut-elle donc qu'une parenthèse justifiée par la virulence de la maladie ? Si le retour apparent à des conditions pré-épidémiques à la fin des années 1990 peut le laisser entendre, il faut pourtant admettre que le discours médical s'en est trouvé profondément bouleversé. Car, au cours de ces quinze années de luttes, une réorganisation profonde des rapports sociaux, médicaux, scientifiques et politiques s'opéra, au point de changer définitivement l'expérience médicale contemporaine.

Tout d'abord, les revendications des malades du sida ont engendré des conflits et dissensions au sein des spécialistes des essais cliniques. La naissance de différentes philosophies des essais thérapeutiques a fait état de différentes articulations possibles entre les jugements scientifiques et les jugements cliniques relevant d'attendus épistémiques divers¹⁶⁶⁹. Les défenseurs des essais stricts, qui au nom d'une épistémologie uniciste¹⁶⁷⁰ rejettent les connaissances élaborées par les acteurs, s'opposèrent aux défenseurs d'essais plus souples dont la majorité avait permis aux malades de faire entendre leur voix dans les instances concernées et qui faisaient valoir à leur côté une épistémologie pluraliste¹⁶⁷¹. Si cette opposition avait déjà pu voir le jour à l'occasion du débat public sur les médecines

¹⁶⁶⁶ Epstein, S., 1996, *op. cit.*, p. 219.

¹⁶⁶⁷ Barbot, J., 2002, *op. cit.*, p. 275.

¹⁶⁶⁸ *Ibid.*, p. 277.

¹⁶⁶⁹ *Ibid.*, p. 237.

¹⁶⁷⁰ Au sens où tout ce qui n'est pas de l'ordre d'un savoir scientifique produit à partir d'une méthodologie de référence est considéré comme relevant de l'opinion.

¹⁶⁷¹ Barbot, J., 2002, *op. cit.*, p. 237-238.

alternatives, le développement concret d'essais assouplis et la mise en place d'accès compassionnel¹⁶⁷² aux molécules, encadrée dès 1992 par la législation sur l'Autorisation Temporaire d'Utilisation¹⁶⁷³, laissèrent entendre la possibilité d'intégrer l'ordre négocié¹⁶⁷⁴ du patient dans la négociation qui qualifie la recherche thérapeutique¹⁶⁷⁵. Les réactions variées des médecins à cette intrusion des associations dans leur domaine de prédilection, allant du rejet des spécialistes à l'accueil des cliniciens et médecins de l'ANRS en vue du développement d'une éducation du patient, pointèrent la présence désormais incontournable de la question des malades dans la formation des essais thérapeutiques.

Comme l'affirme Nicolas Dodier¹⁶⁷⁶, l'épidémie de sida et le mouvement associatif qui l'accompagna ont participé à un bouleversement de la médecine contemporaine. L'activisme thérapeutique entendu comme la « cause » qui réunissait les militants au sein d'un même espace de mobilisation, engagea un désenclavement de cette médecine bâtie sur les essais contrôlés qu'il nomme la « modernité thérapeutique d'État »¹⁶⁷⁷. L'irruption des associations dans la recherche médicale ouvre une brèche qui va conduire à la revalorisation des cliniciens au sein de la biomédecine ; et si finalement malades comme médecins vont se plier à la méthodologie stricte des essais, la modernité thérapeutique d'État en sortira profondément subvertie. La renaissance de la clinique, l'essor du militantisme scientifique et la critique du capitalisme et des institutions de la science, sont des leçons politiques de l'épidémie de sida dont nous prenons seulement la mesure et qui vont conditionner la médecine du XXI^e siècle autour de la question de la possibilité d'une démocratie sanitaire.

La politisation de la maladie par les associations de malades et de citoyens a en effet définitivement changé les relations des usagers au monde médical engageant une dynamique politique nouvelle autour de la science médicale. Comme le résume Steven Epstein :

Le mouvement AIDS a transformé la science en politique, mais il a aussi transformé la politique en science ; et l'effet combiné de ces deux opérations a été de constituer dans la recherche scientifique un large espace où la participation de la base en est arrivée à paraître utile, souhaitable et même nécessaire¹⁶⁷⁸.

L'autorégulation de la sphère médicale qui qualifie son autonomie professionnelle ne peut désormais plus se réaliser par autoréférencement, mais exige sa redéfinition à l'aune dans une collaboration active et effective, entre les médecins et les malades. La santé de l'individu est « conditionnée par des décisions qui lui reviennent, qui ne peuvent plus être prises à sa place »¹⁶⁷⁹. Un nouveau paradigme¹⁶⁸⁰ est en train de voir le jour dans lequel

¹⁶⁷² Barbot, J., 1998, *op. cit.*

¹⁶⁷³ Loi du 8 décembre 1992 (n° 92-1279) article L601.2 du Code de la santé publique. Décret d'application n° 94-568 du 8 juillet 1994 (*Journal Officiel* du 10 juillet).

¹⁶⁷⁴ Baszanger, I., 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 27/1, p. 3-27.

¹⁶⁷⁵ Dalgalarondo, S., 2000, « Une recherche négociée : la recherche thérapeutique VIH en France », *Sociologie du travail*, 42 (1), p. 159-183.

¹⁶⁷⁶ Dodier, N., 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions EHESS.

¹⁶⁷⁷ *Ibid.*, p. 15.

¹⁶⁷⁸ Epstein, S., 1992, *op. cit.*

¹⁶⁷⁹ Hoerni, B., 2011, *Être médecin de soi-même*, Paris, Glyphe, p. 152.

l'usager revendique un pouvoir propre¹⁶⁸¹ issu d'une expertise des malades comme des bien-portants et visant un partenariat¹⁶⁸² nouveau avec les experts médicaux et politiques.

Ce qui vient s'immiscer, avec le sida, dans le cours du travail médical, ce n'est plus seulement une expérience de la maladie chronique forgée dans les mondes non médicaux que traverse le malade, mais également une confrontation avec des informations proprement médicales issues de la sphère publique. Le malade devient ici, potentiellement, un acteur de ses propres soins parce que, en prise avec un tiers public, il peut être en mesure d'apporter d'autres connaissances spécialisées que celles proposées par son médecin¹⁶⁸³.

In fine, la revendication des associations de « reléguer dans le passé la figure du patient démuné et passif qui délègue aux médecins et aux chercheurs toute initiative concernant les soins et la recherche »¹⁶⁸⁴, afin de permettre son entrée dans l'espace public, a en partie aboutie. De paria, le malade est bien devenu un citoyen, acteur politique autant que scientifique, par le truchement d'un statut d'usager et de consommateur de soin reconnu politiquement. Le « véritable *changement d'état* des personnes atteintes par la maladie »¹⁶⁸⁵ revendiqué a fait émerger la figure d'un malade acteur à part entière sur la scène sociale, politique et scientifique. Le malade est reconnu comme sujet et l'inclusion de son expérience et de son expertise propre au sein de la médecine comme du corps social est devenue une problématique valide.

Le mouvement des malades du sida a ainsi instillé la revendication d'autonomie des malades jusqu'au cœur de la recherche médicale et du fonctionnement scientifico-politique de la biomédecine. Les critiques et alternatives qui n'avaient jusqu'ici été mises en place qu'au sein de la relation médecin-malade dans un cabinet, ou en marge de la profession, trouvaient ici un écho dans la sphère officielle qui s'est dès lors vue contrainte de les prendre en compte. Les mouvements sociaux de revendication des droits et des libertés ont rejoint le mouvement de critique médicale. L'activisme socio-médical des associations de malades du sida a scellé les revendications des usagers dans le champ politico-médical de la recherche scientifique. La relation du sujet de recherche au chercheur a cristallisé définitivement une nouvelle relation malade-médecin dans un champ politique renouvelé. L'épidémie du sida a ainsi relancé la problématique du malade-acteur en la déplaçant du champ social et économique au champ médical et sociopolitique, du domaine des services publics vers celui de la science. La conséquence de ce glissement politique fut de concrétiser les différentes figures du malade actif au sein de la sphère sociale et scientifique contemporaine.

¹⁶⁸⁰ Van den Borne, H. W., 1998, « The patient from receiver of information to informed decision-maker », *Patient Education and Counseling*, 34, p. 89-102.

¹⁶⁸¹ Poirier, J., Salaün, F., 2001, *op. cit.*, p. 184 : « Le malade possède en effet un pouvoir propre, totalement inquantifiable, généré en situation de péril dans lequel le place sa maladie ».

¹⁶⁸² Veatch, R. M., 1987, *The patient as partner: a theory of human experimentation ethics*, Bloomington, Indiana University Press.

¹⁶⁸³ Barbot, J., Dodier, N., 2000b, « L'émergence d'un tiers public dans le rapport malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences sociales et santé*, 18(1), p. 75-119, ici, p. 112.

¹⁶⁸⁴ *Ibid.*, p. 83

¹⁶⁸⁵ *Ibid.*, p. 58.

La concrétisation positive des postures du sujet de santé

Comme l'ont montré Janine Barbot et Nicolas Dodier au moyen d'une enquête de terrain réalisée en 1996, les engagements militants des associations ont eu un impact sur les patients ordinaires¹⁶⁸⁶. Elles participèrent « chacune à leur façon, à un véritable travail normatif destiné à construire la bonne manière d'être un malade actif »¹⁶⁸⁷. Les sociologues ont ainsi dégagé trois grands modèles d'engagement des malades reposant sur des bases épistémiques distinctes et relevant de trois conceptions de la relation du patient au médecin, aux médias et aux associations. Chaque posture épistémique renvoie finalement à une disposition politique déterminant, au sein d'un même espace de mobilisation, la « carte du monde »¹⁶⁸⁸ au sein duquel chaque acteur se dirige pour construire son propre rapport à l'épidémie. Autrement dit, différents modes de territorialisation des malades se sont croisés et mélangés au cours de l'épidémie de sida, témoignant d'une constante : l'affirmation concrète et positive, par le biais de la politisation, d'une identité de malade-acteur désormais incontournable.

La première position d'engagement identifiée est le *recours en extériorité* qui « désigne la situation où le patient se tient à distance d'une constellation d'instances considérées par lui comme homogènes : il est confronté – de l'extérieur – à un univers de spécialistes qui lui reste opaque »¹⁶⁸⁹. Cette conception repose sur une représentation du savoir scientifique que l'on peut qualifier de positiviste, c'est-à-dire entièrement aux mains des spécialistes et où les soins ne sont que des applications techniques de ce savoir. Les sujets adoptant cette perspective délèguent entièrement leur pouvoir au médecin pour se positionner comme des patients pouvant développer une expertise expérientielle, mais restant essentiellement profanes. Si « l'extériorité ne se traduit pas par une absence de jugement sur les médecins, mais par l'exercice d'un sens critique qui ne passe pas par des ressources spécialisées »¹⁶⁹⁰, cette position s'inscrit dans le modèle officiel moderne où le médecin parle et le malade écoute, où le médecin prescrit et le malade suit. La vigilance exercée à distance à l'égard du médecin ne vise pas à négocier la relation thérapeutique : soit le malade adhère aux propos du médecin, soit il remet en question sa qualité de médecin. Le développement de pratiques de résistance face à la médicalisation de l'existence n'interdit ici en rien la délégation de la décision et du soin au médecin. Cette défense du modèle du patient pouvant faire part de jugements généraux, mais n'opérant jamais de critiques circonstanciées ou d'engagements spécifiques ne convenait pas à tous. Ces malades patients-profanes sont dès lors peu attentifs aux médias et peu reconnaissants à l'égard des associations et de leur rôle de médiation scientifique.

La seconde posture est celle de l'*intégration* dans les institutions médicales, « cas de figure où le malade cherche à acquérir un maniement d'un savoir spécialisé véhiculé selon lui par des instances susceptibles de proposer un corps de connaissances homogène »¹⁶⁹¹. Cette seconde posture se base sur le même principe épistémique de l'existence d'un savoir spécialisé unifié au fondement de l'institution médicale et de sa cohérence, mais diffère de l'extériorité par une volonté d'intégration. Sur le modèle des auto-soignants, le médecin y

¹⁶⁸⁶ *Ibid.* ; Barbot, J., 2002, *op. cit.*, p. 109-142.

¹⁶⁸⁷ Barbot, J., 2002, *op. cit.*, p. 85.

¹⁶⁸⁸ Dodier, N., 2003, *op. cit.*, p. 34.

¹⁶⁸⁹ Barbot, J., 2002, *op. cit.*, p. 112.

¹⁶⁹⁰ *Ibid.*, p. 115.

¹⁶⁹¹ *Ibid.*, p. 113

est toujours une référence centrale, mais les malades se conçoivent un rôle de rassemblement des informations dans le but d'interroger de manière pertinente le médecin. À ce titre, ils développent une observation clinique d'eux-mêmes, ils se forment des avis personnels sur le traitement, qu'ils complètent par des échanges avec d'autres. « La proximité au monde spécialisé se manifeste donc par une propension à faire de la vie quotidienne le théâtre d'observations médicales personnelles, qui seront réinvesties sous forme de questions dans le rapport au médecin »¹⁶⁹². La relation thérapeutique se fait sur le mode de la négociation et le rapport à la science se veut positif, participatif, contributif, pour des raisons essentiellement morales. Le malade émet des critiques également sur les traitements en développant « une économie des jugements, conduisant à des avis circonstanciés sur les essais [thérapeutiques] proposés »¹⁶⁹³. La sphère publique est considérée comme le lieu des opinions ou d'informations très générales, seule la médecine étant dépositaire des informations justes et ajustées au cas individuel. Il y a donc une prudence vis-à-vis des médias et plus de considérations pour les associations vues comme relais des instances spécialisées. Ces malades effectuent généralement un travail sur soi visant à éradiquer de l'environnement tout ce qui pourrait saper le moral ou faire intervenir d'autres éléments (émotions) que ceux fondés sur le savoir médical.

Il existe ensuite des malades en position d'*agencement* entre des instances hétérogènes qui « construisent eux-mêmes leur itinéraire thérapeutique par l'articulation des différents avis en présence »¹⁶⁹⁴. Cette troisième position fait état d'une base épistémique différente : l'image unifiée du savoir s'étirole devant une représentation mettant l'accent sur la pluralité des points de vue émis par les différentes instances. L'itinéraire du malade devient une articulation des différents partis en présence, selon une épistémologie de l'autonomie telle que nous avons pu l'observer dans l'étude du *self-care*. C'est l'autonomie du malade qui est au cœur de ce troisième modèle : celui-ci acquiert des compétences d'herméneute dont les critères de jugements, *a posteriori*, sont moins institutionnels que se référant « à un mélange d'options médico-scientifiques et de psychologie personnelle »¹⁶⁹⁵. L'interprétation ainsi opérée ouvre la voie de la négociation : les savoirs acquis servent à étayer des choix thérapeutiques personnels que le malade fait valoir dans le dialogue avec le médecin. Ces malades développent un suivi attentif de soi et une expérience collective de la maladie qui s'imposent comme une référence dans le jugement médical et une source d'initiative dans la décision médicale. Le malade ouvre ainsi la voie de sa responsabilisation en tant qu'usager : « Prendre un traitement, c'est une discussion où il y a différents paramètres : mon médecin, mes copains et moi » ainsi que l'exprime un malade, dont Barbot rapporte le propos¹⁶⁹⁶. Il en est de même pour les essais thérapeutiques où le jugement du patient s'exerce sur la méthodologie même. Il s'agit d'un positionnement de soi à l'avant-garde de la recherche¹⁶⁹⁷ où les associations s'imposent comme des spécialistes compétents. Tout en critiquant les médias, ils se placent pourtant à la pointe de l'actualité, et reconnaissent un rôle important à la presse associative. Dans ce modèle, le travail de distanciation vis-à-vis de la maladie disparaît et le malade se définit définitivement, non plus dans son rapport à la médecine, mais dans son rapport à la

¹⁶⁹² *Ibid.*, p. 125.

¹⁶⁹³ Barbot, J., Dodier, N., 2000b, *op. cit.*, p. 94.

¹⁶⁹⁴ Barbot, J., 2002, *op. cit.*, p. 113.

¹⁶⁹⁵ *Ibid.*, p. 132.

¹⁶⁹⁶ *Ibid.*, p. 134.

¹⁶⁹⁷ *Ibid.*, p. 135.

maladie. Sans attribuer au médecin un rôle passif, l'usager se place au centre d'une interaction thérapeutique dont il est l'auteur¹⁶⁹⁸ et qui peut s'organiser avec des thérapeutes différents.

Ainsi, autour d'une expérience médicale entendue comme expérience nécessairement sociopolitique¹⁶⁹⁹, les usagers se sont affirmés comme des acteurs à part entière à prendre en compte dans la formation du partenariat de soin, et ce quelque soit leurs positions subjectives déterminant les critères de leur expérience citoyenne. D'ailleurs, Barbot et Dodier précisent qu'ils n'ont pas rencontré, au cours de leur étude, de représentants d'un quatrième potentiel modèle qui serait celui du repli à distance de l'hétérogénéité. L'absence de ce modèle de l'antimédecine dans lequel « le patient percevrait l'univers spécialisé comme hétérogène, mais plutôt que d'essayer d'articuler entre eux les repères qu'il offre [...] s'en tiendrait à une position distante »¹⁷⁰⁰ témoigne du fait que la reconnaissance du malade actif n'implique en rien un médecin entièrement passif, comme représentant d'une profession consultante. L'autonomie des usagers n'est pas autoréférencée, à l'image de celle du discours médical, mais se réalise dans le partenariat.

En dernière analyse, l'épidémie du sida fait ainsi événement en actant par le biais de la mobilisation politique la nécessaire présence de l'usager dans le système de santé. Par le biais essentiel¹⁷⁰¹ des associations qui tout en organisant les revendications individuelles de manière collective et donc sociale, ont permis leur politisation, les usagers ont fait valoir leur autonomie au cœur du discours médical (de sa constitution scientifique à son application sociale). C'est à ce titre que l'on retrouve dans la typologie des engagements associatifs les différentes étapes de la revendication d'autonomie des usagers de santé que nous avons suivi : tout en réactivant la figure classique du patient-profane par son excessive morbidité, l'événement du sida fut surtout le lieu de concrétisation positive des figures d'un malade actif¹⁷⁰². Les rapports épistémologiques entretenus par les usagers à l'égard de la science biomédicale déterminent les modalités d'affirmation politique de leur identité positive. Par le truchement du politique, le malade-gestionnaire (de sa maladie), le profane-expert (de son soin), l'usager de santé ou le sujet expérimentateur s'affirmèrent comme des identités qui ne relèvent désormais plus d'une extériorité que l'on peut marginaliser, mais s'imposent comme des données incontournables du monde médical. Les non-médecins, malades comme bien-portants, sont reconnus comme des acteurs à part entière dans la production méthodologique, le fonctionnement épistémologique et les applications sociopolitiques du discours médical ainsi devenu contemporain. Opérant une validation politique rétroactive des postures de malades autonomes, l'épidémie de sida a permis aux sujets de santé d'acquérir une fois pour toute un pouvoir¹⁷⁰³ médical propre, issu d'un droit d'usage qui ne peut être confié à personne d'autre. Ils sont devenus sujets de leur destinée,

¹⁶⁹⁸ Flora, L., 2011, « Acteur, auteur de sa santé jusqu'au dernier souffle », *Revue Générale de Droit Médical*, 38, p. 239-253.

¹⁶⁹⁹ Comme le souligne Guillaume Le Blanc, la construction d'une expérience politique est devenue nécessaire à l'élucidation de l'expérience vécue de la maladie (Le Blanc, G., 2010, *op. cit.*, p. 315).

¹⁷⁰⁰ Barbot, J., 2002, *op. cit.*, p. 113-114.

¹⁷⁰¹ Epstein, S., 2008, « Patient Groups and Health Movements », Hackett, E. J., Amsterdamska, O., Lynch, M., Wajeman, J., (dir.), 2008, *The Handbook of Science and Technology Studies*, Cambridge, MIT Press, p. 499-539.

¹⁷⁰² Barbot, J., 2006, *op. cit.*

¹⁷⁰³ Bail, J.-N., (dir.), 2009, *Le patient a-t-il pris le pouvoir ?*, Montrouge, J. Libbey.

selon un processus de désobjectivation¹⁷⁰⁴ qui s'est opéré tout au long du XX^e siècle et auquel le mouvement militant a finalement donné un corps politique.

L'évènement du sida est donc politique autant qu'il se veut épistémologique. Car si le sida, comme atteinte du système immunitaire et donc altération du corps contemporain, a démontré l'insuffisance épistémologique de la biomédecine contemporaine, comme mal social mettant en défaut le pouvoir technico-thérapeutique de la médecine, il a dévoilé son insuffisance politique. Le pluralisme médical¹⁷⁰⁵ a sonné le glas de la médecine moderne, témoignant ainsi de la nécessité de resocialiser la médecine¹⁷⁰⁶, mais de ce fait, c'est la politique qui s'est dévoilée inefficace à la réalisation d'une telle tâche. Autrement dit, le sida témoigne d'une rupture entre la médecine et le social que le politique ne parvient plus à résorber. Dès lors, l'émergence d'un paradigme médical nouveau fondé sur le partenariat des acteurs repose entièrement sur des conditions politiques nouvelles aptes à assurer l'avènement à long terme de la revendication de modification du système de soins tout en palliant, à court terme, à l'urgence thérapeutique. Ces deux exigences, qui avaient conduit à une scission au sein du mouvement associatif comme entre les militants et les médecins, encadrent l'avenir de la médecine comme de son pendant politique qu'est la démocratie¹⁷⁰⁷, et nous invitent donc à questionner la démocratie sanitaire qui s'est développée en réponse à l'épidémie de sida.

¹⁷⁰⁴ « [A]bolissement de la forme aliénée sous laquelle l'individu est constitué en sujet, au profit d'une subjectivation sans assujettissements », Rigal, E., 2003, « Désobjectivation », Sasso, R., Villani, A., (dir.), 2003, *op. cit.*, p. 75-81, ici, p. 75.

¹⁷⁰⁵ Hélarlot, V., Mulot, S., 2011, « Les relations de soin : du colloque singulier au pluralisme médical », Drulhe, M., Sicot, F., (dir.), 2011, *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, p. 185-206.

¹⁷⁰⁶ « Il nous faut resocialiser la médecine » Gabriel Bez (responsable de la mission sida, ministère des Affaires sociales de la santé et de la ville) cité par Hirsch, E., 1994, *op. cit.*, p. 58.

¹⁷⁰⁷ Epstein, 1992, *op. cit.* : « Seul un mouvement qui réussira à marier et à articuler les deux types de préoccupations semble susceptible de favoriser les objectifs d'une société plus véritablement démocratique ».

L'AVÈNEMENT MITIGÉ DE LA CULTURE D'AUTONOMIE DES USAGERS

Si les textes écrivent l'organisation, donc, c'est parce qu'ils permettent la mise en scène de figures, des figures qui s'animent toujours pour une autre première fois dans nos interactions, dans nos conversations, des figures qui forment autant de configurations sur lequel les interactants s'accordent ou non¹⁷⁰⁸.

L'inclusion des malades dans l'organisation et l'évolution du système de soins, revendiquée par le mouvement de mobilisation des militants du sida, va s'opérer progressivement, à la suite des quinze années de lutte associative, au sein du développement d'une « démocratie sanitaire ». Pour la première fois depuis l'avènement de la médecine moderne, les usagers acquéraient une reconnaissance institutionnelle et politique qui actait ainsi une forme de révolution dans l'organisation sociopolitique du discours médical. De ce fait, une formalisation de la figure du patient actif magnifiée par l'épidémie de sida comme acteur politique s'engagea. Seulement, ainsi que nous allons le constater, la représentation des usagers se déploya de manière ambiguë, transformant radicalement les revendications d'autonomie à l'aune de leur prise en compte organisationnelle, au point que la démocratisation se mût en subversion.

La reconnaissance institutionnelle et légale des usagers

Le premier acte de cette prise en compte de la parole des patients dans la structuration du système de soin fut l'intégration, en 1996 à l'occasion de la réforme hospitalière, de représentants des usagers dans les conseils d'administration des hôpitaux publics. Afin d'organiser cette représentation nouvellement acquise, une quinzaine d'associations d'usagers, de consommateurs, de citoyens, de malades et de séropositifs se réunirent en juin de la même année au sein d'un Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) se proposant de « suivre l'application de ces nouvelles mesures, et de constituer plus largement une force d'observation critique et de proposition en matière sanitaire et sociale »¹⁷⁰⁹. La voix des usagers pouvait ainsi être unifiée et acquérir une représentativité nationale forte, notamment grâce aux rencontres régulières d'usagers, d'associations, de consommateurs et de malades que le CISS organisa dès sa création afin de produire une plate-forme de positions communes. Il s'agissait, selon Pierre Lascoumes représentant d'AIDES au sein de la section Ile de France du Collectif, « d'affirmer politiquement la création d'un nouvel acteur collectif dans le champ de la santé, par une démarche pragmatique et par la mise à l'épreuve d'une capacité réelle de travail commun »¹⁷¹⁰. Les actions du CISS s'organisèrent autour de quatre objectifs principaux : l'information des usagers du système de santé par la mise en commun des données, la formation des représentants d'usagers dans les conseils

¹⁷⁰⁸ Cooren, F., 2010, « Comment les textes écrivent l'organisation. Figures, ventriloquie et incarnation », *Études de communication*, 34, p. 23-40, [en ligne, consulté le 1^{er} octobre 2011], www.cairn.info/revue-etudes-de-communication-2010-1-page-23.htm.

¹⁷⁰⁹ Lascoumes, P., 2002, « Représenter les usagers », Baszanger, I., Bungener, M., Paillet, A., (dir.), 2002, *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La dispute/SNEDIT, p. 107-125, ici, p. 115.

¹⁷¹⁰ *Ibid.*, p. 117.

d'administration et les différents groupes de travail, l'analyse continue des transformations du système de santé, la communication publique de ses revendications en vue de se faire reconnaître comme interlocuteur privilégié et représentatif. Participant, dès 1997, aux travaux d'accréditation des établissements de soins de l'ANAES, le CISS publia l'année suivante un *Guide du représentant des usagers dans les établissements de santé* et fut à ce titre un acteur central des États généraux de la santé qui se réunirent à l'automne 1998 et au printemps 1999. La multiplication des critiques à l'égard de la « charte du patient hospitalisé » éditée en 1995 et jugée insuffisante pour faire valoir les droits des usagers, conduit en effet le gouvernement français à réunir ces États généraux afin d'envisager l'évolution du système de santé. Le discours de clôture que prononça le 30 juin 1999 le Premier ministre Lionel Jospin appelait officiellement à l'épanouissement d'une « démocratie sanitaire »¹⁷¹¹ et annonçait pour ce faire la soumission prochaine devant le parlement d'un texte de loi concernant le droit des patients¹⁷¹². La promulgation de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé concrétisa cette annonce, marquant ainsi l'aboutissement d'un long processus de reconnaissance législative¹⁷¹³ du rôle actif des usagers à l'égard de l'institution médicale comme des instances publiques.

Reconnaissant le droit à l'information et la place des associations dans la gestion du système de santé, cette loi s'imposait comme le dernier terme de l'acceptation de l'autonomie de l'utilisateur de santé, d'une part, en offrant une valeur législative à des droits préexistants et d'autre part en reconnaissant à toute personne malade ces mêmes droits¹⁷¹⁴. La validation de droits subjectifs¹⁷¹⁵ des personnes malades (droit à la protection de la santé, au respect de la dignité et de la vie privée, à l'égalité et la qualité des soins) s'y double d'une reconnaissance des droits des usagers du système de soins (droit à l'information, droit au consentement) et de leur participation au système de santé. Un changement de modèle¹⁷¹⁶ juridique dans l'organisation du contrat de soins prenait ainsi forme, conduisant à un renversement des positions des acteurs. Reconnaissant au malade la responsabilité de la contractualisation, elle contraignait d'une part, le médecin à informer le malade avant toute mise en œuvre d'un soin et ce afin que ce dernier soit à même d'exprimer son opinion quant à l'intervention envisagée, dont il doit être le décisionnaire premier, et elle imposait, d'autre part, que l'ensemble des informations médicales transcrites au cours de l'acte soit rendu accessible au malade. En d'autres termes, le patient était désormais reconnu comme le point nodal du processus de soin : il devait être l'auteur des décisions qu'il implique et qui l'impliquent. La mise en place en 2004 du Dossier médical Personnel concrétisera cette prise de pouvoir des patients sur l'information

¹⁷¹¹ Collectif, 2004, « La démocratie sanitaire : aspects théoriques et pratiques hospitalières », *Revue générale de droit médical*, 12 ; Moutel, G., 2009, *Médecins et patients. L'exercice de la démocratie sanitaire*, Paris, L'Harmattan.

¹⁷¹² Cormier, M., 2002, « Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002 », *Actualité et dossier en santé publique*, 40, p. 6-10.

¹⁷¹³ Sur ces différentes étapes, voir, par exemple, Thouvenin, D., 2007, « Les droits des personnes malades », Mouillie, J.-M., Lefève, C., Visier, L., (dir.), 2007, *Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales*, Paris, Belles-Lettres, p. 473-487, ici, particulièrement, p. 474-477.

¹⁷¹⁴ Cormier, M., 2002, *op. cit.* p. 7.

¹⁷¹⁵ Thouvenin, D., 2007, *op. cit.*, p. 477-478.

¹⁷¹⁶ *Ibid.*, p. 482.

médicale¹⁷¹⁷ les concernant, qui était jusqu'alors sous contrôle des médecins, notamment par le biais de la notion de secret médical. L'expertise des patients en termes de savoirs expérientiels et de techniques d'auto-soins était ainsi validée et soutenue par la délégation de l'information et de l'initiative de la décision. Mais ce renversement de l'autorité, qui fit craindre à certains l'avènement de patients tout-puissants¹⁷¹⁸, ne répondait pourtant que partiellement aux revendications associatives et notamment à celles du CISS.

Les associations avaient en effet demandé un droit d'action autonome afin de répondre aux violations de droits individuels ou de droits collectifs qu'elles pouvaient constater. Mais cette demande ne fut pas satisfaite par la loi de 2002 qui ne permit pas au mouvement associatif d'agir en son nom propre devant la justice, limitant dès lors leur pouvoir d'action autonome. Cet exemple traduit la méfiance des institutions à l'égard de la prise de pouvoir des associations et témoigne des limites qui furent imposées aux nouveaux acteurs dans le mouvement même de transformation du système de soins qui se qualifiait par leur plus grande participation. Comme le note Pierre Lascoumes, la notion d'usager, dont nous avons pu voir qu'elle portait les espoirs d'autonomie des sujets de santé, fut subvertie dans le processus législatif et organisationnel de sa reconnaissance. L'usager, toujours « suspecté d'être aveuglé par sa subjectivité [...] constitue davantage un enjeu entre professionnels qu'il n'occupe une place réelle »¹⁷¹⁹. La notion se voit donc instrumentalisée par des professionnels qui font parler les usagers au moyen d'enquêtes aux méthodologies discutables et de représentants habilement sélectionnés loin des militants les plus actifs. Comme le soulignait François Ewald en 2001, on assiste alors à la mise en place d'un système politique paradoxal, un État sanitaire qui « se désigne ses propres interlocuteurs, ses propres contre-pouvoirs »¹⁷²⁰. Ainsi que nous avons pu l'observer en étudiant le rôle de l'éthique dans la formalisation terminale du discours médical contemporain, la figure du patient dessinée à travers la catégorie d'usager est abstraite, virtuelle, et les représentants tendent à n'être que les simples cautions d'un système médical qui ne se transforment que pour mieux maintenir ses normes habituelles de fonctionnement. La participation des usagers est finalement « illusoire »¹⁷²¹ et la parole des usagers n'est entendue que dans la mesure où elle supplée, complète ou agrmente le mode de fonctionnement professionnel. La démocratie sanitaire qui s'est fait jour n'est, comme le souligne Grégoire Moutel, qu'une « vraie-fausse démocratie »¹⁷²². Sous couvert de reconnaissance de leur rôle d'usager, les sujets de santé sont finalement destitués de leur identité au profit d'un maintien dans le silence, ainsi qu'en témoigne la définition même de leur autonomie.

¹⁷¹⁷ Quillatre, E., 2007, *Le dossier médical personnel. Du secret professionnel au contrôle par le patient*, Mémoire pour l'obtention du Master Pro Droit de l'Internet Public, Université Paris 1 [en ligne, consulté le 2 octobre 2011] http://www.univ-paris1.fr/fileadmin/diplome_droit_internet/06-07_Elisabeth_Quillatre_-_Memoire_-_DMP.pdf.

¹⁷¹⁸ Dreyfuss, D., Lemaire, F., Outin, H.-D., (dir.), 2006, *Des patients tout-puissants ?*, Paris, Flammarion.

¹⁷¹⁹ Lascoumes, P., 2002, *op. cit.*, p. 121.

¹⁷²⁰ Ewald, F., 2001, « Vers un État sanitaire global », *Les échos*, 11 septembre 2001, p. 53.

¹⁷²¹ Lascoumes, P., 2002, *op. cit.*, p. 124.

¹⁷²² Moutel, G., 2002, « L'an I de la "démocratie sanitaire" », *Le Courrier de l'éthique médicale*, 2/3, Juillet-Août-Septembre 2002, p. 45-48, ici, p. 45.

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé »¹⁷²³. Cet article du *Code de la santé publique* détermine l'autonomie comme un consentement éclairé fondé sur un ensemble d'informations claires. Loin de l'autonomie comme principe épistémologique et politique, c'est la participation mutuelle dont parlaient Szasz et Hollander¹⁷²⁴, qui est mise ici en avant, une coopération classique qui relève plus de la « tarte à la crème de la médecine "humanisée", [que] d'une prise de pouvoir par le malade qui se prescrit lui-même le traitement avec l'aide du médecin »¹⁷²⁵. L'adaptation des principes de l'éthique médicale aux normes de la loi de 2002, que vont opérer les spécialistes après l'émission de leurs critiques, va d'ailleurs conduire à une redéfinition de l'autonomie qui explicite parfaitement la distance entre celle reconnue par la loi et celle que les usagers ont eux-mêmes revendiquée. Suite à la parution de la loi, des médecins, et plus particulièrement des spécialistes d'éthique médicale, se positionnèrent de manière critique à son égard. La législation répondait selon eux aux pressions de groupes d'intérêts particulier et, si elle visait, à « rééquilibrer l'inégalité entre médecin et malade », elle ne le faisait qu'en instillant de la méfiance au sein de la relation de soin. En ce sens, elle s'affirmait comme une démarche anachronique et idéologique¹⁷²⁶. Les conséquences de ce remaniement furent une division de la notion même d'autonomie définie comme une compétence du patient relevant de sa capacité à comprendre et à manipuler l'information reçue, à prendre des décisions fondées en conscience sur cette information et pouvant faire l'objet d'une justification¹⁷²⁷. Sur la base d'une telle compréhension de l'autonomie, les spécialistes de l'éthique médicale distinguent finalement une autonomie entendue comme autodétermination et une autonomie comme libre consentement, la première étant un principe idéal, la seconde un principe appliqué. Ainsi, au lieu de reconnaître concrètement, et donc d'inclure dans le système de santé, l'autonomie des usagers, cette dernière se trouve renvoyée au statut d'idéal. On lui a substitué une autonomie qui en tant que principe opérationnel doit être considérée comme « autonomie partielle »¹⁷²⁸. C'est ainsi que sous couvert de répondre aux revendications des usagers, le discours médical a rétabli, ainsi que nous l'avons déjà observé, un partenariat adouci mais réel.

Un nouvel outil d'affirmation des pratiques autonomes

Limités dans leurs actions sur le territoire médical et sociopolitique, les patients trouvèrent néanmoins dans un autre territoire les moyens de leurs ambitions d'autonomie. Si la télématique avait déjà joué un rôle important, mais trop souvent ignoré dans la lutte contre l'épidémie de sida¹⁷²⁹, la démocratisation d'un système mondial d'interconnexion

¹⁷²³ Article L1111-4 du *Code de la Santé Publique* [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011], <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIA RTI000006685767&dateTexte=20111126>.

¹⁷²⁴ Szasz, T., Hollander, M., 1956, *op. cit.*

¹⁷²⁵ Briche, G., 1980c, « La volonté de guérir », *Autrement*, 26, p. 55-63, ici, p. 62.

¹⁷²⁶ Hervé, C., 2002, « Éditorial », *Le Courrier de l'éthique médicale*, 2/3, Juillet-Août-Septembre 2002, p. 43.

¹⁷²⁷ Spranzi, M., 2009, *op. cit.*

¹⁷²⁸ *Ibid.*

¹⁷²⁹ Casilli, A. A., 2009, « Le Stéthoscope et la Souris : Savoirs médicaux et imaginaires numériques du corps », *Esprit*, 353, p. 175-188.

informatique assurant un transfert quasi-instantané de données permet à un nombre croissant de Français¹⁷³⁰ un accès direct, sans intermédiaire professionnel, à un ensemble d'informations allant des conseils familiaux de santé à des informations scientifiques de pointe. Selon une enquête publiée en janvier 2011¹⁷³¹, 59 % des Français utilisent aujourd'hui Internet afin d'obtenir des informations sur la santé, principalement pour compiler des informations sur les médicaments. Proportion faible à l'égard d'autres pays¹⁷³², mais assez importante pour faire état d'un nouvel usage des sujets au sein du système de santé¹⁷³³. En 2007, l'INSERM engagea la première enquête sur l'utilisation d'Internet en matière de santé¹⁷³⁴ en France. Sur 4167 personnes interrogées en France métropolitaine, 3884, soit 93,2 %, avaient utilisé Internet pour des recherches concernant leur santé au cours des douze derniers mois. La majorité (88 %) de ces « internautes-santé » avait un médecin régulier et faisait confiance au système médical¹⁷³⁵, mais la plupart d'entre eux (2/3) attendaient néanmoins de voir comment leur situation allait évoluer avant de consulter. Pour autant, l'essentiel des recherches effectuées était sans lien direct avec une consultation, ou sinon, s'effectuait après la rencontre avec un professionnel¹⁷³⁶. Les auteurs de cette étude concluent ainsi qu'Internet s'est imposé comme une source non contradictoire mais complémentaire de renseignements. Ils notent d'ailleurs que ce sont principalement les médecins qui utilisent Internet en vue de se soigner eux-mêmes. Internet s'est finalement imposé, au cours de la première décennie du XXI^e siècle, comme un outil central de la relation que le sujet entretient avec sa santé en décloisonnant l'accès à l'information médicale. Désormais accessible partout et pour tous, l'information ne circulait plus « verticalement » du professionnel vers le patient, selon le modèle habituel, mais de manière « transversale »¹⁷³⁷, concrétisant ainsi le patient comme point nodal d'une médecine en réseau en passe de devenir « médecine 2.0 ». Car si, au départ, l'information restait peu accessible, technique et complexe¹⁷³⁸, la naissance du web participatif¹⁷³⁹, dit

¹⁷³⁰ Entre 2000 et 2010, le nombre d'internautes français est passé de 14,4 % de la population à 68,9 % soit 42,3 millions d'internautes, pour 65 millions d'habitants. Voir le rapport *Internet World Stats* de juin 2010 [en ligne, consulté le 15 octobre 2011] <http://www.internetworldstats.com/eu/fr.htm>.

¹⁷³¹ Haroche, A., 2011, « Se soigner grâce au web : les français moins tentés que les autres », *Journal international de médecine*, 04 janvier 2011, [en ligne, consulté le 1^{er} octobre 2011] http://m.jim.fr/pro_societe/e-docs/00/01/DA/EE/document_actu_pro.phtml.

¹⁷³² Aurélie Haroche (*Ibid.*) parle de 96 % des Russes qui ont fait de la toile l'une de leurs références santé, 92 % des Chinois qui sont connectés se rendent sur le web pour des questions sanitaires, 90 % des Indiens, 89 % des Mexicains ou encore 86 % des Brésiliens.

¹⁷³³ Sur le rôle d'Internet dans les nouveaux comportements des sujets de santé, voir par exemple, Quéméras, C., 2003, *Intérêt des listes de discussion destinées aux patients concernés par une pathologie rare, grave ou chronique : comparaison du point de vue de la population générale et du point de vue médical*, Thèse de doctorat de médecine, Université de Brest-Bretagne Occidentale.

¹⁷³⁴ Renahy, E., Parizot, I., Lesieur, S., Chauvin, P., 2007, *WHIST — Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet*, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011], http://www.inserm.fr/content/download/1423/13035/file/enquete_whist_2007.pdf, p. 5.

¹⁷³⁵ *Ibid.*, p. 7.

¹⁷³⁶ *Ibid.*, p. 12.

¹⁷³⁷ Juillet, Y., 2007, « Synthèse et conclusion », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 191 (8), p. 1539-1542, ici, p. 1539.

¹⁷³⁸ Sournies, G., 2007, *L'information de l'utilisateur de santé au regard de la loi du 4 mars 2002*, Mémoire [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011] <http://www.atoute.org/n/IMG/pdf/gilles-sournies-memoire-2007.pdf>.

¹⁷³⁹ Dupagne, D., 2010, « Les nouvelles informations en santé », *Les Tribunes de la santé*, 29, p. 33-39, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011] www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-4-page-33.htm.

web 2.0, engagea définitivement la révolution de l'e-santé¹⁷⁴⁰. Le développement d'espaces communautaires d'échanges et de partages, des forums, des blogs, des réseaux sociaux et des wikis¹⁷⁴¹, permet aux patients de n'être plus seulement de simples récepteurs d'informations, mais de devenir auteurs et acteurs¹⁷⁴² d'une expertise profane collective, nébuleuse, mais proprement démocratique¹⁷⁴³. Leur expertise acquiert ainsi une dimension nouvelle au sein de la communauté virtuelle de soin¹⁷⁴⁴ qu'est Internet. Rassemblant et comparant les expériences vécues, les informations acquises ou données, et les apprentissages opérés par des milliers de malades, les communautés virtuelles renouvèlent le travail des associations, en produisant une expertise collective et participative. Au-delà d'être plus informés, les patients sont également mieux armés face aux situations de soins qu'ils rencontrent et peuvent dès lors mieux prendre en charge leur santé. Ils sont des e-patients, à l'instar de Dave Debronkart¹⁷⁴⁵ qui découvrit grâce à un réseau de patient en ligne un traitement ignoré par les médecins qui lui permit de survivre à un cancer dont le pronostic était pourtant mortel à court terme. Soutenu par le collectif dans sa quête d'informations santé et le soutenant en retour par l'apport de ses propres données, le patient-expert manifeste l'articulation, renouvelée par les technologies numériques, du *self-care* et du *self-help*.

L'expérience de Patientslikeme.com exemplifie ce renouveau de l'autorité des malades grâce à Internet. Créé en 2004 par Benjamin et Jamie Heywood James afin d'aider leur frère Stephen atteint de la maladie de Charcot¹⁷⁴⁶, le but affiché du site est de permettre à des malades de partager leur expérience, de rencontrer des personnes atteintes de maladies similaires et d'apprendre des échanges engendrés afin de réaliser des choix thérapeutiques plus éclairés. Mais ce qui distingue ce site des classiques forums de discussion est qu'il ne s'agit pas seulement pour les patients de partager leur expérience et leur histoire, mais de transformer ces récits en un système de données médicales utilisables. C'est aujourd'hui une base de données mondiale de symptômes, de traitements, d'histoires médicales de plus de 135 000 personnes atteintes de près de 1000 maladies différentes qui ouvre la possibilité d'une médecine non plus centrée, mais bien fondée sur le patient. Tout en favorisant la capacitation¹⁷⁴⁷ du patient à gérer sa propre maladie s'ouvre d'une possibilité de construire des recherches scientifiques à partir de leurs expériences. Ainsi, en 2008, après une petite étude italienne publiée dans les *Proceedings de la National Academy*

¹⁷⁴⁰ Hardey, M., 2004, « Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine ? » *Sciences sociales et santé*, 22 (1), p. 21-43.

¹⁷⁴¹ Le wiki est un site web dont les pages sont modifiables par les visiteurs afin de permettre l'écriture et l'illustration collaboratives des documents numériques qu'il contient.

¹⁷⁴² Silber, D., 2009b, « Médecine 2.0 : les enjeux de la médecine participative », *La Presse Médicale*, 38 (10), p. 1456-1462.

¹⁷⁴³ Dupagne, D., 2010, *op. cit.*

¹⁷⁴⁴ Burrows, R., Nettleton, S., Pleace, N., Loader, B., Muncer, S., 2000, « Virtual community care? Social policy and the emergence of computer mediated social support », *Information Communication and Society*, 3 (1), p. 23-31.

¹⁷⁴⁵ <http://epatientdave.com/> [consulté le 1^{er} septembre 2011].

¹⁷⁴⁶ La sclérose latérale amyotrophique ou SLA aussi appelée maladie de Lou Gehrig aux États-Unis est une neuropathie dégénérante.

¹⁷⁴⁷ Genard, J.-L., 2007, « Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? », Cantelli, F., Genard, J.-L., (dir.), 2007, *Action publique et subjectivité*, Paris, Droit et société, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, n°46, p. 41-64.

of Sciences¹⁷⁴⁸ suggérant que le lithium pourrait retarder la progression de la SLA, un petit groupe de patients atteints de cette maladie inscrits sur PatientsLikeMe commença à prendre du carbonate de lithium. L'entreprise mit alors en œuvre un certain nombre d'outils pour les aider à suivre leurs symptômes, leur capacité respiratoire, leur dosage, les taux sanguins de lithium, et les effets secondaires qu'ils observaient. Forts des données qu'ils avaient pu recueillir sur le site avant la prise de traitements, les patients offraient aux chercheurs un comparatif intéressant des modifications de symptômes qui est rarement possible dans les essais cliniques classiques. L'étude ainsi menée¹⁷⁴⁹, même si elle conclut à l'inefficacité du lithium, renouvelle le rapport des malades à la recherche clinique. Les résultats étaient en effet les mêmes que ceux obtenus par le biais de recherches cliniques randomisées, et l'étude pouvait ainsi fièrement affirmer que les données recueillies par les patients, au moyen du site, accélèrent les découvertes cliniques autant que l'évaluation de molécules déjà en usage. Sans se substituer aux recherches cliniques randomisées, le but de ces études est d'offrir une nouvelle source de données probantes sur l'usage des traitements et potentiellement sur l'identification de nouvelles cibles de traitements à étudier systématiquement dans des essais d'efficacité traditionnelles¹⁷⁵⁰.

Internet participe donc de l'extension du territoire des patients¹⁷⁵¹ en leur offrant, à l'instar de tous les acteurs de la santé, un puissant réseau d'analyse, d'échanges et de créations d'information et de sources quasi infinies¹⁷⁵². Comme le constate Jacques Roland, président du Conseil de l'Ordre National des Médecins, une nouvelle relation médicale basée sur la rencontre non plus d'une conscience et d'une confiance, mais de deux consciences¹⁷⁵³, a vu le jour dans laquelle « le médecin traitant n'est plus qu'un conseiller »¹⁷⁵⁴, à l'instar du tiers, familial, amical ou virtuel, qui est désormais reconnu comme partie prenante d'un colloque qui n'est dès lors plus singulier. L'e-santé a remplacé l'incontournable médiation du professionnel par le règne de ce que l'on nomme l'apomédiation¹⁷⁵⁵. Comme l'indique la racine grecque « àpo », la médiation se fait désormais à distance, séparée de la figure tutélaire de l'expert médical. Le médecin n'est pas mis de côté, mais est en quelque sorte relégué en toile de fond¹⁷⁵⁶, comme un guide au

¹⁷⁴⁸ Fornai, F., Longone, P., Cafaro, L., Kastsiuchenka, O., 2008,, 2008, « Lithium delays progression of amyotrophic lateral sclerosis », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105(6), p. 2052–2057.

¹⁷⁴⁹ Wicks, P., Vaughan, T. E., Massagli, M. P., Heywood, J., 2011, « Accelerated clinical discovery using self-reported patient data collected online and a patient-matching algorithm », *Nature Biotechnology*, 2011/29, p. 411-414.

¹⁷⁵⁰ Frost, J., Okun, S., Vaughan, T., Heywood, J., Wicks, P., 2011, « Patient-reported outcomes as a source of evidence in off-label prescribing: analysis of data from PatientsLikeMe », *Journal of Medical internet research*, 13(1) : e6 [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011] <http://www.jmir.org/2011/1/e6/>

¹⁷⁵¹ Platzer, H., Hart, A., Henwood, F., Wyatt, S., 2004, « L'extension des territoires du patient : Internet et santé au quotidien », *Sciences sociales et santé*, 22(1), p. 45-68.

¹⁷⁵² Dupagne, D., 2010, *op. cit.*

¹⁷⁵³ Roland, J., 2007, « La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 191 (8), p. 1491-1495, ici, p. 1493.

¹⁷⁵⁴ *Ibid.*, p. 1494.

¹⁷⁵⁵ Eysenbach, G., 2008, « Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness », *Journal of Medical Internet Research*, 10(3) : e22 [en ligne, consulté le 15 octobre 2011] <http://www.jmir.org/2008/3/e22/>.

¹⁷⁵⁶ Casilli, A. A., 2011, « Usages numériques en santé : conflictualité épistémique et sociale dans les communautés de patients en ligne », Laedlein-Greilsammer, C.-M., (dir.), 2011, *Internet : des promesses pour*

sein des informations obtenues, mais non plus comme le pourvoyeur de cette information. Ainsi, se profile « un nouveau contrat »¹⁷⁵⁷ où le médecin accepte l'autonomie accrue du malade et où le malade assume cette autonomie en ne se limitant pas à être un consommateur de soins averti¹⁷⁵⁸, mais en faisant participer son expertise à l'amélioration de la qualité de soins. Seulement, si Internet s'est imposé comme un tiers incontournable de la relation médicale¹⁷⁵⁹ à même de l'enrichir « par la connaissance dans le respect éclairé des identités du médecin comme du patient »¹⁷⁶⁰, il n'est pas encore pris en compte comme outil revendiqué, utilisé et attendu par tous, il ne s'impose pas comme le complément attendu de la relation. La notion d'apomédiation rend d'ailleurs compte d'une transition qui n'est pas encore changement. Elle n'est qu'une forme amoindrie de désintermédiation de la santé¹⁷⁶¹ et rend finalement compte de l'affaiblissement et/ou du déplacement des problématiques critiques inhérentes à la quête d'autonomie des sujets de santé.

Loin de l'expérience américaine de Patientslikeme.com, les études menées sur les usages des sites Internet dédiés à la santé en France démontrent l'absence de volonté de constitution d'un contre-pouvoir par les patients sur la base de leur expertise individuelle et collective. S'ils favorisent la circulation de l'information, en opérant une vulgarisation des données de la recherche, ces sites n'apparaissent pas comme des lieux de revendications¹⁷⁶². Certes, la majorité des usagers de ces sites font part d'une insatisfaction à l'égard de leur relation avec le médecin notamment en termes de communication¹⁷⁶³, pour autant ils n'utilisent pas Internet en vue de se mobiliser pour faire changer la médecine qu'ils jugent d'ailleurs globalement de manière positive¹⁷⁶⁴. Comme l'ont mis en lumière Madeleine Akrich et Cécile Méadel¹⁷⁶⁵, Internet participe à la constitution de collectifs qui ne visent pas à une mobilisation, mais à l'ouverture d'espaces d'échanges :

[...] les listes elles-mêmes parce qu'elles rassemblent des projets et des motivations variées ne se laissent pas structurer dans un mouvement : en revanche, elles peuvent être la source – dans tous les sens, point de départ et ressource permanente – à laquelle s'alimentent des mouvements organisés¹⁷⁶⁶.

la santé ? Actes des Journée 2011 Euro Cos Humanisme et Santé, Paris, Éditions de Santé, p. 181-191, ici, p. 183.

¹⁷⁵⁷ Roland, J., 2007, *op. cit.*, p. 1495.

¹⁷⁵⁸ Santesso, N., 2005, « Consommateur averti : expert patient », [En ligne, consulté le 15 octobre 2011] <http://www.arthritiques.ca/index.php/ressources/consommateur-averti-expert-patient>.

¹⁷⁵⁹ Méadel, C., Akrich, M., 2010, « Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin », *Les Tribunes de la santé*, 29, p. 41-48, [en ligne, consulté le 15 octobre 2011] www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-4-page-41.htm.

¹⁷⁶⁰ Deau, X., 2007, « L'analyse d'un médecin omnipraticien de la relation médecin-malade-Internet dans sa pratique quotidienne », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 191 (8), p. 1497-1502, ici, p. 1500.

¹⁷⁶¹ Fraser, P., 2012b, « Technologies numériques : désintermédiation de la santé » [en ligne, consulté le 15 juillet 2012] <http://pierre-fraser.com/2012/03/07/technologies-numeriques-desintermediation-de-la-sante/>.

¹⁷⁶² Quinche, F., 2008, « Sites internet santé : vecteurs de normes santé ou lieux de contestation ? », *Philosophia Scientiae*, Paris, Kimé, 12, (2), p. 75-91.

¹⁷⁶³ Renahy, E., Parizot, I., Lesieur, S., Chauvin, P., 2007, *op. cit.*, p. 8.

¹⁷⁶⁴ *Ibid.*

¹⁷⁶⁵ Akrich, M., Méadel, C., 2007, « De l'interaction à l'engagement : les collectifs électroniques, nouveaux militants dans le champ de la santé », *Hermès*, 47, p. 145-154, [en ligne, consulté le 15 octobre 2011] <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/46/96/PDF/07Hermes.pdf>.

¹⁷⁶⁶ *Ibid.*

Le maintien par les membres de ces groupes d'une identité floue et flottante pour ces collectifs témoigne, d'une part, d'une volonté d'ouverture d'espaces de débats et de controverses autour d'une certaine philosophie acceptée par tous, mais, d'autre part, des réticences d'engagement de l'agentivité collective et démocratique ainsi créée sur la scène publique. Le militantisme et les critiques du système de soins qu'impliquent ces espaces se maintiennent dans les échanges privés entre les membres. Les listes sont des laboratoires qui favorisent surtout le lien social, l'objectivation de vécus et la construction d'une représentation commune, mais qui ne s'extériorisent jamais véritablement. C'est ce que confirme Florence Quinche en affirmant que les forums de discussion où les usagers peuvent librement échanger leur opinion ne sont pas des lieux de créations de nouvelles normes¹⁷⁶⁷, mais servent simplement à compenser le manque de dialogue avec les professionnels. Ce n'est finalement que de manière indirecte, en permettant des échanges de vécu, de ressentis et d'expériences, donc en valorisant l'aspect psychosocial de la santé, que les sites de santé s'affirment comme critiques à l'égard des normes médicales.

La paradoxale autonomie de l'utilisateur contemporain

Comme l'explique l'exemple des sites Internet santé, l'autonomie des usagers de santé, bien que quantitativement première dans l'expérience médicale¹⁷⁶⁸, reste limitée, dans son application, aux cadres du discours médical. D'une revendication qui visait, selon le programme du GIS, à « désordonner » la médecine pour établir un nouveau système de santé¹⁷⁶⁹ sous contrôle populaire¹⁷⁷⁰ et attendant à une nouvelle pratique médicale¹⁷⁷¹, l'autonomie est devenue un idéal de conduite dépourvue de toute ambition de « changer la société »¹⁷⁷². Comme l'ont montré Francine Saillant et Éric Gagnon¹⁷⁷³ à propos de la culture d'autonomie du *self-care*, c'est l'opérationnalisation de l'autonomie, par un processus de conceptualisation de la notion, qui a engendré ce changement. Afin d'effacer la diversité inhérente à la notion, on insista tout d'abord sur l'aspect novateur du concept en mettant en avant son caractère de mouvement social émergent et en insistant sur son rattachement implicite à la question du droit des patients¹⁷⁷⁴. Le but avoué¹⁷⁷⁵ était

¹⁷⁶⁷ Quinche, F., 2008, *op. cit.*, p. 87.

¹⁷⁶⁸ En 2001, une étude démontrait qu'en Europe, sur 1000 troubles de santé, 900 se traitaient en milieu familial, tandis que 90 impliquaient un professionnel de premier recours, 9 un hôpital et 1 un hôpital universitaire, rappelant ainsi que l'autonomie qualifie la majorité des pratiques de santé. Deccache, A., Laperche, J., 2001, « Se soigner sans médecin ? Éducation du patient et pénurie médicale », *Revue du praticien médecine générale*, 15, p. 1945-1947.

¹⁷⁶⁹ GIS, 1974, *La médecine désordonnée : D'une pratique de l'avortement à la lutte pour la santé*, Paris, Solin.

¹⁷⁷⁰ GIS, 1975a, *La médecine désordonnée : Supprimer l'Ordre des médecins. Vers un contrôle populaire sur la santé*, Paris, Solin. La proposition de supprimer l'Ordre des médecins sera reprise en 1981 par François Mitterrand et le Parti Socialiste (proposition 85 des 110 propositions pour la France).

¹⁷⁷¹ GIS, 1975b, *La médecine désordonnée : À la recherche d'une nouvelle pratique médicale*, Paris, Solin.

¹⁷⁷² C'est en ces termes que *Tankonalasanté* le magazine du Groupe d'information sur les asiles, petit frère du GIS, percevait la revendication d'autonomie. Comme le soulignait le Comité d'action santé, le mouvement pour la libéralisation de l'avortement ne devait être qu'un début. (Comité d'action santé, 1968, *Médecine. Ce texte n'est qu'un début*, Paris, François Maspero).

¹⁷⁷³ Saillant, F., Gagnon, E., 1996, « Le self-care : de l'autonomie-libération à la gestion du soi : Le soin comme objet problématique », *Sciences sociales et santé*, 14(3), p. 17-46.

¹⁷⁷⁴ Voir à ce propos, Levin, L. S., 1977, « Self-care and health planning », *Social Policy*, 8 (3), p. 47-54.

¹⁷⁷⁵ Levin, L. S., Katz, A. H., Holst, E., 1976, *Self-care. Lay initiatives in health*, New York, Prodist.

d'intégrer cette revendication au sein de la promotion de la santé alors naissante. Le *self-care* était perçu comme le point nodal d'une réflexion sur les relations entre les soins profanes et les soins professionnels, le partage des responsabilités et leurs impacts économiques et politiques sur le système de santé. Il devait permettre d'assurer à la fois le développement de l'autonomie et de la participation du patient ainsi qu'une réduction de la médicalisation et des coûts attenants à la santé¹⁷⁷⁶. Mais ce processus de détermination de l'objet conceptuel *self-care* opéra une transformation qui le coupa des pratiques sociales qui s'en revendiquaient : l'autonomie individuelle en matière de santé (*self-care*) ne dépendait plus nécessairement de conditions nouvelles d'organisation fondée sur l'entraide (*self-help*). Ainsi, l'autonomie comme revendication de la part des citoyens laissait place, à la fin des années 1970, à une autonomie comme conduite à adopter par les usagers de santé¹⁷⁷⁷. Le *self-care* dépend désormais d'un *self-management*, entendu comme « le fait d'amorcer de façon motivée et de son propre chef l'activité de soin, d'en être responsable, de la contrôler »¹⁷⁷⁸, et non plus d'un *self-help*. Mais ce glissement de sens engendrait un amalgame de deux compréhensions du concept de *self-care* : il était à la fois une conduite autodéterminée et un type de soins différent mais complémentaires des soins professionnels¹⁷⁷⁹. Mais l'articulation de ces deux dimensions reste problématique : le degré d'initiative du sujet est au cœur de la démarche de *self-care* mais apparaît insuffisant pour distinguer les soins profanes des soins professionnels. Pour sortir de ce paradoxe qui qualifiait le *self-care* de pratique qui d'une part dénonce les excès de la médicalisation du système de santé et qui d'autre part s'inscrit comme pratique à part entière de ce système, un dernier glissement de sens fut opéré. Le concept va ainsi être repensé comme un idéal : tout en restant une conduite nécessaire des sujets de santé, il s'élève au niveau d'idéal où l'autonomie demandée par les usagers participe de la rationalisation du système de santé voulu par le monde médical. Il désigne alors la contribution et les responsabilités nouvelles demandées aux individus pour décharger le système de santé et s'impose comme le lieu et le moyen de déploiement de la promotion de la santé. Ainsi, le *self-care* est devenu une exigence de participation aux soins professionnels qui paradoxalement menace l'autonomie, il est aujourd'hui le moyen d'une médicalisation nouvelle de l'individu dans laquelle il est désormais partie prenante.

Bien que peu sensible, comme nous l'avons déjà souligné, aux problématiques anglo-saxonnes de *self-care* et *self-help*, la problématique française connut une évolution similaire à celle décrite par Gagnon et Saillant, mais autour d'une notion propre, celle d'automédication. Si ce néologisme¹⁷⁸⁰ apparut au début des années 1970, désignait au départ, en accord avec son étymologie, « l'administration de soi-même ou par soi-même de médicaments ou d'agents thérapeutiques pour satisfaire une indication déterminée ou produire telle ou telle modification dans la structure ou dans les fonctions de l'organisme »¹⁷⁸¹, elle fut rapidement rattachée à une culture d'autonomie plus vaste. Les

¹⁷⁷⁶ Schumaker, C. J. Jr., 1977, « The health services System: dilemmas and potential Solutions », *Social-Thought*, 3(3), p. 19-30.

¹⁷⁷⁷ Saillant, F., Gagnon, E., 1996, *op. cit.*

¹⁷⁷⁸ *Ibid.*, p. 29.

¹⁷⁷⁹ Haug, M. R., Wykle, M. L., Namazi, K. H., 1989, « Self-care among older adults », *Social Science and Medicine*, 29, 2, p. 171-183.

¹⁷⁸⁰ La notion est née autour de 1973 (Article, « Automédication », *Le Petit Robert*, p. 135).

¹⁷⁸¹ Molina, N., 1988, *L'automédication*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 15.

nombreux travaux¹⁷⁸² qui lui furent consacrés démontrèrent la restriction imposée par une telle définition face à l'ampleur du phénomène et l'étendue de son domaine d'application. En 1978, Paul Albou la définit alors plus largement comme « la conduite d'un individu face à la perception d'une situation problème en rapport avec la santé »¹⁷⁸³. Loin de se limiter à l'administration de produits de type médicamenteux, l'automédication incluait l'auto-information, l'auto-prévention, l'auto-amélioration, l'auto-thérapeutique, l'auto-diagnostic et rejoignait ainsi les domaines du *self-care* déterminés par le Dr. John Fry (1922-1994) lors du symposium fondateur de Copenhague¹⁷⁸⁴. Cette notion qui devait rendre compte du mouvement de prise en charge autonome de sa santé fut, à l'instar de son pendant anglo-saxon, conceptualisé et par là même dépourvue de ses ambitions revendicatives. Le point nodal de cette opérationnalisation se trouve dans la première analyse exhaustive et globale sur les conditions culturelles, sociales, économiques et psychologiques de l'automédication en France¹⁷⁸⁵ que publia Nelly Molina, une jeune docteure en gestion, en 1988. Tout en procédant à une synthèse bibliographique qui mettait en évidence les revendications sociales et politiques du mouvement d'automédication, et notamment la méfiance à l'égard de la médecine et des médecins, elle s'attarda surtout sur la description des processus individuels de recours à cet ensemble de pratiques pour tenter de préciser les manifestations de ce phénomène culturel qui semble varier à l'aune des personnalités et des situations. L'enquête qualitative menée au moyen d'entretiens semi-directifs, auprès de bien-portants et de malades, apporte finalement peu de précisions, si ce n'est que pour maintenir, améliorer ou bien recouvrer leur santé, les individus mobilisent différentes stratégies, qui vont de l'absence d'action à l'ensemble des autotraitements possibles (de la prière à l'absorption de médicaments en passant par le sport, les régimes ou les techniques alternatives de soins), à l'aune de l'autodiagnostic qu'ils opèrent et qui reste « la clé de voûte, l'élément de base » de l'automédication¹⁷⁸⁶. Le constat de Molina est que cette pratique est universelle, car « coextensive de la nature humaine »¹⁷⁸⁷, et ne pourra en ce

¹⁷⁸² Par exemple : Dupuis, J.-P., Karsenty, S., 1974, *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil ; Mizrahi, A., Mizrahi, A., 1976, « L'automédication », Communication présentée au Congrès annuel de la Société française d'Hygiène et de Médecine sociale et de Génie sanitaire, 21-22 octobre 1976 ; Venulet, J., Schulz, P., 1976, « L'automédication », *Médecine & Hygiène*, 1187, p. 443-446 ; Herxheimer, A., 1978, « L'automédication », Fabre, J., (éd.), 1978, *Thérapeutique médicale VI*, Paris, Flammarion, p. 125-127 ; Burellier, M., 1978, *Contribution à l'étude de la non-observance des prescriptions médicales de nature médicamenteuse et à l'étude de l'automédication*, Thèse d'exercice de médecine, Université Jean Monnet, Saint-Étienne ; Delpech, R., 1981, *Enquête sur l'automédication dans la rue et à l'officine*, Thèse d'exercice de pharmacie, Université Bordeaux 2 ; Marchal, F., 1984, *L'automédication*, Thèse d'exercice de pharmacie, Université de Paris-Sud ; Comité national de prévention médicale, 1985, *L'Auto-médication : de la médication familiale à la dérive de la prescription médicale. Colloque du 4-5 octobre 1984*, Neuilly-sur-Seine, Comité national de prévention médicale ; Benmoussa, D., 1986, *De la consultation médicale à l'automédication : Aspects contractuels et rôle du pharmacien*, Thèse d'exercice de pharmacie, Université de Montpellier I ; Berthouloux, A., 1986, *Automédication : dangers, prévention*, Thèse d'exercice de pharmacie, Université de Rennes 1 ; Ray-Daffix, P., 1987, *L'automédication : aspects juridiques*, Thèse de droit pharmaceutique, Université de Clermont-Ferrand I.

¹⁷⁸³ Albou, P., 1978, « L'automédication », III^e Colloque européen de psychologie économique, Augsburg, juillet 1978. Conférence reprise dans Albou, P., 1979, « L'automédication », *Bulletin de psychologie*, 32(18), n° 342, p. 921-935.

¹⁷⁸⁴ Levin, L. S., Katz, A. H., Holst, E., 1976, *op. cit.*, p. 11.

¹⁷⁸⁵ Molina, N., 1988, *op. cit.*.

¹⁷⁸⁶ *Ibid.*, p. 112.

¹⁷⁸⁷ *Ibid.*, p. 197.

sens être bannie, mais qu'elle n'est pas pour autant « une réponse spontanée de l'individu, mais le fait d'un apprentissage où interviennent largement le social et le culturel »¹⁷⁸⁸, ce qui permet d'envisager son encadrement afin de maximiser ses bénéfices et de réduire ses risques inhérents. Elle propose alors différents outils, comme le développement de l'information médicale et médicamenteuse et des outils de diagnostics (algorithmes d'autosoins), l'extension de la prévention ou l'éducation des médecins et des citoyens, afin de développer une « automédication rationnelle ». Fidèle à sa formation disciplinaire, l'auteure rattache en dernière analyse ce concept à la gestion de son capital-santé où l'auto-prévention en assure une préservation et un maintien et l'autodiagnostic et l'autothérapie participe de sa recapitalisation. L'automédication, ainsi envisagée et encadrée, est finalement valorisée comme la conduite idéale de l'usager de santé :

Comme toute conduite l'automédication relève de la volonté (consciente ou inconsciente) de l'individu de réaliser ses possibilités (c'est-à-dire manifester sa capacité de prendre en charge sa santé, à exercer ses responsabilités, etc.), et/ou à réduire ses tensions ou insatisfactions (insatisfactions de la relation médecin-malade, méfiance à l'égard de la médecine, besoin d'une plus grande écoute, besoin de prise en compte de son individualité, besoin d'une réponse immédiate, etc.), qui compromettent son intégrité, son équilibre et le mettent en mouvement¹⁷⁸⁹.

Ce modèle développé par Molina restera une référence en France et sera adopté par l'Ordre des pharmaciens¹⁷⁹⁰, l'Ordre des médecins¹⁷⁹¹, et la Caisse nationale d'Assurance Maladie¹⁷⁹². Un rapport¹⁷⁹³ publié en 2007, à propos des conditions de développement du secteur de l'automédication en France qui concernait alors huit Français sur dix¹⁷⁹⁴ et s'appliquait à un nombre croissant de symptômes et affections¹⁷⁹⁵, poursuit ces recommandations d'une automédication raisonnée, c'est-à-dire encadrée par les professionnels, qu'il convient de valoriser puisqu'elle participe à « la maturation du patient, nécessaire à la qualité des soins »¹⁷⁹⁶.

Pourtant, l'analyse de Molina, à l'instar de la conceptualisation terminale du *self-care*, repose sur une difficulté de taille, car si l'individu est le point nodal de ces pratiques multiples, il ne peut, selon elle, être le fondement conceptuel de l'automédication. Dès lors,

¹⁷⁸⁸ *Ibid.*, p. 30.

¹⁷⁸⁹ *Ibid.*, p. 245.

¹⁷⁹⁰ Parrot, J., 1999, « Le point de vue de l'Ordre des Pharmaciens », Queneau, P., (dir.), 1999, *Automédication, autoprescription, autoconsommation*, Paris, John Libbey Eurotext, p. 74-79.

¹⁷⁹¹ Toulouse, J., 1999, « Le point de vue de l'Ordre des médecins », Queneau, P., (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 70-73.

¹⁷⁹² Ricatte, M., 1999, « Le point de vue de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie », Queneau, P., (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 81-83.

¹⁷⁹³ Coulomb, A., Baumelou, A., 2007, *Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution. Marché, comportements, positions des acteurs*, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011]. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000030/0000.pdf>.

¹⁷⁹⁴ En 2000, 79 % des 1 000 personnes interrogées par l'institut de sondages Opinion Way déclaraient « se soigner par eux-mêmes » occasionnellement ou fréquemment. En 2010, cette pratique concerne 85 % des Français. Auzaneau, N., Rivière, J.-P., 2010, *L'automédication et l'information santé sur internet*, Enquête Opinion Way, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011] http://www.opinion-way.com/pdf/etude_opinionway-doctissimo_sur_1%27automedication-2010.pdf.

¹⁷⁹⁵ *Ibid.*, p. 23.

¹⁷⁹⁶ Coulomb, A., Baumelou, A., 2007, *op. cit.*, p. 13.

elle se trouve contrainte de réaffirmer l'image du médecin et de la médecine, la conception de la relation médicale ou de l'image du médicament comme sources des pratiques d'automédication, faisant ainsi réapparaître l'horizon des revendications sociales qu'elle tentait de contourner. C'est ainsi que finalement et de manière contradictoire puisqu'elle rejette l'autonomie comme revendication politique, elle défend la valorisation de l'automédication comme outil nécessaire à l'intégration de l'autonomie des individus dans le système de soins et pivot d'une amélioration de sa gestion.

Dans sa quête de sens¹⁷⁹⁷, l'automédication a trouvé sa place dans le *self-care* et se voit valorisée comme un comportement social actif des individus dans la santé¹⁷⁹⁸, comme un objectif permettant de maintenir l'autonomie comme un horizon idéal que les sujets ont la responsabilité de poursuivre. C'est dans ce contexte que la démocratie sanitaire a vu le jour, formalisant la prise en charge autonome de soi comme le comportement idéal du citoyen. Renvoyant à un individualisme fort, elle assure la division des revendications critiques à l'égard du discours médical tout en permettant, par une réduction des courts de prise en charge, la pérennité de ce dernier. Comme le résume Henri-Pierre Jeudy, c'est un nouvel ordre sanitaire qui s'est mis en place et où l'économie de la santé « justifie un contrôle de plus en plus coercitif de la vie privée, le corps appartient de moins en moins à chaque individu qui se voit obligé de le considérer comme une marchandise dont il a la responsabilité »¹⁷⁹⁹. Le biopouvoir médical s'est ainsi immiscé au sein même des corps des sujets qui assurent seuls leur contrôle dans une forme d'« auto-bio-pouvoir »¹⁸⁰⁰ les responsabilisant jusqu'à la culpabilisation des comportements. En accord avec le droit des usagers de santé, qui n'est finalement qu'un droit à la participation au maintien du système de soin, le discours médical peut désormais, sans contradiction, militer pour l'autonomisation des individus, voire leur devenir de « médecin de soi-même »¹⁸⁰¹. La culture¹⁸⁰² autonome de santé est paradoxalement devenue le moyen d'assurer la pérennité d'un système de soin¹⁸⁰³ à l'agonie, au moyen d'une subversion de l'autonomie qui, comme idéal dépolitisé, renie tout processus d'autonomisation effectif et transforme le sujet auteur en un expert de la consommation¹⁸⁰⁴ du soin au profit d'un capitalisme du soi¹⁸⁰⁵. Le *self-care* a glissé de l'« auto-santé » politiquement étayée par l'entraide (*self-help*) à une

¹⁷⁹⁷ Burnier, M.-J., Jeanneret, O., 2001, « L'automédication, une pratique en quête de sens : sa place dans le self-care et la promotion de la santé », Buclin, T., Ammon, C., (dir.), 2001, *L'automédication. Pratique banale, motifs complexes*, Genève, Médecine & Hygiène, p. 11-29.

¹⁷⁹⁸ Kickbush, I., 1996, « Self-care in health promotion », *Health Promotion: An Anthology*, Washington, Pan American Health Organisation, p. 211-220.

¹⁷⁹⁹ Jeudy, H.-P., 2008, « Fumée, la fin d'une époque », *Libération*, 1^{er} janvier 2008, p. 28.

¹⁸⁰⁰ Andrieu, B., 2009b, « Quelle autonomie dans l'autosanté ? », Conférence donnée dans le cadre du séminaire de l'axe 5 de la MSH Lorraine à Metz le 11 juin 2009. Non publiée.

¹⁸⁰¹ Hoerni, B., 2011, *op. cit.*

¹⁸⁰² Degos, L., 2007, « Automédication : le patient acteur de sa santé », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 191 (8), p. 1503-1508, ici, p. 1506.

¹⁸⁰³ Sir John Oldham du NHS vantait récemment les bénéfices de l'automédication à l'égard de la question des dépenses de santé, Oldham, J., 2011, « Patient, heal thyself. A bottom-up approach to the biggest problem in government », *The economist*, 17 mars 2011, [en ligne, consulté le 1er septembre 2011], <http://www.economist.com/node/18359932>.

¹⁸⁰⁴ Wallach, M., 2001, « "Automédication responsable" : un partenariat pharmaciens-industriels pour le bienfait des consommateurs », Buclin, T., Ammon, C., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 167-171.

¹⁸⁰⁵ Andrieu, B., 2009a, « Vers l'auto-santé : le capitalisme du soi corporel », Py, B., Spitz, E., (dir.), 2009, *Questions d'évaluation en santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, p. 127-145.

« autosanté » comme culture marchande et technique du soin de soi en pleine expansion¹⁸⁰⁶, notamment grâce à Internet¹⁸⁰⁷.

Aux limites de l'autonomie : la transformation du *self-care* en *self-tracking*

L'exemple le plus extrême de cette nouvelle culture d'autonomie peut être trouvé dans le mouvement de *self-tracking* qui s'est développé aux États-Unis et qui s'installe aujourd'hui progressivement en France¹⁸⁰⁸. Magnifiant la libéralisation technologique du *self-care*, ce mouvement consiste à « pister », à mesurer chaque facette de son existence, de l'humeur à la douleur en passant par le sommeil, le pouls ou la pression sanguine, au moyen d'appareils électroniques et de logiciels spécifiques et ce afin de maintenir, d'améliorer ou de recouvrer la santé. La mesure, majoritairement automatisée, de chaque bruissement corporel, de chaque élément de l'existence, par le biais de dispositifs électroniques, permettrait, selon les adeptes de cette mouvance, d'assurer l'amélioration de la santé. Il s'agit de se connaître soi-même grâce aux chiffres ainsi que l'explique le nom du site Internet, quantifiedself.com, créé en 2007 par Wolf et son collègue Kevin Kelly afin de synthétiser, sous forme de diagrammes, les données bio-psycho-sociales acquises par les divers appareils¹⁸⁰⁹. Le *self-tracking* revendique de mesurer le corps, les mouvements organiques et même l'esprit¹⁸¹⁰, et ce de manière entièrement autonome.

Larry Smarr, pionnier de l'Internet, est devenu le porte-drapeau mondial de ce mouvement de patients-experts 2.0. suite à une expérience de près de 10 ans consistant à quantifier, progressivement mais de manière exponentielle, son propre corps, au point d'en faire une véritable routine¹⁸¹¹ qui lui permit de découvrir, de manière autonome, la maladie dont il était le porteur. Souhaitant en 2001 perdre du poids, il commença par se peser chaque jour et par s'intéresser à sa nourriture, tout en débutant en parallèle un entraînement physique sous le contrôle d'un coach. Rapidement, il comprit qu'il devait adapter sa nourriture au système biochimique de son organisme et commença donc à quantifier la nourriture (poids, apports calorifiques, *etc.*) qu'il ingérait et à monitorer ses séances

¹⁸⁰⁶ Andrieu, B., 2010, « S'auto-santer. Une éducation à l'agentivité », non publié, [en ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011] <https://plone2.unige.ch/aref2010/symposiums-longs/coordonateurs-en-p/education-et-sante-4eme-partie-representations-des-acteurs/Sauto-santer.pdf/view>.

¹⁸⁰⁷ Notons que les sites d'information santé édités par des professionnels appartiennent pour la majorité à des grands groupes industriels. [Doctissimo.fr](http://doctissimo.fr), l'un des sites les plus visités, appartient au groupe Lagardère Active et revendique sa nature publicitaire : « Doctissimo peut mettre en avant des contenus du groupe Lagardère » (http://www.doctissimo.fr/qui_sommes_nous.htm [consulté le 1^{er} septembre 2011]). Un nouveau partenariat médecine-industrie voit ainsi le jour en l'absence de toute « transparence financière » et d'« honnêteté de la publicité et de la politique éditoriale », comme le dénonçait en juin 2011, le Dr Dupagne, webmestre du site atoute.org. Voir, Jeanblanc, A., 2011, « Les sites santé “de qualité” appelés à refuser la certification HON », *Le point*, 11 juin 2011 [en ligne, consulté le 15 octobre 2011] http://www.lepoint.fr/chroniqueurs-du-point/anne-jeanblanc/les-sites-sante-de-qualite-appelles-a-refuser-la-certification-hon-11-06-2010-465743_57.php.

¹⁸⁰⁸ Emmanuel Gadenne prépare actuellement un ouvrage à ce propos à paraître chez FYP Éditions en mai 2012 : Le guide pratique du Quantified Self. Mieux gérer sa vie, sa santé, sa productivité.

¹⁸⁰⁹ Il en existe plus de 500 différents : <http://quantifiedself.com/guide/> [consulté le 15 juin 2012].

¹⁸¹⁰ Wolf, G., 2009, « Know Thyself », *Wired*, July 2009, p. 92-95, ici, p. 95.

¹⁸¹¹ Smarr, L., 2011, « Quantified Health: Towards digitally enabled genomic medicine a 10-year detective story of quantifying my body », *The Strategic News Service Newsletter*, 14(10), “A 10-year Detective Story Of Digitally Enabled Genomic Medicine”, September 30, 2011. [en ligne, consulté le 1^{er} juin 2012] http://lsmarr.calit2.net/repository/092811_Special_Letter_Smarr.final.pdf, p. 3.

d'exercice grâce à un podomètre et un compteur électronique de calories, afin de limiter ses apports calorifiques en augmentant sa dépense calorique. Découvrant ensuite le rôle du sommeil sur la consommation journalière de calories, il se pencha sur la qualité de ses nuits grâce à un appareil de mesure le Zeo qui mesure les phases du sommeil sous forme de diagrammes comparables en ligne aux mesures de milliers d'utilisateurs (selon son âge, son sexe, son poids, *etc.*). L'efficacité constatée de ces mesures de poids, de nourriture, de sommeil, invita Smarr à opérer la quantification de sa chimie sanguine en faisant tester huit fois par an son sang et en stockant les informations dans un tableur informatique. À l'aune de ces résultats, il adapta encore plus finement son alimentation, notamment grâce à des compléments alimentaires. Il s'intéressa alors à son cholestérol, facteur majeur de risque de crise cardiaque dans les cas d'obésité, en faisant tester par une société en ligne¹⁸¹² le ratio entre les oméga-3 et les oméga-6. Ces tests mirent en évidence que son « bon cholestérol » restait stable alors que son « mauvais cholestérol » avait baissé de 20 %. Il s'adressa alors à son cardiologue qui lui proposa le Crestor, un médicament anti-cholestérol. Adaptant progressivement les doses médicamenteuses à l'aune des mesures sanguines qu'il faisait régulièrement, Smarr put constater la réduction de près de 30 % son taux de cholestérol. Son médecin lui conseilla ensuite de mesurer sa concentration sanguine dans ses artères coronaires afin de savoir si ces dernières avaient déjà subi les ravages du cholestérol, autrement dit si elles étaient déjà en partie bouchées. Ce nouveau test, adjoint aux résultats des autres, convint Smarr que son risque de crise cardiaque était résolument réduit. Son esprit de scientifique¹⁸¹³ l'enjoignit à tester cette hypothèse en mesurant de nouvelles variables. Il s'attacha alors à observer la protéine C-reactive (CRP), un marqueur sanguin mesurant l'infection et découvrit que malgré ses efforts son taux de CRP avait doublé en deux ans. Son corps était infecté de manière chronique ! Mais sans symptômes visibles, il ne pouvait être pris en charge médicalement. Ce n'est que quelques semaines plus tard, en entrant à l'hôpital à cause d'une douleur à l'abdomen que Smarr découvrit qu'il subissait d'une diverticulose aiguë¹⁸¹⁴. La coloscopie réalisée à l'hôpital, combinée avec un test de selles sur Your Future Health lui confirma la présence d'une infection chronique de son colon. Smarr s'interrogea alors sur l'origine de son pseudopolype inflammatoire. Une recherche sur Internet lui signala le lien de cette affection avec les maladies inflammatoires intestinales. L'augmentation de son taux de lactoferrine¹⁸¹⁵ lui confirma cette hypothèse et l'orienta vers le Dr. William Sandborn, spécialiste de ces questions. La nature auto-immune de ce type de maladies décida Smarr à réaliser une analyse de son ADN au moyen de 23andme.com, une compagnie qui offre en ligne des analyses génomiques. Elle lui révéla l'existence d'une anomalie génétique qui accroissait son risque d'être atteint d'une maladie de Crohn. La compréhension des raisons d'activation de sa réaction auto-immune nécessitait d'étudier plus précisément la flore microbienne de son colon, ce que Smarr réalisa grâce à des envois réguliers de selles à Your Future Health, mais une dernière étape, le séquençage métagénétique des microbes présents dans cette flore, ne pouvait être fournie par aucune compagnie. Smarr intégra donc, pour pallier ce manque, une étude scientifique en cours de réalisation encore aujourd'hui.

¹⁸¹² <http://www.yourfuturehealth.com/> [consulté le 1^{er} juin 2012].

¹⁸¹³ Il a longtemps travaillé en tant que physicien sur la théorie de la relativité.

¹⁸¹⁴ Présence de hernies muqueuses sur le colon.

¹⁸¹⁵ Glycoprotéine jouant un rôle dans la réponse immunitaire des cellules.

Cette aventure de dix années de *self-tracking* laisse entrevoir les possibilités de suivi autonome de sa santé au moyen des dispositifs techniques offerts par un marché de soin immense. Smarr défend d'ailleurs l'idée selon laquelle la combinaison de graphiques à tendance révélatrice de séries temporelles de relevés biochimiques individuels avec la comparaison d'échelles populationnelle à des personnes ayant différents problèmes de santé est en train de transformer la recherche et la clinique médicales faisant ainsi naître un nouveau paradigme. Mais ce qui apparaît clairement ici, dans la perspective d'analyse qui est la nôtre, c'est le redoublement de la responsabilité attenante au sujet : s'il lui revenait auparavant d'opérer les changements nécessaires à sa santé, il se doit aujourd'hui également d'assurer lui-même (et à ses frais) le suivi de son organisme et des déviations qu'il peut connaître à l'égard de la tendance populationnelle, non plus seulement dans le cadre de la prévention ou au traitement des maladies chroniques, mais plus généralement en vue du maintien global du bien-être. Certes Smarr insiste sur le fait que ce *self-tracking* n'est pas individualiste et que ceux qui le pratiquent partagent leurs données, échangent sur leurs analyses et collaborent sur de nouvelles manières de les utiliser¹⁸¹⁶, mais l'utilisation même des sites de partage¹⁸¹⁷ laisse entrevoir au contraire un renforcement de la perspective individualiste. Le *self-tracking* est une démarche d'expérimentation de soi, une expérience propre, qui bien que partagée, vise avant tout le changement de soi, plus que le changement du système de soins. Le but visé est le devenir programmable du sujet¹⁸¹⁸ dans la droite ligne de l'« autodesign de soi » qui qualifie l'autosanté¹⁸¹⁹. Mais ce qui peut apparaître comme une pratique d'apomédiation, voire de désintermédiation complète puisque c'est sur l'individu et sur lui seul que repose l'exigence de la santé masque en fait une reproblématisation de l'autonomie. Le retour réflexif sur soi ne s'opère qu'au moyen de dispositifs extérieurs de l'ordre des technologies, numériques ou de soi, proposés par un marché de soins prospère. Et si ce recours aux technologies de santé se revendique pratique d'autonomie, c'est parce que le mythe technique y fonctionne pleinement. En effet, tout en s'imposant comme la ressource première du rapport à sa santé, le tiers technique ainsi rendu omniprésent se veut invisible. Oubliant la médiation technologique, les *self-trackers* revendiquent un accès direct à soi, alors même que l'ensemble de leurs pratiques repose sur une nouvelle relation médicale sujet de santé-industrie. Comme le souligne Emmanuel Gadenne¹⁸²⁰, pionnier français du *Quantified Self*, l'univers de ce nouvel usager de santé qu'est le *self-tracker* est « éco-système de starts-ups »¹⁸²¹. Ainsi, paradoxalement et silencieusement, la valorisation extrême de l'autonomie en matière de santé a mené au développement d'une culture apolitique d'hétéro-médication¹⁸²², où le tiers technique est central.

¹⁸¹⁶ A « collaboration of users and tool makers who share an interest in self knowledge through self-tracking » <http://quantifiedself.com/about/> [consulté le 1^{er} juin 2012].

¹⁸¹⁷ www.quantifiedself.com ou www.openyou.org [consulté le 1^{er} juin 2012].

¹⁸¹⁸ Trotter, F., 2012, « The rise of programmable self. Quantifying your changes + motivational hacks = programmable self », [en ligne, consulté le 2 juin 2012] <http://radar.oreilly.com/2012/01/programmable-self-motivation-hacks-digital-data.html>.

¹⁸¹⁹ Andrieu, B., 2009a, *op. cit.*

¹⁸²⁰ www.webusage.net

¹⁸²¹ Gadenne, E., 2011, « Le Quantifiedself » [en ligne, consulté le 2 juin 2012] <http://plateautele.francetv.fr/com/2011/04/19/le-quantifiedself-par-emmanuel-gadenne/>.

¹⁸²² Andrieu, B., 2010, *op. cit.*, p. 6.

L'ambigu patient-expert

La situation actuelle des sujets de santé se qualifie finalement par une extrême ambigüité dont rend compte l'émergence récente de la notion de patient-expert¹⁸²³. Encore peu conceptualisée, cette figure qui recouvre différentes réalités¹⁸²⁴ veut magnifier la démocratisation de l'usager de santé actif à l'ensemble des individus, indépendamment de leur engagement associatif militant. Mais ce mouvement de valorisation du patient-expert opère une double réduction en faisant de l'activité de recherche d'informations une exigence nouvelle s'imposant aux patients tout en limitant cette activité dans le champ de l'expert-profane¹⁸²⁵ ou du profane-soignant¹⁸²⁶. Le « Cadre de coopération avec les associations de patients et d'usagers »¹⁸²⁷ produit par la Haute Autorité de Santé, institution prescriptive des normes de régulation du système de santé, pour préciser les conditions d'intervention des usagers dans la gestion du système de soins, explicite cette normalisation nouvelle de la figure du patient contemporain. Les trois grands principes qui y sont mis en avant sont : la reconnaissance et la formalisation de l'expertise des patients et usagers, l'harmonisation des règles de sélection des associations qui seules peuvent être présentes dans les négociations et la transparence des règles de sélection et de fonctionnement de cette coopération. La figure du patient-expert est ainsi dessinée, mais moins comme celle d'un individu détenteur de savoirs spécifiques que vis-à-vis des droits et des responsabilités qui incombent à ce nouveau statut de témoin et de spécialiste. Tout en reconnaissant l'expertise du patient et en ouvrant ainsi un espace de parole nouveau, l'institution médicale s'empresse d'insister sur la formalisation de ce rôle et ainsi de restreindre le territoire précédemment dévoilé. La relation entre les patients-experts et le système de soins est contractualisée pour faire de ces derniers de simples consultants. Comme le résumait Alexia Jolivet et Consuelo Vásquez : « Si l'organisation se déplie pour le nouvel acteur, ce dernier se plie à l'organisation pour pouvoir en faire partie »¹⁸²⁸. Autrement dit, tout en reconnaissant aux patients leur qualité d'auteur, leur autorité est d'emblée restreinte par un cadre organisationnel strict les déterminant dans un rôle nouveau de patient-profane autonome¹⁸²⁹ réactivant le mythe technique du discours médical. Comme le résume Jean-Paul Gaudillière et ainsi que nous avons pu le constater dans l'exemple du cas de Larry Smarr :

¹⁸²³ Guimelchain-Bonnet, M., 2010, « Le patient expert, un partenaire pour le soignant », *L'aide soignante*, vol 24, 115, p. 9-10 ; Collectif, 2010, « Le patient expert », *Diabète et Obésité*, Vol 5, n° 40, p. 194-208 ; Shaw J., Baker, M., 2004, « Expert patient - dream or nightmare ? », *British Medical Journal*, 328, p. 723-724 ; Soulez Barselo, E., 2010, « Le patient expert, un nouveau partenaire », *Pharmaceutiques*, n° 180/9, p. 134-136.

¹⁸²⁴ Grimaldi, A., 2010, « Les différents habits de l'«expert profane» », *Les Tribunes de la santé*, 27, p. 91-100 [en ligne, consulté le 20 février 2012] www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-2-page-91.htm.

¹⁸²⁵ *Ibid.*

¹⁸²⁶ CFES, 1985, « Recherches en sciences humaines et éducation pour la santé », *Actes du colloque de Dourdan*, Cogito.

¹⁸²⁷ Haute Autorité de Santé, 2008, *Cadre de coopération avec les associations de patients et d'usagers*, [en ligne, consulté le 20 février 2012] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_660855/cadre-de-cooperation-avec-les-associations-de-patients-et-dusagers.

¹⁸²⁸ Jolivet, A., Vásquez, C., 2011, « Reconfiguration de l'organisation : suivre à la trace les figures textualisées – le cas de la figure du patient », *Études de communication*, 36, p. 129-146.

¹⁸²⁹ Méadel, C., Akrich, M., 2010, *op. cit.*

[...] l'expert profane partage tous les présupposés des scientocrates (recherche de la valorisation à court terme, confusion entre science et technique, jugement des savoirs par leurs usages). Il n'exprime de critique que sur des aspects tactiques des conditions dans lesquelles tel ou tel résultat est élaboré et monopolisé¹⁸³⁰.

La figure de l'expert ne rend donc pas compte du caractère surinformé, loquace, mobile et décidé¹⁸³¹ de sujets de santé arrivés à « majorité », à l'âge de la « maturité », mais les renvoie au contraire dans une minorité médicalement encadrée où leurs qualités propres deviennent des normes contraignantes de la figure du bon patient¹⁸³². Loin de la révolution annoncée¹⁸³³, l'inclusion du patient au cœur du processus de soin, par le biais de sa figure concrètement absente et abstraite de sujet autonome, laisse entrevoir, comme le note Antonio Casilli, une victoire de la rationalité biomédicale parvenue à la fois à surmonter les obstacles des années 1980-1990, et à détourner à son profit les usages autonomes et leurs promesses¹⁸³⁴. Seulement, cette reterritorialisation terminale avait pour insoupçonnable pendant la déstabilisation définitive du socle sociopolitique d'autonomie professionnelle du discours médical.

¹⁸³⁰ Gaudillière, J.-P., 2006b, « La culture scientifique et technique entre amateurs et experts profanes », *Alliage*, 59, p.3-9 [en ligne, consulté le 20 février 2012] <http://www.tribunes.com/tribune/alliage/59/page1/page1.html>.

¹⁸³¹ Barbot, J., 2002, *op. cit.*, p. 11.

¹⁸³² Fainzang, S., 2010, « Qu'est-ce qu'un bon patient ? Un patient autonome, mais pas trop... », Crignon-De Oliveira, C., Gaille, M., (dir.), 2010, *op. cit.*, p. 106-116.

¹⁸³³ Fagot-Largeault, A., 2011, « Préface », Hoerni, B., 2011, *op. cit.*, p. 9-12, ici, p. 9.

¹⁸³⁴ Casilli, A. A., 2009, *op. cit.*, p. 188.

L'USAGER CONTEMPORAIN OU LA FIN DE L'HOMME NORMAL

*Il fut un temps où, quand le malade appelait le médecin, le médecin décidait, et le malade obéissait. Ce temps est révolu*¹⁸³⁵.

La généalogie du discours d'autonomie des sujets de santé que nous avons réalisée, nous a permis de suivre, du premier tiers du XX^e siècle jusqu'aux limites de notre actualité, l'émergence de la notion d'usager de santé. Cette figure spécifique, pouvant qualifier tant les malades que les bien-portants, s'est forgée à mesure que prenait forme une territorialisation médicale issue du milieu social. Par le biais de nouveaux usages, notamment des pratiques médicales alternatives, les sujets ont pris une part active dans le développement du système de santé, s'affirmant ainsi acteurs¹⁸³⁶ tant au niveau individuel que collectif. Valorisant ainsi une conception critique du corps, du sujet, de la maladie, de la santé et de la médecine, ils ont concrétisé une ontologie et une épistémologie propres invitant à la formation d'un système de santé différent, fondé sur un nouveau modèle de soin partagé, centré sur l'autonomie et l'universalité¹⁸³⁷. Du parcours individuel de soins à l'ambition de fonder des structures correspondantes, les usagers de santé ont émergé comme figure sociale dès lors que les sujets se sont positionnés comme auteurs, autrement dit « cause première ou principale »¹⁸³⁸ de leur santé. Cette autorité symbolique autant qu'effective ne pouvait manquer de rencontrer une vive résistance de la part des auteurs officiels du discours médical qui voyait leur propre autorité remise en cause par cette territorialisation croissante. Seule la politisation du discours des usagers pouvait permettre son affirmation et sa progressive formalisation. L'épidémie de sida, au cours de laquelle l'autorité médicale officielle fut mise à mal, vit se concrétiser, publiquement et politiquement, l'opposition frontale des deux formations discursives autour de la problématisation de la nécessaire participation des usagers. La conséquence de cette confrontation fut l'inclusion des usagers de santé dans le système de soin par la modification des conditions d'exercice du discours officiel. Seulement, la géographie nouvelle, propre aux sujets de santé, qu'avait dessinée l'épidémie de sida¹⁸³⁹, a été réinvestie par le discours médical professionnel, au point de se concrétiser à l'aune d'une cartographie technique contre laquelle elle s'était pourtant élevée. La reconnaissance institutionnelle de la notion d'usager marque une rupture. Si cette réorganisation des territoires, en forme de subversion, apparaît comme une victoire de la rationalité biomédicale, il ne faut pas pour autant oublier que toute réorganisation des territoires implique une transformation du milieu. Dès lors, le retour des sujets de santé à un rôle de patients-profanes ne doit pas nous laisser croire que le stable trépied socio-médico-politique

¹⁸³⁵ Fagot-Largeault, A., 2011, *op. cit.*, p. 9.

¹⁸³⁶ Le *Trésor de la langue française* définit l'acteur comme « celui qui joue un rôle important, qui prend une part active à une affaire » (Article « Acteur », *TLFi*).

¹⁸³⁷ Illich, I., 1975, *op. cit.*, p. 80 : « Le pouvoir médical de conférer le rôle de malade a été dissous par la prétention de délivrer des soins universels ».

¹⁸³⁸ Le *Trésor de la langue française* définit l'auteur comme « celui ou celle qui est la cause première ou principale d'une chose » (Article « Auteur », *TLFi*).

¹⁸³⁹ « C'est ainsi qu'ont été repérées les conditions d'exercice de nos responsabilités, les espaces de possibles, les seuils, les limitations nécessaires ; cette *géographie* pratique, morale et mentale », Hirsch, E., 1994, *op. cit.*, p. 147.

de la biopolitique que l'on avait vu vaciller, puis choir sous le poids des malades¹⁸⁴⁰, s'est réinstauré. Bien au contraire, la formalisation de l'usager de santé, coextensive à la conceptualisation de la culture d'autonomie, a définitivement concrétisé le hiatus creusé entre la territorialisation biopolitique du discours médical et le milieu social qu'elle visait à agencer. Le recours à la notion d'usager, opéré par la rationalité médicale, marque un point de non-retour : le corps social de la rupture de cette dernière avec un corps social, car c'est sur cette figure que reposait l'ensemble de l'architecture biopolitique qui assurait à la médecine son statut.

L'usager comme point de rupture

À la fois figure juridico-administrative, émergeant à la fin des années 1970¹⁸⁴¹ pour se concrétiser dans le champ de la santé en mars 2002, et figure politique relative à une histoire des mouvements sociaux¹⁸⁴², l'usager repose, depuis son apparition, sur un fragile équilibre. Comme le souligne Mathieu Potte-Bonneville, loin de se recouvrir, ces deux origines placent d'emblée l'usager dans un double écart qui en qualifie la figure :

[...] écart entre l'intention des textes juridiques et la latitude qu'ils laissent à l'interprétation ; écart entre l'évolution prescrite par le droit au fonctionnement administratif, et celle qui se produit effectivement – dans l'autre sens – au sein des établissements [de prise en charge]¹⁸⁴³.

La figure politique de l'usager est donc en constante extériorité à l'égard de ses dimensions administratives et juridiques. En ce sens, il ne peut être compris qu'au travers de la série des luttes « par lesquelles ceux qui sont exposés à certains mécanismes collectifs brandissent les effets de cette action sur leur existence concrète, revendiquent une connaissance experte du pouvoir qu'ils subissent, exigent que celui-ci s'exerce autrement »¹⁸⁴⁴. L'usager incarne la tension entre la normativité du milieu social et la normalisation du gouvernement politique. Il est la figure biopolitique par excellence.

En effet, ainsi que nous l'avons déjà explicité, la biopolitique des populations, poursuite de l'anatomopolitique disciplinaire des individus, déplace les rapports de la norme à l'objet normé pour établir la primauté de la régulation sur l'individuation. Dans la perspective disciplinaire, la norme apparaît comme préalable à la normation des individus, tandis que dans le gouvernement biopolitique, la norme se fait jour comme le résultat d'une analyse des comportements de l'ensemble des individus pris en population à l'aune de la distinction du normal et de l'anormal. La normalisation biopolitique régule les usages qui se font jour dans la sphère publique, faisant ainsi des individus les instruments et les objets de la norme. En ce sens, la figure juridico-administrative de l'usager répond à une perspective disciplinaire où la norme des usages est fixée et où il est demandé aux individus de l'intérioriser, tandis que la figure politique relèverait plutôt d'une tentative d'affirmation

¹⁸⁴⁰ « Le sida invente le poids, le rôle des malades dans l'organisation des soins », Gabriel Bez, responsable de la mission sida au ministère des Affaires sociales de la santé et de la ville, cité par Hirsch, E., 1994, *op. cit.*, p. 58.

¹⁸⁴¹ La loi du 17 juillet 1978 instituant l'accès aux documents administratifs fait apparaître la notion dans le *Code civil*.

¹⁸⁴² Jeannot, G., 1998, *L'usager des services publics*, Paris, Presses Universitaires de France.

¹⁸⁴³ Potte-Bonneville, M., 2007, « Usages », Artières, P., Potte-Bonneville, M., 2007, *D'après Foucault. Gestes, luttes, programmes*, Paris, Les prairies ordinaires, 2012, Éditions Points, p. 343-375, ici, p. 347.

¹⁸⁴⁴ *Ibid.*

libérale de normes, engageant la production par la gouvernementalité biopolitique d'une normalisation nouvelle. L'équilibre fragile qui qualifie l'usager est celui de la discipline à la biopolitique.

L'éviction, dans la constitution contemporaine de la figure de l'usager de santé, des revendications politiques mises en exergue par les luttes sociales, annonce donc la séparation de la perspective biopolitique de ses fondements disciplinaires. En évacuant les usages politiques des normes administratives et juridiques de sa conceptualisation de la notion d'usager, le discours médical a définitivement rompu avec le corps social et c'est l'ensemble de la biopolitique qui perd ainsi son objet d'application. Le corps social, marqué par les lignes de fuite que la territorialisation des sujets de santé avait esquissées, se trouve alors contraint à s'autoréguler afin d'assurer à ses membres une individuation. Ainsi, la formalisation de l'usager de santé, en marquant la rupture consommée entre la territorialisation biopolitique du discours médical et le milieu social qu'elle visait à agencer, s'affiche comme l'outil de concrétisation d'une configuration sociale inédite.

De la société disciplinaire à la société de contrôle

Dans l'ordre des disciplines, nous l'avons vu, l'autonomie individuelle parvenait à se maintenir à l'égard de la domination collective par le biais de la politique et de la fonction-sujet citoyen. C'est ainsi que la médecine pouvait prélever des cas et les intégrer à son discours en les renvoyant à une fonction plus générale. En termes deleuziens, nous pouvons dire que les machines concrètes s'articulaient alors aux machines abstraites, de manière telle que le territoire pouvait s'agencer¹⁸⁴⁵ au milieu d'où il était prélevé. Seulement, ces prélèvements avaient pour caractéristique de ralentir les flux et de pénaliser le fonctionnement de l'ensemble. La « segmentation individualisante »¹⁸⁴⁶ qui qualifiait le pouvoir disciplinaire a eu tendance à ralentir la mise en série de ces mêmes segments, engendrant ainsi leur abandon au profit des seules séries. La normalisation a finalement gagné sur une normativité que la discipline, comme exercice de normation, permettait encore, même si c'était pour la redresser. Comme le résume Didier Ottaviani, « la normalisation marque la fin nécessaire des disciplines, car elle suppose une homogénéisation si parfaite qu'elle ne permet pas de répondre à l'irruption de la nouveauté »¹⁸⁴⁷. C'est dans ce contexte que la biologie délaissa progressivement les individus au profit des séries génétiques inhérentes à la théorie de l'évolution, engageant ainsi le remplacement de l'alliance politique entre individu et collectif par une alliance techno-scientifique. L'abandon de la perspective disciplinaire des individus ne permit plus à la médecine de rendre compte des mouvements sociaux qui lui étaient relatifs et qui manifestaient une dynamique spécifique du vivant ayant pour caractéristique d'échapper aux séries constituées. Du fait de leur double nature, les disciplines modernes se sont progressivement trouvées en décalage avec la contemporanéité et ne parviennent dès lors plus à concilier les perspectives individuelles et les perspectives collectives à l'aune d'un processus d'individuation stable. Autrement dit, les lignes de déterritorialisation inhérentes

¹⁸⁴⁵ Deleuze oppose aux machines abstraites, les agencements qui « prélèvent sur les milieux un territoire », Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 629.

¹⁸⁴⁶ Ottaviani, D., 2003, « Foucault-Deleuze : de la discipline au contrôle », Da Silva, E., (dir.), 2003, *Lectures de Michel Foucault II : Foucault et la philosophie*, Lyon, ENS Éditions, p. 59-73, ici, p. 60-64.

¹⁸⁴⁷ *Ibid.*, p. 67.

aux agencements ne pouvaient plus être reterritorisées par l'homogénéisation des machines abstraites qui fonctionnaient désormais seules. C'est ainsi que les pointes de déterritorialisation, telles que l'émergence du patient/agent, entrèrent en conflit avec les segmentations sérielles rigides. L'hypertélie¹⁸⁴⁸ des disciplines – c'est-à-dire le fait qu'elles s'adaptent en fonction d'un milieu supposé fixe – les a donc conduites à leur perte et a amorcé leur débordement par la biopolitique qu'elles avaient pourtant rendue possible. Tout comme le pouvoir souverain fut dépassé par son propre fonctionnement – l'exemplarité des supplices étant trop onéreuse et pas assez efficace – le fonctionnement du pouvoir disciplinaire fut mené à ses propres limites par la modification de son milieu d'application. Le truchement s'est opéré lorsque les usagers, qui s'étaient contentés de revendiquer des usages propres à leur expérience spécifique, celle de la maladie, ont organisé ce que Mathieu Potte-Bonneville nomme des « contre-usages »¹⁸⁴⁹, autrement dit une utilisation différente des usages normés. Au cours de l'épidémie de sida, la dynamique de la normativité sociale a définitivement submergé la statique de la normalisation gouvernementale.

Cette mutation interne de la biopolitique a été perçue par Deleuze lorsqu'il proposa, suite à l'annonce foucauldienne de la crise des sociétés disciplinaires¹⁸⁵⁰, de qualifier nos sociétés contemporaines de sociétés de contrôle¹⁸⁵¹. C'est la modification du capitalisme qui est, selon lui, à l'origine de ce bouleversement. Tout comme la naissance du capitalisme avait accéléré le passage de la souveraineté à la discipline¹⁸⁵², la transition de ce capitalisme « compressif » originaire à un capitalisme « dispersif » engendre, selon le philosophe, le glissement du disciplinaire au contrôle¹⁸⁵³. Du capitalisme de stocks et d'accumulation fondé sur le travail humain et sa réification, tel qu'on le trouve dénoncé chez Karl Marx¹⁸⁵⁴ (1818-1883), nous sommes passés à un capitalisme qui relègue la production de l'acte humain comme un sous-facteur des richesses. Ce capitalisme contemporain gère des flux, et en maintient toujours la circulation en ne les faisant plus reposer sur des individus mais sur des réseaux d'influence que sont les multinationales. La discipline comme orientation de virtualités vers une norme a disparu et a laissé place à un contrôle des virtualités directionnelles capable d'intégrer toutes les mutations du réel¹⁸⁵⁵. Ainsi, en imposant le flux comme modèle, le contrôle permet une meilleure gestion des lignes de déterritorisations, mais déplace les conditions d'individualisation des sujets.

¹⁸⁴⁸ « L'hypertélie survient lorsque l'adaptation est relative à un donné existant avant le processus d'adaptation : une telle adaptation court en effet après les conditions qui la devancent toujours, parce qu'elle ne réagit pas sur elles et ne les conditionne pas à son tour », Simondon, G., 1989, *Du mode d'existence des objets techniques*, Paris, Aubier, 3^e édition, p. 56.

¹⁸⁴⁹ Potte-Bonneville, M., 2007, *op. cit.*, p. 367.

¹⁸⁵⁰ Foucault, M., 1978b, « La société disciplinaire en crise », *Asahi Jaanaru*, 20^e année, n° 19, 12 mai 1978 (Conférence à l'Institut franco-japonais de Kansai, à Kyoto, le 18 avril 1978), *Dits et écrits*, texte 231, vol. 2, p. 532-534.

¹⁸⁵¹ Deleuze, G., 1990, « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle », *L'autre journal*, n° 1, mai 1990, Deleuze, G., 1990/2003, *Pourparlers*, Paris, Éditions de Minuit, 2009, p. 240-247.

¹⁸⁵² Sur le rôle du capitalisme dans le passage d'un pouvoir à l'autre, voir Foucault, M., 2004a, *op. cit.* et Foucault, M., 2004b, *op. cit.*

¹⁸⁵³ Deleuze, G., 1990, *op. cit.*, p. 245.

¹⁸⁵⁴ Marx, K., 1867, *Le Capital : critique de l'économie politique*, Paris, Éditions sociales, 1977, trad. fr. J. Roy.

¹⁸⁵⁵ Ottaviani, D., 2003, *op. cit.*, p. 68.

Le sujet interfacé comme homme du contrôle

D'un modèle anthropocentré où l'homme était individualisé au moule de la norme, nous sommes en effet passés à un modèle où l'homme n'est plus au cœur du dispositif. Ne parvenant plus à faire de leurs usages la source de la normalisation, et donc l'horizon de leur individuation – du fait de la destitution du maillage disciplinaire – les individus vivent une situation de décalage, ouverte par la séparation du disciplinaire et de la biopolitique. Ils se trouvent plongés dans un milieu où ni les institutions disciplinaires, ni les régulations biopolitiques ne parviennent plus à strier l'espace et où seuls le marché et ses flux financiers servent de repères temporaires d'individuation. Pris dans les flux de régulation, les sujets ne parviennent plus à fixer leur singularité individuelle de manière définitive et restent en suspens dans le hiatus ouvert par la séparation du disciplinaire et du biopolitique. Dans les sociétés de contrôle, nous dit Deleuze, « on n'en finit jamais avec rien »¹⁸⁵⁶. On comprend mieux, dès lors, l'apparition de mouvement de territorialisation tel que le *quantified-self* où l'individu est immergé dans un marché de soins cherchant, à tâtons et de manière indéfinie, les moyens de se qualifier comme sujet. À l'image de Larry Smarr, l'homme du contrôle est ondulatoire, mis en orbite ou sur faisceau continu d'informations. Homme du continu, l'individu potentiellement contrôlable¹⁸⁵⁷ ne se réfère plus à aucun point d'actualité : sa virtualité individuelle est laissée entièrement à elle-même sur une ligne de virtualité amorphe qui fixe elle-même ses points d'actualité¹⁸⁵⁸. Autrement dit, les modalités d'individuation qui auparavant été fixées par les enjeux disciplinaires se trouvent aujourd'hui virtualisées, c'est-à-dire définies, parfois de manière multiple, dans le mouvement même de leur réalisation. Nous sommes aujourd'hui parvenus à une situation où la fonction-sujet ne s'épingle plus exactement sur le corps¹⁸⁵⁹, mais où les gestes, les déplacements, les discours, les forces et les places désignent autant d'épinglages possibles de cette fonction-sujet au corps et donc autant d'identités corporelles possibles se déployant sur la base de « dividiuels » préformés en vue de leur contrôle possible. La multitude des cyborgs ordinaires que sont ces hommes auto-déformés prêts à être modulés par un contrôle probable a remplacé la série des hommes normaux moulés par la discipline. L'homme déterminé et ordonné à la chaîne de ses semblables des disciplines a en effet laissé place à un homme du contrôle « pur électron inséré dans le flux, tout à la fois individualisé au maximum et respectueux d'une hiérarchie qui ne lui est plus extérieure, mais qu'il a totalement assimilée »¹⁸⁶⁰.

Cette *épistémè* identitaire nouvelle, qui se dessine jour après jour dans notre actualité, peut être explicitée grâce à des études menées sur l'art biotechnologique et sur l'art numérique. Ces dernières ont en effet participé à la description de cet homme nouveau du contrôle en étudiant la manière dont la subjectivité peut se départir de son épingle corporel au profit de l'interface technique sans perdre son autorité ontologique. Analysant le statut de l'auteur dans des œuvres qui résultent de l'hybridation du numérique et de la subjectivité dans l'interface technologique, Edmond Couchot a ainsi parlé d'un « sujet interfacé » dont la subjectivité tiendrait désormais dans cette « possibilité d'« action à la

¹⁸⁵⁶ Deleuze, G., 1990, *op. cit.*, p. 243.

¹⁸⁵⁷ Ottaviani, D., 2003, *op. cit.*, p. 72.

¹⁸⁵⁸ *Ibid.*, p. 73.

¹⁸⁵⁹ Foucault, M., 2003, *op. cit.*, p. 57.

¹⁸⁶⁰ Ottaviani, D., 2003, *op. cit.*, p. 72.

frontière” que permet le réseau où l’on peut de l’intérieur imaginer ce qu’est l’extérieur et de l’extérieur penser l’intérieur »¹⁸⁶¹. Cette subjectivité déplacée¹⁸⁶² à la frontière des interfaces implique l’existence d’un sujet dispersé, démultiplié, s’emboitant aux objets de connaissance de manière multiple, dans un rapport fractal¹⁸⁶³. Les identités sont ainsi démultipliées à l’aune des interfaces qui permettent d’en fixer temporairement la trace selon un processus d’« alinéarisation »¹⁸⁶⁴ qui consiste à emprunter une subjectivité pour la revêtir comme sienne. Entièrement hybridé aux interfaces, le sujet, appareillé à un dispositif numérique, voit à la fois ses possibilités d’action démultipliées, son rapport au corps social augmenté, mais également son rapport à lui-même d’autant plus virtualisé. Le sujet interfacé prend ainsi la forme d’un sujet impersonnel et ultra-subjectif. Le sujet contemporain deviendrait ainsi progressivement « un analogon virtuel composé de pures données symboliques »¹⁸⁶⁵ du fait du désalignement de l’objet, du sujet et de l’image, de leur déhiérarchisation qui les conduit à la dérive, à l’interpénétration et à l’hybridation. Le sujet aurait donc perdu donc son rôle épistémique et hésiterait entre le rôle d’objet et celui d’image, de même que l’image hésite entre l’état d’objet et celui d’image.

Le sujet ne se tient plus à distance de l’image, dans le face à face dramatique de la représentation, il y plonge ; il se défocalise, se translocalise, s’expande ou se condense, se projette d’orbites en orbites, navigue dans un labyrinthe de bifurcations, de croisements, de contacts, à travers la paroi osmotique des interfaces et les mailles sans frontières des interréseaux. Le sujet interfacé est désormais plus *trajet* que sujet¹⁸⁶⁶.

Non que le sujet disparaisse au contact des interfaces numériques, mais il se déplace du statut d’auteur originaire, à un auteur destitué de ses tâches, opérations et responsabilités habituelles par l’automatisation technologique. Dès lors, l’interface acquiert le statut de coauteur des actes et des discours qui dès lors ne gardent plus qu’une trace infime de l’histoire mis en jeu par l’auteur originaire. L’interface rend en quelque sorte collective l’histoire individuelle et singulière du sujet. Les trajets singuliers se fondent sur des identités empruntées au fil des rencontres, des rapports intersubjectifs, mais n’en sont pas pour autant moins incarnés. L’identité de l’auteur est seulement toujours celle d’un coauteur qui participe au projet collectif avec sa propre singularité sans pour autant que celle-ci organise le discours. Le processus d’individuation du sujet individuel construit, à mesure qu’il en use, des repères d’individuation collectifs. Ces points d’actualité sont autant d’interfaces déterminant, pour autant qu’elles soient reprises par d’autres, des trajectoires d’individuation. Ainsi, les identités individuelles et collectives se construisent à l’aune de repères d’individuation qui n’existent temporairement que parce qu’ils sont des usages adoptés et repris. C’est « le parcours qui pose les points de passage, et non

¹⁸⁶¹ Couchot, E., 1998, *La technologie dans l’art. De la photographie à la réalité virtuelle*, Nîmes, Jacqueline Chambon, p. 227.

¹⁸⁶² Daled, P., 2008, « Le sujet en tant que fiction et déplacement chez Canguilhem : une éthique épistémologique », Pinsart, M.-G., (éd.), 2008, *Narration et construction de l’identité : de la philosophie à la bioéthique*, Paris, Vrin, p. 61-78.

¹⁸⁶³ Levy, P., 1990, *Les techniques de l’intelligence*, Paris, La Découverte, p. 196-198.

¹⁸⁶⁴ De Kerckhove, D., 1995, « Esthétique et épistémologie dans l’art des nouvelles technologies », Poissant, L., (dir.), 1995, *Esthétique des arts médiatiques*, Québec, Presses de l’Université du Québec, vol. 2, p. 19-30.

¹⁸⁶⁵ Couchot, E., 1998, *op. cit.*, p. 229.

¹⁸⁶⁶ *Ibid.*

l'inverse »¹⁸⁶⁷. La subjectivité de l'homme du contrôle se dessine dans le halo de lumière d'interfaces éclairées parce qu'utilisées. « La vie ne consiste plus qu'à prendre sa place »¹⁸⁶⁸.

Pluralisme médical et agentivité

Loin de la théorisation philosophique abstraite, ces modalités d'individuation nouvelle que dessine la crise des disciplines se sont concrétisées bien au-delà des usages marginaux du *quantified-self*. L'émergence des usagers de santé est l'expression d'une normativité dont on peut constater les effets, le pendant d'un changement du milieu social aujourd'hui effectif. Le pluralisme médical, entendu comme la coexistence au sein d'une expérience médicale d'une pluralité de systèmes de références et donc de pratiques de santé (pluralisme thérapeutique), est devenu « la norme, en termes de fréquence, de généralité des pratiques »¹⁸⁶⁹. Étudié par les ethnologues dans les sociétés non-occidentales¹⁸⁷⁰, puis par les anthropologues de la santé chez les populations immigrées¹⁸⁷¹, le pluralisme médical est aujourd'hui un objet d'étude sociologique¹⁸⁷² tant il façonne les comportements d'une majorité d'usagers¹⁸⁷³. C'est en effet – ainsi que nous avons pu le constater – au sein d'une même culture que l'on observe aujourd'hui l'existence d'une pluralité de référentiels : la médecine officielle côtoie, dans nos sociétés occidentales¹⁸⁷⁴, les médecines traditionnelles ou populaires, les médecines alternatives, les pratiques de bien-être ou les techniques familiales de soin. Ce pluralisme médical qui qualifie l'univers social de la santé en France place l'utilisateur sur le devant de la scène puisqu'il résulte directement de sa quête de santé¹⁸⁷⁵. En effet, le recours à une multiplicité de pratiques de soins et donc à différents intervenants qu'ils soient médecins, guérisseurs, praticiens du bien-être, amis, membres de la famille ou connaissances virtuelles sur Internet, détermine l'utilisateur comme figure tant individuelle que sociale.

La détermination du recours à des soins pluriels se déroule, selon Jean Benoist, « en situation, dans la dynamique d'une micro-historicité individuelle souvent imprévisible et construite à coup de rencontres, de symptômes, de moyens matériels accessibles ou absents »¹⁸⁷⁶. Autrement dit, le pluralisme médical renvoie avant tout à la constitution de l'identité individuelle de sujet de santé. Les pratiques de santé sont autant de techniques qui

¹⁸⁶⁷ Ottaviani, D., 2003, *op. cit.*, p. 69.

¹⁸⁶⁸ Deleuze, G., 1986, *Foucault*, Paris, Éditions de minuit, 2004, p. 102.

¹⁸⁶⁹ Benoist, J., 1996, « Singularités au pluriel ? », Benoist, J., (dir.), 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, p. 5-16, ici, p. 10.

¹⁸⁷⁰ Leslie, C., 1976, « Pluralism and Integration in the Indian and Chinese Medical Systems », Kleinman, A., Kunstadter, P., Alexander, R. E., Gale, J., (éds.), 1976, *Medicine in Chinese cultures : comparative studies of health care in Chinese and other societies*, Washington, U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health, p. 401-417 ; Lado, L., (dir.), 2012, *Le pluralisme médical en Afrique : colloque international de Yaoundé, 3-5 février 2010 : hommage à Éric de Rosny*, Paris, Karthala.

¹⁸⁷¹ Fassin, D., 2005, *Faire de la santé publique*, Rennes, Éditions de l'École nationale de Santé Publique.

¹⁸⁷² Hélardot, V., Mulot, S., 2011, *op. cit.*

¹⁸⁷³ Cathebras, P., 1996, « Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital: banalisation et pragmatisme », Benoist, J., (dir.), 1996, *op. cit.*, p. 315-330.

¹⁸⁷⁴ Johannessen, H., Lazar, I., (éds.), 2006, *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*, New York-Oxford, Berghahn Books.

¹⁸⁷⁵ Durisch Gauthier, N., Rossi, I., Stolz, J., (éds.), 2007, *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Genève, Labor & Fides.

¹⁸⁷⁶ Benoist, J., 1996, *op. cit.*, p. 501.

permettent avant tout au sujet de déterminer les modalités de fixation de la fonction-sujet interfacé à son propre corps. De ce point de vue, le pluralisme médical n'est que le pendant de la « trajectorisation » de l'identité dans la société de contrôle, il s'inscrit dans une trajectoire biographique. Les sujets utilisent certaines pratiques, favorisent certains usages parce qu'ils y trouvent des repères efficaces à leur individuation. Mais cette dimension identitaire a pour conséquence de tracer des voies d'individuation que d'autres vont à leur tour parcourir. En favorisant certains usages, certaines pratiques, les sujets participent de leur installation dans le système de santé pluriel, par le biais du marché de soins. Selon le principe de l'offre et de la demande, la trajectoire biographique participe ainsi de la normativité sociale d'un milieu culturel marqué par le capitalisme. L'autorité du sujet individuel sur sa santé doit être comprise comme le biais de l'évolution du système de soins collectif. Les parcours individuels de santé, qui se forment par une série d'usages singuliers d'une variété de pratiques, déterminent, comme autant de politiques spécifiques d'usages¹⁸⁷⁷, tant le statut de sujet autonome de l'individu que l'agentivité¹⁸⁷⁸ politique de l'usager de santé. Le pluralisme médical, devenu norme sociale, témoigne de la capacité acquise par les usagers de santé d'être agent de leur propre santé, c'est-à-dire d'exercer une action d'exécution en leur nom et pour leur compte¹⁸⁷⁹. Tout à la fois acteurs et auteurs de leur santé, les usagers s'affirment ainsi comme sujets politiques, loin des normes gouvernementales qui leur retirent toute autorité. Le sujet contemporain de santé est un usager parce qu'il fait preuve d'une agentivité et que cette capacité indépendante d'action sous sa propre autorité peut être partagée. La définition même de l'agentivité repose en effet sur la capacité de l'agent à affecter autrui, à avoir des effets sur lui au moyen de ses actes¹⁸⁸⁰ : l'agentivité est « le fait de reconnaître le pouvoir d'un affectant sur un affecté »¹⁸⁸¹. En déterminant ses usages singuliers comme autant de repères d'individuation valables pour les autres, le sujet de santé autonome valide son statut d'agent et ainsi d'usager. Il démontre qu'il a, certes la capacité et la volonté d'agir de manière autonome, mais surtout qu'il en a la possibilité¹⁸⁸², et qu'en ce sens d'autres peuvent l'avoir. La réalisation de son parcours individuel vaut comme détermination d'une voie à suivre, d'un trajet, pour l'ensemble des usagers, autrement dit, comme affirmation politique d'une agentivité universalisable.

Ainsi, la normalisation sociale du pluralisme médical, si elle témoigne de la rupture consommée entre le discours médical officiel et son milieu, confirme surtout la primauté de l'agentivité des usagers, entendus sous leur double statut de consommateur de services et de sujets politiques, dans la compréhension et l'évolution du système de santé français contemporain. La figure de l'usager, qui nous avait dévoilé l'éloignement de la biopolitique de ses racines disciplinaires, fait état de l'avènement d'une configuration sociale nouvelle, au sein de laquelle un homme nouveau a vu le jour autour d'une fonction-sujet « trajectorisée ». Sous les traits de l'usager se dessine une figure apte à dépasser la figure de l'homme normal, celle d'un « nouvel homme sans qualité pour qui la vie psychique, en

¹⁸⁷⁷ Potte-Bonneville, M., 2004b, « Politiques des usages », *Vacarme*, 29 [en ligne, consulté le 21 février 2012] <http://www.vacarme.org/article1373.html>.

¹⁸⁷⁸ Guilhaumou, J., 2012, « Autour du concept d'agentivité », *Rives méditerranéennes*, 41, p. 25-34.

¹⁸⁷⁹ Article « Agent », *TLFi*.

¹⁸⁸⁰ Fontaine, L., 2010, « « Agents » ou « patients » ? », *Ateliers du LESC*, 34, [En ligne, consulté le 15 mars 2012] <http://ateliers.revues.org/8526>.

¹⁸⁸¹ *Ibid.*

¹⁸⁸² Mackenzie, C., 2012, « Agency : un mot, un engagement », *Rives méditerranéennes*, 41, p. 35-37.

régime créateur [est] la condition d'approfondissement d'une réalité réinventée par des pratiques de l'ordinaire qui sont comme autant de contaminations du réel par le possible »¹⁸⁸³. Rien d'étonnant donc que la médecine, dont nous avons démontré qu'elle reposait entièrement sur cette figure anthropologique de l'homme normal, entre en crise lorsque les conditions culturelles et spatio-temporelles qui permettent à son principe fondateur d'exister s'étiolent.

De la mort de l'homme moderne

Si nous avons pu, de l'intérieur du discours médical, constater que la modélisation du social par le médical qui qualifiait le projet médical moderne avait conduit à une surmédicalisation insupportable, une désocialisation du social, tandis que la modélisation de la médecine sur le social qui qualifie le projet biomédical avait engendré, à l'inverse, à une sursocialisation insupportable, une démedicalisation de la médecine, le point de vue des usagers renouvelle notre compréhension de cette double rupture. L'impasse dans laquelle le discours médical professionnel se trouve, du fait du maintien au cours de son évolution des mêmes modalités de territorialisation devenant dès lors idéologiques, a pour corrélative origine l'émergence de cette nouvelle configuration sociale qui redéfinit les conditions de détermination de l'identité des sujets qu'ils soient médecins, malades ou bien-portants. Si nous avons pu démontrer que la biopolitique avait destitué la politique de son rôle instituant à l'égard du social au profit de la technique, en conduisant la médecine à devenir un « fait social total », c'est-à-dire un fait principiel qui englobe l'ensemble des structures sociales d'une société, nous ne pouvions, par la seule généalogie du discours médical, comprendre la transformation du milieu social qui s'était ainsi opérée. Finalement, le glissement terminal de la figure de l'utilisateur vers le rôle d'utilisateur-expert manifeste cette mutation définitive du milieu social en un espace de contrôle que la biopolitique n'est plus à même de réguler. Remettant en question la fixation de la fonction-sujet sur le corps opérée par la discipline, la biopolitique a conduit à la production d'une fonction-sujet interfacée que la médecine ne parvient pas à prendre en charge. Cette incapacité à répondre à la question de la subjectivité disloque la médecine en créant un hiatus entre la théorie et la pratique qui reposait entièrement sur la réponse épistémologique à cette interrogation ontologique.

En dévoilant l'importance de la dynamique normative du milieu social dans l'articulation évolutive de la biopolitique, cette seconde généalogie a révélé d'une part, l'impossible reconnaissance d'une autonomie politique du corps social à l'égard de la médecine comme point nodal de la dénonciation de la médicalisation du social, et d'autre part, l'impossible reconnaissance d'une autonomie professionnelle, habituellement assurée par le politique, du corps médical à l'égard du corps social, comme mobile de critique de la sursocialisation de la biomédecine. Autrement dit, elle nous a permis de valider l'affirmation de Guillaume Le Blanc selon laquelle le conflit inhérent à la médecine contemporaine ne se situe pas entre une médecine clinique et une médecine sociale, une médecine de médecins et une médecine de malades, mais entre la médecine et le social¹⁸⁸⁴. Si elle est magnifiée par l'envahissement du discours médical par le mythe technique, la

¹⁸⁸³ Le Blanc, G., 2007, *Les maladies de l'homme normal*, Paris, Vrin, p. 190.

¹⁸⁸⁴ Le Blanc, G., 2002b, « Le conflit des médecines », *Esprit*, mai 2002 « La médecine et le corps humain », p. 71-86.

crise n'a donc pas pour cause la technique, mais bien la superposition intenable d'une société disciplinaire en décrépitude et d'une société de contrôle en devenir. L'intervention de la notion d'usager dans le champ de la santé manifeste cette crise de la société contemporaine où les individus vivent dans une société sans discipline tandis que la classe dirigeante est toujours imprégnée de techniques disciplinaires¹⁸⁸⁵. Il y a une incapacité, de la part d'institutions où les disciplines règnent encore en maître, à prendre en compte cette subjectivité singulière des sociétés de contrôle qui délite de l'intérieur les modalités disciplinaires d'individuation des sujets.

Il convient donc de faire le deuil de l'homme normal qui, dans la société de contrôle, est devenu un malade congénital¹⁸⁸⁶ ne pouvant plus convenir qu'à une médecine également malade¹⁸⁸⁷ et d'accepter cette situation contemporaine où plus aucun sujet humain exactement épinglé sur un corps ne prend la place de sujet énonciateur unique et premier du discours médical. L'homme moderne, comme objet et sujet du savoir, voit sa figure s'effacer comme « à la limite de la mer un visage de sable »¹⁸⁸⁸, car l'homme des disciplines, cet homme normal¹⁸⁸⁹ inventé au XIX^e siècle¹⁸⁹⁰, vit ses dernières heures. Partout, le flux du réseau contemporain a remplacé la segmentation du panoptique moderne, le géométrique s'est mû en vectoriel et l'espace dimensionnel du disciplinaire a été remplacé par un espace directionnel du contrôle lisse. L'espace lisse, maritime¹⁸⁹¹, des découvreurs du contrôle emporte avec lui, jour après jour, le visage strié du marin qu'est l'homme normal. Le temps prend le dessus sur l'espace et la pensée spatialisante qui déterminait l'*épistémè* moderne perd toute pertinence. Un nouvel homme se dessine, un être dont la subjectivité est modelée de « relations contiguës et oscillantes »¹⁸⁹², et dont le « corps est un territoire sans fin, continuellement renouvelé et renouvelable, objet fractal par excellence, limité mais infini dans ses formes et ses fonctions, dans ses origines et ses transformations »¹⁸⁹³. C'est à cette figure anthropologique, dont nous pouvons apercevoir les contours, que la médecine doit désormais s'attacher.

Vers le renouvellement de la question anthropologique

Comme l'avait compris Georges Canguilhem, la médecine n'a jamais cessé d'être une pièce nécessaire de l'anthropologie¹⁸⁹⁴, et les crises qu'elle traverse sont donc autant

¹⁸⁸⁵ Foucault, M., 1978b, *op. cit.*, p. 533.

¹⁸⁸⁶ Le Blanc, G., 2007, *op. cit.*, p. 189.

¹⁸⁸⁷ Lebrun, J.-P., 1993, *op. cit.*

¹⁸⁸⁸ Foucault, M., 1969, *op. cit.*, p. 398.

¹⁸⁸⁹ Le Blanc, G., 2002c, « L'invention de la normalité », *Esprit*, mai 2002 « La médecine et le corps humain », p. 145-164.

¹⁸⁹⁰ Le terme de « normalité » est inventé en 1834 pour rendre compte du caractère de ce qui est normal, conforme à une norme.

¹⁸⁹¹ Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 597-602.

¹⁸⁹² Couchot, E., 1998, *op. cit.*, p. 253.

¹⁸⁹³ Dyens, O., *op. cit.*, p. 98. Voir aussi Dagognet, F., 1993, *La peau découverte*, LUISANT, Les Empêcheurs de penser en rond – Institut Synthélabo, p. 119 : « Ce que la biomédecine [...] apprend au philosophe pour sa joie, c'est l'aspect multipolaire de son corps : il est, en quelque sorte, parcouru de mille chemins ! Chaque maladie le découpe à sa façon (de là, des axes, des plans, des volumes, des angles, des segments, des provinces, etc.). Aucune substance, aucun être naturel ne peut se prévaloir d'enfermer en lui autant de perspectives, autant de directions ou de territoires ! ».

¹⁸⁹⁴ Canguilhem, G., 1957, *op. cit.*, p. 169.

d'occasion de renouveler son projet d'étude de l'homme¹⁸⁹⁵. C'est ce que nous a confirmé la généalogie de l'usager : en dévoilant l'apparition d'une nouvelle configuration sociale, elle a mis en exergue la nécessité de déterminer de nouvelles conditions de partages des usages singuliers afin de donner corps à la figure anthropologique inédite qui s'y esquisse. C'est, en filigrane, le constat de Hélarlot et Mulot lorsqu'elles concluent que la difficulté du pluralisme médical¹⁸⁹⁶ se situe dans l'établissement d'un projet de coopération entre le médecin, les personnels soignants paramédicaux, les divers intervenants de santé, les patients/malades et les tiers familiaux ou amicaux. Les modalités d'individuation comme d'intersubjectivité ont changé et il convient d'en prendre acte pour faire advenir la médecine de demain. Mais loin de seulement prendre en compte une nouvelle réponse à la question de la subjectivité, qui permettrait alors de rétablir des relations entre théorie et pratique, entre science et société, les contours de la figure anthropologique nouvelle que nous avons esquissés à travers la théorisation du sujet interfacé nous indiquent une autre voie.

En explicitant une identité toujours alternative et « sans identification définitive »¹⁸⁹⁷, le modèle du sujet interfacé déplace les conditions de problématisation de l'énigme de la subjectivité plus qu'il ne lui fournit, à proprement parler, une réponse. Autrement dit, ce n'est pas simplement le sujet qui a changé de forme, mais bien, comme l'avait compris Clavreul dès 1978, la question du sujet qui a glissé « du sujet énonciateur du discours au sujet qui est contenu dans le discours lui-même »¹⁸⁹⁸. Les épingleages de la fonction-sujet interfacé au corps vivant qui rendent possibles l'établissement d'une identité singulière et partagée n'apparaissent désormais que suite à leur expérimentation, c'est-à-dire que le sujet ne préexiste plus au discours qui le mobilise. Avec la trajectorisation de l'identité des usagers, les normes du partage des expériences, qui prenaient la forme de conditions *a priori*, sont désormais le résultat d'un bilan *a posteriori* des normes d'individuation créées au cours du processus d'identification. La normalité qui permettait le partage des expériences a disparu¹⁸⁹⁹ et c'est donc tant l'identité que les possibilités d'identification qui se trouvent dès lors modifiées.

La disparition de la figure de l'homme normal a rendu impossible le repérage *a priori* des normes qui organisent le partage des rôles libérant ainsi une multitude de singularités déterminant *a posteriori* leurs propres normes d'échanges. Il n'existe plus de normes fixes d'identification et d'organisation des rôles : la médecine des sociétés de contrôle est un dispositif d'information « sans médecin ni malade »¹⁹⁰⁰. Non que les médecins et les malades aient disparu, mais ne pouvant plus revendiquer le statut de sujet énonciateur du discours médical, ils ne parviennent plus déterminer à leur place et rôle respectifs qu'*a posteriori*, qu'à l'aune de leurs usages médicaux spécifiques. Il ne reste finalement que des usagers traçant, chacun à leur manière, leur identité au moyen d'usages spécifiques des interfaces de santé (techniques, pratiques, théories, outils, appareils, *etc.*), et pouvant donc,

¹⁸⁹⁵ *Ibid.*, p. 43: « Loin de voir dans le déclin de la clinique traditionnelle une défaite de la pensée médicale, il nous faut voir dans l'apport technique comme facteur principal du reflux de la clinique une chance inouïe de renouveler l'anthropologie de la médecine ».

¹⁸⁹⁶ Hélarlot, V., Mulot, S., 2011, *op. cit.*, p. 206.

¹⁸⁹⁷ Andrieu, B., 2008a, *op. cit.*, p. 127.

¹⁸⁹⁸ Clavreul, J., 1978, *op. cit.*, p. 142.

¹⁸⁹⁹ Deleuze repère ainsi le remplacement du couple normal/pathologique par le couple bénéfique/risque, annonçant de manière prématurée l'avènement de l'EBM (Deleuze, G., 1990, *op. cit.*).

¹⁹⁰⁰ *Ibid.*

théoriquement, adopter tous les rôles possibles. La médecine se dessine au carrefour d'un réseau complexe de pratiques au sein duquel seuls les trajets de chaque usager déterminent leur rôle propre. Les expériences du malade, du médecin et de la collectivité¹⁹⁰¹ ne parviennent plus à se rencontrer autour d'une norme de savoir, autour d'une normalité fixe d'usages, mais uniquement à l'aune d'une normativité entendue comme détermination progressive du trajet d'un sujet essentiellement *déplacé*¹⁹⁰². L'aspect oscillant, évolutif, en constant déplacement, de l'identité du nouvel homme n'est finalement que le pendant, le symptôme, d'une unification des usages, d'une mise en continuité de l'empirique et du transcendantal qui ne répond plus à des normes établies, mais qui relèvent d'une création constante de normes. La question que pose en dernière analyse le modèle du sujet interfacé est de savoir comment peuvent se déterminer les conditions de partage des expériences individuelles d'usages, entendues comme biais de communication et de différenciation des acteurs¹⁹⁰³, sachant qu'elles ne se font jour qu'au cours des processus expérientiels. En ce sens, – parce qu'il questionne les conditions de possibilités d'une connaissance de l'homme – l'éclatement du visage de l'homme¹⁹⁰⁴ explicite le démantèlement de l'anthropologie elle-même, entendue comme socle, forme et contenu de notre *épistémè* moderne.

¹⁹⁰¹ Ces trois cultures médicales font écho à trois acceptions de la notion de maladie que la langue française ne distingue pas, mais dont rendent compte les vocables anglophones *disease*, *illness* et *sickness* : la maladie du point de vue du malade, comme évènement concret affectant la vie d'un individu (*illness*), la maladie du point de vue du médecin comme entité nosologique identifiable (*disease*), et la conception sociale de la maladie ou « maladie socialisée » (*sickness*) qui correspond à la lecture sociale de la maladie de l'individu. Sur ces trois conceptions, voir, Haxaire, C., 2007, « Les trois concepts de la maladie », Mouillie, J.-M., Lefève, C., Visier, L., (dir.), 2007, *op. cit.*, p. 263-265.

¹⁹⁰² Badiou, A., 1993, *op. cit.*, p. 304.

¹⁹⁰³ Bernard Andrieu se demandait déjà dans son étude sur le médecin de son corps « sur quels critères devrions-nous restaurer la différence entre le médecin et son patient ? » (Andrieu, B., 1999, *Médecin de son corps*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 117), tandis que Laurent Degos interrogeait en 2007, à propos l'automédication, les limites du rôle du patient acteur de sa santé (Degos, L., 2007, *op. cit.*, p. 1505).

¹⁹⁰⁴ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 396.

BILANS ET PERSPECTIVES : L'IMPENSÉ DE LA SUBJECTIVITÉ

L'apparition d'une nouvelle figure anthropologique, mise en évidence par la généalogie du discours des usagers, éclaire sous un jour nouveau les conclusions du parcours généalogique que nous avons mené à propos du discours médical officiel et renouvelle ainsi la problématisation de la crise actuelle sous l'angle anthropologique.

Nous avons vu la médecine sombrer, avant son entrée dans la contemporanéité, dans un sommeil anthropologique¹⁹⁰⁵. En abandonnant toute précaution épistémologique, lors de sa reprise du modèle de l'homme normal, elle était tombée dans le panneau de l'anthropologie en oubliant sa nécessaire dimension critique. Nous avons finalement pu constater que, plus que la technique¹⁹⁰⁶, c'est le soubassement anthropologique de notre modernité qui conduit la médecine contemporaine dans l'impasse. La médecine a été conduite dans ce que Foucault nomme à juste titre un sommeil anthropologique, pli au sein duquel « la fonction transcendantale vient recouvrir de son réseau impérieux l'espace inerte et gris de l'empiricité ; inversement, les contenus empiriques s'animent, se redressent peu à peu, se mettent debout et sont subsumés aussitôt dans un discours qui porte au loin leur présomption transcendantale »¹⁹⁰⁷. Si aux confins de l'établissement d'une connaissance positive de la finitude se repose la question de l'anthropologie, c'est bien que cette dernière n'est plus questionnement sur la possibilité d'une connaissance positive de la finitude, mais est devenue modèle premier et dernier d'une réflexion qui dans les empiricités ne retrouve que la forme de leur union.

Mais ce sommeil, qui condamne la médecine à une normalisation devenue rapidement insoutenable, a surtout pour effet de faire réapparaître comme problème non résolu, la question de la subjectivité que la médecine avait tenté d'encadrer par son biais. En effet, en redoublant son anthropologie d'une réflexion critique sur les conditions de possibilités de connaissance anthropologique, Kant avait instauré la subjectivité comme ordre du discours sur l'homme. Le *je pense* était défini, en tant qu'aperception transcendantale, comme la fonction-sujet elle-même, c'est-à-dire l'établissement d'un rapport du moi pur au moi empirique. Dans le *je pense* comme conscience de soi, je me saisi à la fois comme sujet transcendantal et comme individu subjectif, parce que l'aperception appartient au transcendantal, c'est-à-dire qu'elle précède la distinction même de l'objet et du sujet. La subjectivité était donc bien chez Kant, cette condition de possibilité de l'expérience, et notamment de l'expérience de connaître. C'est pour cette raison qu'en oubliant la critique, les conditions de possibilités de la science de l'homme, le sommeil anthropologique a oublié la subjectivité qui est le cœur silencieux de l'anthropologie kantienne, puisque l'homme y est cette subjectivité sensible apte à se saisir comme objet de connaissance dans le mouvement où elle se reconnaît sujet de cette même connaissance. Ainsi la subjectivité est le sol critique de l'anthropologie, le socle indépassable et donc toujours présent même dans sa négation. Comme le rappelle Foucault dans *les Mots et les choses* :

¹⁹⁰⁵ Voir ci-dessus, p. 210-213.

¹⁹⁰⁶ C'est en effet la technique qui s'insère dans le quadrilatère anthropologique moderne, comme le démontre Xavier Guchet (Guchet, X., 2003, « Pensée technique et philosophie transcendantale », *Archives de la philosophie*, 66, p. 119-144).

¹⁹⁰⁷ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 352.

L'homme n'a pas pu se dessiner comme une configuration dans l'*épistémé*, sans que la pensée ne découvre en même temps, à la fois en soi et hors de soi, dans ses marges, mais aussi bien entrecroisés avec sa propre trame, une part de nuit, une épaisseur apparemment inerte où elle est engagée, un impensé qu'elle contient de bout en bout, mais où aussi bien elle se trouve prise¹⁹⁰⁸.

Autrement dit, la négation de la subjectivité n'a conduit qu'à en maintenir le murmure dans un espace de négativité d'où elle ne peut sortir sans critique préalable du sommeil anthropologique, puisqu'elle est la condition même de cette critique. La solution anthropologique que la médecine a proposée à la question de la subjectivité a étouffé la subjectivité sous la fonction-sujet, la conservant comme un impensé fondamental de notre culture moderne. Impensé qui ne pouvait se phénoménaliser à nouveau que dans et par l'indicible qui est, depuis Kant, sa condition. La subjectivité était marquée du sceau de la négativité, voire de l'inhumanité puisque son espace est l'ombre de celui où l'homme est investi en positivité¹⁹⁰⁹. Sigmund Freud (1856-1939) avait compris que la subjectivité se logeait dans cette négativité, lorsqu'il la fit apparaître dans l'ordre du tabou de la pulsion de mort, et de l'inconscient. Pris dans l'illusion anthropologique, il ne pouvait pas poursuivre le geste critique kantien et n'a pu que participer à l'effacement définitif de son projet anthropologique¹⁹¹⁰. Avec lui, l'homme quitta en effet définitivement le domaine philosophique dans lequel l'avait placé Kant et où il se trouvait encore chez Arthur Schopenhauer (1788-1860) ou Friedrich Nietzsche (1844-1900), pour devenir, entièrement, objet de science. Telle était l'ambition de la psychanalyse des fondateurs, Théodore Flournoy (1854-1920)¹⁹¹¹ ou Freud : il s'agissait de faire entrer le refoulé même de l'homme, l'opacité de sa subjectivité, d'une démarche analytique et positive. L'étude du subconscient et la psychanalyse en parvenant à mettre en relation cette subjectivité inintelligible, mais désormais palpable, à l'histoire familiale, culturelle voire à l'histoire universelle des hommes pris en collectivité, permirent d'asseoir le retournement anthropologique moderne qui veut que l'homme ne soit plus une question philosophique, mais soit entièrement pris en charge par les sciences. Elles vinrent compléter un projet universel qui annihile proprement la subjectivité au profit de l'histoire et que la médecine a fondé dans son ambition spatialisante de dévoilement de l'homme physiologique, de l'homme universel dans ses structures biologiques.

Le XX^e siècle s'inaugura ainsi autour du retour de l'impensé de la subjectivité, son entrée dans les lumières de la positivité. La subjectivité ne put sortir de l'ombre qu'à l'aune d'une morbide négativité corporelle, celle des crimes nazis, tant la positivité est épistémiquement liée à la finitude. Et c'est finalement au lieu même de la limite de la science médicale ou de la science de l'homme, que la subjectivité redevint une question pour la philosophie. C'est cette aide des sciences humaines qui permit d'amorcer

¹⁹⁰⁸ *Ibid.*, p. 337.

¹⁹⁰⁹ C'est dans la figure du fou qu'apparaît « la vraie subjectivité » (*Ibid.*, p. 652), lors de l'entrée de l'homme dans le champ de la positivité.

¹⁹¹⁰ Foucault, M., 1965a, « Philosophie et psychologie » (entretien avec A. Badiou), *Cahiers philosophiques* (hors série), juin 1993 ; Foucault, M., 1965b, « Philosophie et psychologie », (entretien avec A. Badiou), *Dossiers pédagogiques de la radio-télévision scolaire*, 27 février 1965, p. 65-71, *Dits et écrits*, texte 30, vol. 1, p. 466-476.

¹⁹¹¹ Sur l'importance de Théodore Flournoy dans l'histoire de la psychanalyse, voir Flournoy, O., 1986, *Théodore et Léopold. De Théodore Flournoy à la psychanalyse*, Neuchâtel, La Baconnière.

l'émergence d'une figure positive de la subjectivité, que concrétisa le mouvement des usagers, et qui dévoila les conditions mêmes d'une pensée de cet impensé : le renouvellement des conditions épistémologiques et politiques de la connaissance. En l'absence de ce changement d'*épistémè*, la subjectivité, nous l'avons vu, ne pouvait, dans ce cadre anthropologique fondamental, cet impératif culturel, trouver aucun espace pour matérialiser son discours. La philosophie biologique dogmatique ne pouvait prendre en charge la question philosophique de l'homme et, confrontée à l'impensé même de son organisation, la médecine ne pouvait donc qu'en appeler, comme elle fit avec la bioéthique, à son origine. La figure de la personne kantienne se révèle ici comme la tentative désespérée d'une médecine embourbée dans les effets narcotiques de son modèle épistémologique, de renouer avec son socle anthropologique premier. Le discours médical ne retrouve ainsi l'homme, physique comme mental, qu'entre déterminisme et éthique¹⁹¹², poursuivant ainsi inlassablement l'anthropologie de l'homme normal.

Pour le dire autrement, le développement de la médecine contemporaine, que nous avons suivi dans ce chapitre et dans le précédent, apparaît ici comme une double tentative de réinstaurer l'homme comme domaine philosophique. D'une part, le discours médical professionnel, tout en poursuivant son épanouissement autour du modèle anthropologique de l'homme normal, a tenté d'en dépasser les obstacles par l'établissement d'une réflexion éthique fondée sur la figure du sujet autonome kantien. D'autre part, et à l'inverse, un discours médical issu des usagers a vu le jour à partir d'un questionnement philosophique critique sur l'homme et sa profonde normativité. Seulement, à l'instar de deux paradigmes incommensurables, les formations discursives concurrentes n'ont pu se rencontrer qu'au prix d'une annihilation de leurs revendications spécifiques, tant le sommeil anthropologique s'impose encore majoritairement, jusqu'à la vie elle-même¹⁹¹³. Dès lors, si nous souhaitons envisager les voies de résolution de la crise médicale contemporaine, il nous faut penser, à nouveau frais, l'impensé de la subjectivité et donc voir comment et jusqu'où il est possible de penser autrement notre expérience médicale.

¹⁹¹² Foucault, M., 1972a, *op. cit.*, p. 178 : la médicalisation de la folie avait permis de combiner les deux expériences de l'aliénation « l'une qui concerne l'être tombé dans la puissance de l'Autre, et enchaîné à sa liberté, la seconde qui concerne l'individu devenu Autre, étranger à la ressemblance fraternelle des hommes entre eux. L'une approche du déterminisme de la maladie, l'autre prend l'allure d'une condamnation éthique ».

¹⁹¹³ Fimiani, M., 2008, « La vie en sommeil », *Klesis*, 2008/8, p. 48-61. Voir également, Fimiani, M., 1998, *Foucault et Kant. Critique, clinique, éthique*, Paris L'Harmattan, trad. fr. N. le Lirzin.

CHAPITRE V

AUX RACINES DE NOTRE MODE D'ÊTRE DE SUJET MÉDICAL : L'EXPÉRIENCE MÉDICALE DES LUMIÈRES

Toute maladie est une réalité créée au sein de la société. Ce qu'elle signifie et la riposte qu'elle suscite ont déjà une histoire. L'étude de cette histoire peut nous permettre de comprendre à quel point nous sommes prisonniers de l'idéologie médicale qui nous a été inculquée dès le berceau¹⁹¹⁴.

¹⁹¹⁴ Illich, I., 1975, *op. cit.*, p. 164.

LE RETOUR DE L'IMPENSÉ ANTHROPOLOGIQUE

[O]n sait par expérience que la prétention à échapper au système de l'actualité pour donner des programmes d'ensemble d'une autre société, d'un autre mode de penser, d'une autre culture, d'une autre vision du monde n'ont mené en fait qu'à reconduire les plus dangereuses traditions¹⁹¹⁵.

Nous voici donc conduit, au seuil de ce dernier chapitre, à renouveler notre analyse de la médecine moderne et contemporaine sous l'angle de son fondamental impensé anthropologique qu'est la subjectivité. Projet aussi ambitieux que celui qui nous y a amené et essentiellement plus problématique. En effet, penser l'impensé exige, par principe, de renouveler les modalités de la pensée elle-même. Avant même d'envisager de préciser le contenu de cette dernière analyse qui devrait nous permettre de mettre en lumière une problématisation de la crise apte à en dénouer la complexité, une analyse méthodologique de fond s'impose à nous.

L'obstacle qui se présente devant nos yeux, et que nous n'avions jusqu'alors que frôler, rapidement contourné, bref ignoré, est imposant. Il convient en effet de sortir du sommeil anthropologique qui accompagne, depuis Kant, la philosophie, sans quoi nous serons à notre tour condamnés à retrouver les conditions de notre pensée – cette figure anthropologique de l'homme moderne – dans notre tentative de cerner l'impensé qui l'habite. Pour ceci, il faut faire table rase, non du passé, mais bien du présent. Sortir la pensée de son sommeil, « pour la rappeler à ses possibilités les plus matinales », implique, comme nous l'indiquait Michel Foucault dans *Les Mots et les choses*, de « détruire jusqu'en ses fondements le “quadrilatère” anthropologique »¹⁹¹⁶. Autrement dit, il faut désamorcer le travail kantien qui, en associant les quatre grands plis que sont le lien entre la positivité du savoir et la finitude, le redoublement l'empirique dans le transcendantal, le rapport perpétuel du *cogito* à l'impensé et le retrait et le retour de l'origine¹⁹¹⁷, a déterminé l'Anthropologie comme notre « disposition fondamentale »¹⁹¹⁸. Pour mener à bien cette tâche délicate, il convient avant tout de se situer, pour envisager de le déplier, au lieu même où s'est plié ce quadrilatère, c'est-à-dire selon Foucault, dans le redoublement des trois questions (« que puis-je savoir ? », « que dois-je faire ? », « que m'est-il permis d'espérer ? ») de la *Logique*, qui fondent l'entreprise critique kantienne, par la quatrième question « Qu'est-ce que l'homme ? ». C'est en effet autour de cette question de l'homme, comme complément à la triple question critique, que se serait opérée, « en sous-main et par avance », la confusion de l'empirique et du transcendantal qui aurait conduit la pensée, tout juste réveillée du sommeil dogmatique, dans le sommeil anthropologique¹⁹¹⁹. Détruire le

¹⁹¹⁵ Foucault, M., 1984e, « Qu'est-ce que les Lumières ? » (What is Enlightenment? », Rabinow, P., (éd.), 1984, *The Foucault Reader*, New York, Pantheon Books, p. 32-50, *Dits et écrits*, texte 339, vol. 2, p. 1381-1397, ici, p. 1394.

¹⁹¹⁶ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 353.

¹⁹¹⁷ *Ibid.*, p. 346.

¹⁹¹⁸ *Ibid.*, p. 353.

¹⁹¹⁹ *Ibid.*, p. 352.

quadrilatère anthropologique reviendrait donc à déplier, autrement dit à expliquer¹⁹²⁰, le Pli du redoublement empirico-critique¹⁹²¹ qui fait valoir toute empiricité comme fragment animé de transcendantal. C'est donc à un retour vers l'*Introduction à l'Anthropologie du point de vue pragmatique* que nous convie finalement *les Mots et les choses*, révélant, dans le silence qu'il maintient à propos des conditions du réveil anthropologique, sa complémentarité avec le texte préparatoire de 1964¹⁹²².

Le point de vue de l'Anthropologie

Au-delà de contextualiser le texte de l'*Anthropologie du point de vue pragmatique*, l'introduction que Foucault réalise, en sus de sa traduction du texte kantien pour sa thèse complémentaire, explicite l'ambition anthropologique de Kant – qui ne se limite pas à l'ouvrage de 1798 puisque Kant enseigna cette discipline pendant près de 25 ans – et son rôle dans son système philosophique. Pour rendre compte de cette anthropologie qui se revendique pragmatique, c'est-à-dire qu'elle étudie l'homme en tant que « citoyen du monde », pour préciser son domaine et son champ d'exercice, il est en effet nécessaire de réinscrire ce travail dans l'œuvre kantienne et notamment de préciser ses interactions avec l'entreprise critique. Décrire ce que l'homme peut faire du monde et de lui-même dans le monde – tel est le domaine de l'anthropologie pragmatique – équivaut, nous l'avons vu, à saisir l'homme non comme *homo natura*, ni même comme pur sujet de liberté, mais en tant qu'il est « pris dans les synthèses déjà opérées de sa liaison avec le monde »¹⁹²³. L'*Anthropologie* a ainsi pour premier élément d'exploration le *Gemüt*, or, seul le recours aux avancées critiques permet de déterminer ce domaine à l'aune du domaine du *Seele* (psychologie) et de celui du *Geist* (esthétique)¹⁹²⁴. En distinguant le *Gemüt* du *Seele* et en déterminant le *Geist* comme son principe, la *Critique de la raison pure* permet à l'*Anthropologie* de baliser son domaine, liant définitivement « la nécessité de la *Critique* à la possibilité de l'*Anthropologie* »¹⁹²⁵. Pour autant, la *Critique* ne fonde pas, à proprement parler, l'*Anthropologie*.

Le rapport des deux domaines gnoséologiques est en effet paradoxal : tout en y trouvant une délimitation de son domaine, l'*Anthropologie* ne renvoie pourtant pas à la *Critique* ; tout en en reprenant les grandes divisions, elle ne se fonde pas sur elle¹⁹²⁶. Ce que l'*Anthropologie* trouve dans la *Critique*, c'est la cohérence d'un tout dont elle a besoin pour unifier la multitude de ses recueils empiriques. Ainsi, c'est du point de vue de la structure que l'*Anthropologie* rejoint la *Critique* : toutes deux relèvent d'une prétention à connaître

¹⁹²⁰ Étymologiquement « expliquer » équivaut à déplier (Article « Expliquer », *TFLi*), c'est-à-dire non à effacer les plis, mais à les parcourir pour en créer de nouveaux, ainsi que l'explicitait Deleuze (Deleuze, G., 1988, *Le Pli. Leibniz et le baroque*, Paris, Éditions de minuit).

¹⁹²¹ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 352.

¹⁹²² Dans la courte introduction à sa traduction de l'*Anthropologie* qui parue chez Vrin en 1964 (et qui n'est qu'un extrait du travail d'analyse de l'*Introduction*), Foucault annonçait en note qu'il traiterait dans un prochain ouvrage des « rapports de la pensée critique et de la réflexion anthropologique » (Foucault, M., 1964, « Notice historique », Kant, E., 1798, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, Paris, Vrin, 1964, p. 7-10, ici, p. 10).

¹⁹²³ Foucault, M., 2009, *op. cit.*, p. 34.

¹⁹²⁴ Taylan, F., 2011, « *Geist, Gemüt et Seele* : les transformations des figures kantienne de l'intériorité chez Foucault », *Lumières*, 16, « Foucault lecteur de Kant : le champ anthropologique », p. 33-52.

¹⁹²⁵ Foucault, M., 2009, *op. cit.*, p. 41.

¹⁹²⁶ *Ibid.*, p. 55.

les possibilités et les limites de la connaissance¹⁹²⁷, autrement dit d'une interrogation critique. L'*Anthropologie* étudie l'homme comme objet et sujet de son rapport au monde, et c'est à ce titre qu'elle est également une réflexion épistémologique sur les conditions mêmes de possibilités de la connaissance de l'homme comme objet par l'homme comme sujet. Mais cette réflexion épistémologique, qui impose de retrouver les finitudes incarnées de manière toujours seconde, n'est pas réflexion sur les conditions *a priori* de la connaissance, elle n'est pas reprise de la *Critique*. Bien au contraire, s'inspirant de la *Critique* elle-même, l'*Anthropologie* en renouvelle le questionnement : « Que puis-je savoir ? » devient, au contact de la question de l'homme « Quelles sont les sources du savoir humain ? », la question « Que dois-je faire ? » se meut en une interrogation sur le domaine de « l'usage possible et utile de tout savoir » et enfin la question « Que m'est-il permis d'espérer ? » se transforme en une réflexion sur les limites de la raison¹⁹²⁸. Cette reformulation propre à l'*Anthropologie* des questions qui déterminent la *Critique* a pour conséquence de retourner la perspective de l'interrogation critique en l'inscrivant dans le devenir de la philosophie transcendantale. Ce n'est plus l'*a priori* de la connaissance qui est l'objet de l'interrogation, mais bien les rapports effectifs de l'homme au monde, et donc les conditions d'exercice de l'homme comme sujet de liberté dans le cadre de son existence d'homme naturel. La *Critique* détermine les conditions de la connaissance de l'homme et son domaine d'expérience, tout en transmettant les formes premières et non-dépassables d'exploration de la finitude. La *Critique* assure ainsi à l'*Anthropologie* la capacité de soumettre les empiricités au travail toujours à recommencer de la philosophie transcendantale. En d'autres termes, si les questions de l'entreprise critique offrent à l'interrogation anthropologique son contenu, cette dernière leur permet en retour d'atteindre le niveau du fondamental¹⁹²⁹. L'*Anthropologie* assure ainsi le truchement et le lien ténu entre la *Critique* et la philosophie transcendantale, c'est-à-dire entre l'*a priori* et le fondamental.

Seulement, ce rôle de liaison expose le domaine anthropologique au risque de l'amalgame. Trop rapidement perçu comme fondé par la *Critique* et fondant la philosophie transcendantale, le champ anthropologique est le lieu privilégié d'une confusion qui engendre sa reprise à la fois comme nécessaire *a priori* et constant fondement. C'est, pour le dire autrement, la mécompréhension, voire l'oubli, des modalités de la répétition anthropologique-critique¹⁹³⁰ qui engage le redoublement empirico-critique¹⁹³¹, dont nous avons vu qu'il assure la confusion de l'empirique et du transcendantal et fait entrer la pensée dans le sommeil anthropologique. Le problème de la philosophie depuis Kant reviendrait donc à considérer le champ anthropologique comme « un mixte impur et non réfléchi »¹⁹³², c'est-à-dire à ne jamais prendre l'originnaire qui s'y dévoile pour ce qu'il est, mais à lui attribuer les privilèges de l'*a priori* comme le sens du fondamental. C'est ainsi que le sujet qui se prend lui-même en tant qu'objet de connaissance à travers ses usages sera constamment compris, dans le double cadre – qui n'est pas le sien – d'une conscience de soi comme déterminé dans le temps d'une part, et d'un sujet transcendantal – condition même de la connaissance – de l'autre. L'oubli de la répétition anthropologico-critique

¹⁹²⁷ *Ibid.*, p. 74.

¹⁹²⁸ *Ibid.*, p. 51-52.

¹⁹²⁹ *Ibid.*, p. 54.

¹⁹³⁰ *Ibid.*, p. 52.

¹⁹³¹ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 352.

¹⁹³² Foucault, M., 2009, *op. cit.*, p. 67.

établit l'*Anthropologie* comme le fondement, d'apparence critique, d'un savoir positif sur l'homme alors même qu'elle n'a pour seul but que de transmettre « la vigueur critique à la fondation transcendante de la préséance de la finitude »¹⁹³³. L'*Anthropologie* est le « taon » de la philosophie, non son fondement et sa visée, mais le rappel constant de sa nature critique de réflexion de l'homme sur l'homme. L'interrogation sur la finitude humaine reste une réflexion sur la limite et la transgression¹⁹³⁴, sur cette possibilité même pour l'homme d'user de lui-même et de son monde de manière à produire une connaissance de lui-même et de son monde. En ce sens, son renouvellement, sa sortie du dispositif moderne qui l'emporte dans le sommeil, nous enjoint à repenser la démarche critique (qui organise de la répétition anthropologico-critique) elle-même, non parce qu'elle serait le fondement de l'*Anthropologie*, mais parce qu'elle en est le modèle et le cadre nécessaire. Renouveler la critique, de manière à réactiver la répétition anthropologico-critique, peut donc permettre de repenser l'Anthropologie en dehors du quadrilatère autour duquel la modernité l'avait enchaînée en tant que sa « disposition fondamentale »¹⁹³⁵. Pour dépasser l'illusion anthropologique, il faut la dialectiser¹⁹³⁶, c'est-à-dire y revenir pour mieux la dépasser. Déstabiliser le quadrilatère anthropologique n'équivaut en effet, ni à considérer l'anthropologie comme une critique, ni à l'envisager comme fondement unique du transcendantal, mais bien à se placer au cœur de son domaine, dans ce monde dont le sujet fait usage et dans lequel il fait usage de lui-même, pour reproduire la répétition anthropologico-critique. Autrement dit, il faut envisager, dans le champ anthropologique ainsi défini, la manière dont la conscience de soi de l'homme des usages peut déterminer un sujet transcendantal qui ne consiste pas uniquement à la répéter comme condition de possibilité de toute connaissance du monde. Penser l'impensé de la subjectivité implique, en d'autres termes, de redoubler la description de cette subjectivité par une interrogation sur la manière dont le sujet comme conscience de soi peut établir une connaissance de lui-même. Telle est la conclusion de l'*Introduction* de 1964 : contre l'illusion anthropologique, il faut « une vraie critique »¹⁹³⁷.

Le problème de la « vraie critique »

Mais qu'est-ce que serait, d'un point de vue méthodologique, cette « véritable critique » ? Foucault reste silencieux à cet égard, et se contente, en 1966, d'insinuer qu'elle aurait été mise en place dans l'œuvre nietzschéenne¹⁹³⁸, laissant pour seul recours au lecteur l'écho d'un rire¹⁹³⁹ qui le désarçonne autant qu'il a pour tâche de désarmer la philosophie endormie¹⁹⁴⁰. Il faut attendre 1978 pour que le philosophe français apporte quelques éclaircissements, à l'occasion d'une conférence à la Société

¹⁹³³ *Ibid.*, p. 77.

¹⁹³⁴ *Ibid.*, p. 78.

¹⁹³⁵ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 352.

¹⁹³⁶ Vandewalle, B., 2003, « L'analyse du dispositif anthropologique dans les *Dits et écrits* de Michel Foucault », Moreau, P.-F., (dir.), 2003, *Lectures de Michel Foucault III : Sur les Dits et écrits*, Lyon, ENS, p. 53-59, ici, p. 58-59.

¹⁹³⁷ Foucault, M., 2009, *op. cit.*, p. 78.

¹⁹³⁸ *Ibid.*, p. 78-79 ; Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 353.

¹⁹³⁹ Foucault oppose, à ceux qui souhaitent continuer à penser dans la figure anthropologique de l'homme moderne, « un rire philosophique – c'est-à-dire, pour une certaine part, silencieux » (Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 354).

¹⁹⁴⁰ Foucault, M., 2009, *op. cit.*, p. 79.

française de philosophie, dont le destin éditorial contrarié¹⁹⁴¹ a conduit à la production d'un texte – souvenir d'une voix éteinte – intitulé « Qu'est-ce que la critique ? »¹⁹⁴².

Dans cette intervention, Foucault se propose de retracer l'histoire de ce qu'il nomme l'attitude critique, cette manière de penser, de dire, d'agir, de se situer face à ce qui existe, ce que l'on sait, ce que l'on fait, la société, la culture ou autrui qui reste, selon lui, la seule constante unifiant les différents discours se revendiquant d'une approche critique¹⁹⁴³. Pour ce faire, il choisit d'analyser l'attitude critique comme un certain rapport au gouvernement séculier dont l'émergence et la multiplication des formes et des domaines marquent en un sens les prémisses de la modernité¹⁹⁴⁴. À l'intérieur du questionnement sur les manières de gouverner, qu'il nomme la « gouvernementalisation », il repère une interrogation récurrente, qui s'impose pour ainsi dire en miroir, est qui est celle des limites du gouvernement, de la manière de n'être pas gouverné, ou en tout cas, de ne pas l'être selon ses exigences. C'est donc autour de l'« art de n'être pas tellement gouverné »¹⁹⁴⁵ qu'il établit la première définition de la critique et repère des points d'ancrage historique. La critique des Écritures, les théorisations du droit naturel et le développement de la méthodologie scientifique sont trois des principaux modes de refus du gouvernement instauré, trois tentatives de produire ses propres normes de gouvernement qui définissent, selon lui, le foyer de la critique dans le triptyque savoir, pouvoir, sujet¹⁹⁴⁶. Cette affirmation lui permet d'enrichir sa définition première en opposant la gouvernementalisation, qui vise l'assujettissement des sujets à des mécanismes de pouvoir se revendiquant d'une certaine vérité, à la critique comme « mouvement par lequel le sujet se donne le droit d'interroger la vérité sur ses effets de pouvoir et le pouvoir sur ses discours de vérité »¹⁹⁴⁷. La critique peut finalement être qualifiée d'« art de l'inservitude volontaire », dont la principale fonction est le « désassujettissement » dans le jeu d'une « politique de la vérité »¹⁹⁴⁸.

Cette seconde définition « empirique [et] approximati[ve] »¹⁹⁴⁹ est un point d'appui à partir duquel Foucault aborde, de manière inattendue, l'incontournable passage de toute histoire de la critique qu'est le moment kantien. Selon lui, Kant proposerait une définition similaire à celle à laquelle il est lui-même parvenu – la critique comme art de « l'indocilité volontaire »¹⁹⁵⁰. Mais ce n'est pas son entreprise critique qu'il qualifie ainsi, mais le mouvement culturel des Lumières, cet *Aufklärung* auquel il consacre un article en 1784 ! Dans ce court texte, produit par Kant en réponse à la requête d'un journal berlinois, le philosophe allemand explicite ce mouvement de l'*Aufklärung*, qui a, sous différentes formes, gagné à cette époque l'ensemble de l'Europe, comme « la sortie de l'homme hors de l'état de tutelle dont il est lui-même responsable »¹⁹⁵¹ et lui donne comme principal moteur, une devise, devenue célèbre : *Sapere Aude !* « Aie le courage de te servir de ton propre entendement »¹⁹⁵². Foucault voit donc dans cet appel à la sortie de la minorité de

¹⁹⁴¹ Cette conférence, n'ayant jamais été relue par Foucault, ne sera publiée qu'après sa mort en 1990.

¹⁹⁴² Foucault, M., 1978a, *op. cit.*

¹⁹⁴³ *Ibid.*, p. 36.

¹⁹⁴⁴ *Ibid.*, p. 37.

¹⁹⁴⁵ *Ibid.*, p. 38.

¹⁹⁴⁶ *Ibid.*, p. 39.

¹⁹⁴⁷ *Ibid.*

¹⁹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁹⁴⁹ *Ibid.*, p. 40.

¹⁹⁵⁰ *Ibid.*, p. 39.

¹⁹⁵¹ Kant, E., 1784, *op. cit.*, p. 43.

¹⁹⁵² *Ibid.*

l'homme, l'exemple historique central de son histoire de l'attitude critique. L'injonction à se détacher de l'état de tutelle dans lequel les hommes se sont eux-mêmes placés est en effet une invitation à refuser une certaine forme d'autorité, de gouvernement qui conduirait les hommes à ne plus penser par eux-mêmes. Foucault appuie, en outre, son argumentation en rappelant que les différents exemples donnés par Kant pour expliciter cette lutte pour la majorité s'inscrivent dans les trois domaines historiques qu'il a déterminés comme fondateurs de l'attitude critique : la religion, le droit et la connaissance¹⁹⁵³.

Ce déplacement soudain, eu égard à une histoire convenue de la critique, pose évidemment le problème de savoir en quoi l'entreprise critique kantienne pourrait, selon cette lecture, s'inscrire dans le mouvement « véritablement critique » de l'*Aufklärung*. Foucault évacue pourtant rapidement ce questionnement en affirmant que l'entreprise critique kantienne appartient à l'*Aufklärung* comme un redoublement de son questionnement à l'égard du savoir : « par rapport à l'*Aufklärung*, la critique sera aux yeux de Kant ce qu'il va dire au savoir : sais-tu bien jusqu'où tu peux savoir ? »¹⁹⁵⁴. Selon lui, la critique reproduit, au niveau de la connaissance, l'entreprise de l'*Aufklärung* d'interrogation de notre possible soumission à une autorité et de l'existence d'une liberté, d'une autonomie, dans ce rapport. S'il s'étend peu à propos de ce point problématique – sur lequel nous aurons l'occasion de revenir –, c'est qu'il vise, par cette mise en exergue de l'*Aufklärung* kantienne dans l'histoire de l'attitude critique, la détermination de la nature de la critique moderne. Le décalage qu'il a repéré, sans en préciser les modalités, entre critique et *Aufklärung*, lui permet en effet d'aborder le devenir singulier de la critique au XIX^e siècle.

Selon Foucault, le développement de l'attitude critique, après le moment kantien, se caractérise par la prédominance d'un modèle avant tout gnoséologique, c'est-à-dire favorisant d'avantage l'entreprise critique que l'*Aufklärung*. Le développement d'une science positive, l'émergence d'un système étatique se prenant lui-même comme raison, et la possibilité ouverte au carrefour de ces deux premiers éléments d'une science d'État – trois éléments caractéristiques du XIX^e siècle – marqueraient en effet le glissement de l'attitude critique vers une critique en retrait par rapport à l'ambition de l'*Aufklärung*. Ainsi, Foucault fait jouer le moment kantien comme un pivot historique : il aurait permis un décalage entre critique et *Aufklärung*, ouvrant ainsi un espace où se jouerait entièrement l'attitude critique des XIX^e et XX^e siècles. Entre le positivisme scientifique et l'apparition d'une gouvernementalité moderne fondée sur des processus de rationalisation de l'économie et de la société, il n'est plus question des limites de l'obéissance. L'attitude critique se situe désormais dans un interstice où est questionné le rôle historique de la raison dans le développement d'une gouvernementalité qui, en s'appuyant sur la science, produit des techniques de pouvoir plus raffinées mais également plus puissantes. L'appel au courage a, autrement dit, été remplacé, par le truchement de l'interrogation sur les rapports entre *Aufklärung* et critique, par une méfiance à l'égard des effets politiques de la raison¹⁹⁵⁵. La démarche critique du XIX^e siècle n'est plus celle de l'*Aufklärung*, mais relève uniquement de la critique gnoséologique kantienne de connaître la connaissance.

Comment ne pas ici apercevoir le complément à l'analyse menée dans *Les mots et les choses* ? Si le développement de savoirs positifs, qui faisait l'objet de l'ouvrage de 1966,

¹⁹⁵³ Foucault, M., 1978a, *op. cit.*, p. 40.

¹⁹⁵⁴ *Ibid.*, p. 41.

¹⁹⁵⁵ *Ibid.*, p. 42.

est, en 1978, l'espace où se consomme la séparation de la critique et de l'*Aufklärung*, le sommeil anthropologique et ses causes trouvent ici une nouvelle lecture. En effet, si nous avons, par une lecture croisée de l'ouvrage de 1966 avec l'*Introduction* de 1964, pu mettre en lumière le fait que le sommeil anthropologique naissait de l'oubli de la répétition anthropologico-critique, nous comprenons ici que cet oubli n'est pas celui de la critique gnoséologique, mais celui de l'attitude critique. Ou, pour le dire en peu de mots, l'*Aufklärung* semble bien être la « vraie critique » tant recherchée.

Des rapports de la critique à la « vraie critique »

La justification d'une telle affirmation demande de revenir sur le problème de l'articulation de la *Critique* et de l'*Aufklärung* laissé en suspens précédemment. S'il existe un décalage entre les deux ambitions critiques, elles ne sont pas pour autant, ainsi que nous l'avons vu, séparées. En 1978, Foucault précise rapidement que l'ambition de déterminer les conditions de possibilité du savoir entretient un rapport à la question de l'*Aufklärung*, moins en tant que cette démarche critique serait une preuve de courage, une tentative affirmée de se servir de son entendement pour s'affirmer comme majeur, que parce que la réflexion sur les conditions de possibilités de la connaissance est une démarche qui nous permet de déterminer le principe de l'autonomie. La *Critique* nous précise que c'est avant tout dans la connaissance de notre connaissance et de ses limites que nous pouvons entrevoir ce que peut être notre liberté et comment et jusqu'où nous pouvons ainsi agir de manière autonome. C'est ce que résume Foucault en affirmant que « Kant a fixé à la critique dans son entreprise de désassujettissement par rapport au jeu du pouvoir et de la vérité, comme tâche primordiale, comme prolégomène à toute *Aufklärung* présente et future, de connaître la connaissance »¹⁹⁵⁶.

Pour comprendre ce rôle de préalable de la *Critique* à l'égard de l'*Aufklärung*, il faut se reporter au texte kantien de 1784 qui détermine l'*Aufklärung* comme un certain usage de la raison. L'argumentation du philosophe de Königsberg dans cet article repose toute entière sur la distinction qu'il opère entre l'usage *privé* et l'usage *public* de la raison. En effet, ne souhaitant pas appeler, par son injonction à se servir de son entendement, à la révolution qui ne permet « jamais une vraie réforme du mode de penser »¹⁹⁵⁷, Kant se doit d'articuler la volonté d'autonomie qui qualifie l'*Aufklärung* et la nécessaire obéissance qui organise la société. Pour ce faire, il énonce l'existence d'un usage *privé* de la raison qui peut être limité et un usage *public* qui lui se doit de rester entièrement libre. L'usage privé est celui que l'on exerce lorsque l'on effectue certaines « charges civiles »¹⁹⁵⁸, certaines fonctions relatives au bon fonctionnement de la société comme payer ses impôts, être fonctionnaire ou être soldat. Dans ce cas où l'usage de la raison s'applique à la réalisation de certaines fins qui lui sont extérieures, Kant admet que la liberté peut être amoindrie et que l'obéissance est alors une obligation. Mais cette activité de la raison par l'homme en tant qu'il est « partie de la machine »¹⁹⁵⁹ ne freine en rien la généralisation de la liberté et de l'autonomie de pensée, car l'avènement de l'*Aufklärung* repose avant tout sur la direction prise par cette machine qu'est la société ou la communauté. Il est possible de

¹⁹⁵⁶ *Ibid.*

¹⁹⁵⁷ Kant, E., 1784, *op. cit.*, p. 45.

¹⁹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁹⁵⁹ *Ibid.*

limiter sa critique et sa liberté de raisonner en vue d'accomplir les tâches inhérentes au maintien de la société et de son ordre, dans la mesure où cet ordre favorise la liberté illimitée d'user de sa raison de manière publique, c'est-à-dire en tant que *savant* qui partage, au moyen d'écrits¹⁹⁶⁰, ses pensées avec la communauté. Mais là où la distinction prend toute son ampleur heuristique, c'est que Kant affirme que la limitation de l'usage privé de la raison est nécessaire à la totale liberté de l'usage public. En effet, si l'obéissance est justifiée dans la mesure où elle participe d'un projet global d'autonomie, à l'inverse, l'autonomie d'un peuple ne peut être assurée qu'au sein d'une société politiquement organisée : « Un degré supérieur de liberté civile semble bénéfique à la liberté de l'*esprit* du peuple et lui impose cependant des bornes infranchissables ; un moindre de degré de liberté civile ménage en revanche l'espace où il s'épanouira autant qu'il est en son pouvoir »¹⁹⁶¹. Ainsi, il n'y a pas d'opposition entre l'autonomie et l'obéissance, l'un éclaire la nécessité de l'autre et organise sa possibilité et l'*Aufklärung* est finalement entendu comme ce moment où la gouvernementalité peut prendre pour injonction « *raisonnez autant que vous voulez et sur ce que vous voulez, mais obéissez !* »¹⁹⁶². Ainsi, la compréhension des différents usages de notre raison, qui est une mise en évidence des conditions et des limites de notre connaissance, permet de situer l'espace au sein duquel la liberté peut se déployer de manière optimale, entre exigence d'obéissance et volonté d'autonomie. En pratiquant la critique de la raison, nous savons jusqu'où nous pouvons penser, et nous établissons ainsi un espace d'autonomie où l'obéissance à des règles équivaut à une réalisation de sa liberté¹⁹⁶³. C'est en reconnaissant les limites de l'usage libre de la raison que se dévoile le champ de son usage libre illimité.

C'est en ce sens que la *Critique*, qui vise la détermination des usages légitimes de la raison, acquiert le statut de préalable à l'*Aufklärung*, tout en s'inscrivant pleinement comme l'un de ses représentants, en tant qu'elle est l'usage public libre de sa raison par un savant. La *Critique*, puisqu'elle a pour « rôle de définir les conditions dans lesquelles l'usage de la raison est légitime pour déterminer ce qu'on peut connaître, ce qu'il faut faire et ce qu'il est permis d'espérer » offre à l'*Aufklärung*, entendu comme le « moment où l'humanité va faire usage de sa propre raison, sans se soumettre à aucune autorité »¹⁹⁶⁴, sa structure de fonctionnement. Et, en retour, l'*Aufklärung* permet finalement aux trois questions qui forment le champ de la *Critique* un domaine d'application, une consistance pratique. « La Critique c'est en quelque sorte le livre de bord de la raison devenue majeure dans l'*Aufklärung*, et inversement, l'*Aufklärung*, c'est l'âge de la Critique »¹⁹⁶⁵, ainsi que le résume justement Foucault.

Ainsi l'*Aufklärung* se confirme comme cette vraie critique que recherchait Foucault, non en opposition avec la *Critique*, mais comme son nécessaire pendant. Il y a *Aufklärung*, ainsi que le résume Foucault, « lorsqu'il y a superposition de l'usage universel, de l'usage libre et de l'usage public de la raison »¹⁹⁶⁶. La parution de la *Critique* confirme donc l'âge de l'*Aufklärung*, mais c'est en tant qu'évènement autant que contenu. En effet, l'entreprise de critique gnoséologique qu'elle réalise ne suffit pour assurer la vraie critique. La simple

¹⁹⁶⁰ *Ibid.*, p. 47.

¹⁹⁶¹ *Ibid.*, p. 50-51.

¹⁹⁶² *Ibid.*, p. 50.

¹⁹⁶³ Foucault, M., 1978a, *op. cit.*, p. 41.

¹⁹⁶⁴ Foucault, M., 1984e, *op. cit.*, p. 1386.

¹⁹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁹⁶⁶ *Ibid.*, p. 1385.

reprise d'une critique des applications et limites de la raison ne permet pas la superposition des trois usages qui fait l'*Aufklärung*. Car si l'usage universel, celui où la raison ne vise qu'elle-même comme fin, peut être pratiqué par tous, de manière individuelle, et que la liberté d'un tel usage peut être assurée par une absence de poursuite gouvernementale contre lui, reste la question de l'organisation de l'usage public. Comment la gouvernementalisation peut-elle assurer l'aspect public de l'usage libre et universel de la raison ? L'usage public et libre de la raison, dont nous avons vu qu'il conditionne – autant qu'il est conditionné par – la possibilité de l'obéissance, ne peut s'exercer que si le principe politique auquel il obéit est lui-même conforme à la raison universelle¹⁹⁶⁷. En ce sens, l'*Aufklärung*, parce qu'elle réunit les trois usages de la raison, se révèle comme un problème essentiellement politique¹⁹⁶⁸. Elle porte en son sein une nécessaire perspective politique d'organisation des connaissances (en tant qu'elles sont volonté de vérité), telle qu'elle permette au sujet d'intervenir dans le jeu du pouvoir, sans y perdre sa liberté. Son architecture tient ainsi lieu de garde-fou théorique au projet pratique qu'elle représente. Tout en appelant à la sortie du joug des tutelles, elle ne vise pas la révolution, mais s'impose comme un mouvement collectif, social et politique nécessairement progressif, induisant, par conséquent, un équilibre raisonné et raisonnable de la gouvernementalité, c'est-à-dire de l'ordre et de la liberté, du pouvoir et du sujet. L'*Aufklärung* est définitivement cet essentiel adverbe de la définition de l'attitude critique comme art de ne pas être *tellement* gouverné. Elle est le point d'achoppement où les ambitions de la raison humaine à se gouverner selon ses propres règles se confrontent aux exigences concrètes d'un partage d'une telle expérience. Elle est le lieu où l'idéal de l'*a priori* rencontre le concret de l'originaire dans le but d'y fonder une perspective transcendante.

Ainsi décrite, on s'aperçoit que l'*Aufklärung* répète l'articulation entre *Critique* et *Anthropologie* que nous avons mise en évidence. La répétition critique qui s'opère au sein de l'*Aufklärung* redouble la répétition anthropologico-critique car l'attitude critique, que magnifie l'*Aufklärung* en tant qu'elle nécessite et implique la *Critique*, est le modèle de la répétition anthropologico-critique. Architecture commune donc, puisque l'*Aufklärung* est le modèle de la « vraie critique » qui permet à l'*Anthropologie* d'exister comme domaine à part entière¹⁹⁶⁹. Foucault affirme d'ailleurs, dans son commentaire de 1984, que l'illusion et le dogmatisme, comme usage illégitime de la raison, ont pour origine l'absence de recours à la *Critique*, entendue à la fois comme le nécessaire guide de l'*Aufklärung* et son premier effet. C'est en effet en dissociant la *Critique* de son rôle de prolégomène à l'*Aufklärung*, c'est-à-dire de point de départ d'une critique politique, pour la limiter à sa seule fonction gnoséologique de détermination des conditions de possibilités de la connaissance scientifique, que le développement du positivisme et des savoirs positifs a fait de l'*Anthropologie* une coquille vide de tout originaire où le fondamental et l'*a priori* se redoublent constamment dans un mouvement narcotique qui fixe « l'analyse précritique de ce qu'est l'homme en son essence » comme « tout ce qui peut se donner en général à l'expérience de l'homme »¹⁹⁷⁰. Le problème du développement d'une science positive de l'homme – particulièrement, nous l'avons vu, d'une anthropologie scientifique – est qu'il

¹⁹⁶⁷ *Ibid.*, p. 1386.

¹⁹⁶⁸ *Ibid.*

¹⁹⁶⁹ C'est à ce titre que l'*Aufklärung* est en 1978 « le problème de la philosophie moderne » (Foucault, M., 1978a, *op. cit.*, p. 45), comme l'était l'*Anthropologie* en 1966 (Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 352-353).

¹⁹⁷⁰ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 352.

s'opère en oubliant que la *Critique*, si elle est le nécessaire préalable de l'*Aufklärung*, en est également le résultat. Le sommeil anthropologique masque le fait que seule l'*Aufklärung* est la vraie critique au sens où elle joue le double rôle d'inscription des critiques possibles dans le concret des usages du sujet et du monde, et de condition d'universalisation possible de ces critiques. Parce que c'est en son sein que prend corps tout critique possible, entendue comme attitude concrète et comme critique véritable, l'*Aufklärung* est la seule *critique* qui permet de lutter contre l'illusion anthropologique.

Réactualiser la question de l'*Aufklärung*

Si l'*Aufklärung* est la « vraie *critique* » tant recherchée, dans quelle mesure peut-elle être mise à nouveau en activité, sachant que l'histoire des XIX^e et XX^e siècles en magnifie la minoration au profit de la critique gnoséologique ? Il ne suffit pas, en effet, pour réveiller la pensée, d'opérer un retour à l'*Aufklärung* – ce serait tomber dans le piège du quadrilatère anthropologique –, mais d'envisager comment la *Critique* peut renouer avec l'attitude critique qu'elle débute et qui la rend possible. Il faut réactiver la répétition critique qui s'opère dans l'*Aufklärung* et qui assure à la répétition anthropologico-critique sa pertinence. Pour ce faire, il convient de reposer, aujourd'hui, la question « Was ist Aufklärung ? ».

Dans l'historique de l'attitude critique qu'il présente en 1978, Foucault note en effet que le glissement de celle-ci d'un art de ne pas être tellement gouverné à une méfiance à l'égard des enjeux politiques de la rationalité, en valorisant la critique gnoséologique à l'égard de l'*Aufklärung*, a laissé ce dernier comme un problème. Problème que la France n'aurait su, selon lui, prendre en charge, tant la liaison intime de la Révolution avec les Lumières aurait freiné la critique des effets de pouvoir de la raison. Les penseurs français se seraient contentés, jusque dans l'écriture de l'histoire de la philosophie, de rendre hommage aux politiques des Lumières tout en discriminant la rationalité qui s'y était développée¹⁹⁷¹. C'est en Allemagne, dans une tradition qui de Kant en passant par Hegel, Nietzsche, Husserl et enfin Habermas, que Foucault situe la survivance d'une problématisation de l'*Aufklärung*. Ces différents auteurs auraient, selon lui, maintenu vivante une interrogation sur la nature de l'*Aufklärung*, en s'attachant à décrire le développement de la rationalité occidentale en portant un regard soupçonneux sur ses enjeux et effets politiques, notamment par le biais d'une critique des développements communs du positivisme, de l'objectivisme et de la rationalité gouvernementale, telle qu'a pu la mener l'École de Francfort. La tradition germanique, dont Foucault faisait, à travers la figure nietzschéenne, une ouverture de ces analyses de 1964 et 1966, offrirait à la philosophie française un type de questionnement sur les relations entre *ratio* et pouvoir¹⁹⁷², digne d'une problématisation de l'*Aufklärung*. Il note d'ailleurs que cette modalité d'interrogation se serait introduite en France, après la Seconde Guerre Mondiale, sous l'égide de la question du sens, et par le biais de la relecture sartrienne de la phénoménologie husserlienne¹⁹⁷³. Mais il s'empresse d'ajouter que c'est l'émergence de l'histoire des sciences de tradition française, celle-là même à laquelle il appartient et qui rassemble Cavailles, Bachelard et Canguilhem, que la critique politique de la raison se serait enfin instauré pleinement. Par le biais de ces « analyses faites sur l'histoire de la rationalité scientifique avec les effets de contrainte liés

¹⁹⁷¹ Foucault, M., 1978a, *op. cit.*, p. 43.

¹⁹⁷² *Ibid.*

¹⁹⁷³ *Ibid.*, p. 44.

à son institutionnalisation et à la constitution de modèles »¹⁹⁷⁴, la question « Was ist Aufklärung ? » revenir au cœur de la pensée française comme une question d'importance. Non, donc, que l'histoire épistémologique des sciences aurait réinstauré une interrogation critique digne de celle de l'*Aufklärung*, mais qu'en proposant un questionnement véritablement critique sur les enjeux politiques et de gouvernementalité de la rationalité, elle aurait mis en exergue, par « la réciproque et l'inverse »¹⁹⁷⁵, la nécessité d'une problématisation nouvelle de l'*Aufklärung*. Cette historicisation géographique bipartite permet finalement à Foucault de montrer qu'une analyse historico-philosophique sur les rapports des sujets aux discours de vérité (en tant que ceux-ci induisent des mécanismes d'assujettissement) participe du renouvellement, dans la pensée française, de l'*Aufklärung* comme problème central¹⁹⁷⁶ en tant qu'elle essaie « de voir sous quelles conditions, au prix de quelles modifications ou de quelles généralisations on peut appliquer à n'importe quel moment cette question de l'*Aufklärung* »¹⁹⁷⁷.

Foucault s'applique donc, ensuite, à détailler comment une telle analyse pourrait s'opérer. Afin de s'inscrire au plus près de l'ambition politique de l'*Aufklärung* (tout en prenant acte de son recul à l'égard de la critique de la connaissance), il se départit des analyses de l'École de Francfort¹⁹⁷⁸ – qualifiées d'« enquête en légitimité des modes historiques du connaître »¹⁹⁷⁹ – qui sont selon lui trop proches de la critique gnoséologique bien qu'elles s'intéressent au rapport de la rationalité et du pouvoir, et propose une procédure différente qu'il nomme « épreuve d'événementialisation »¹⁹⁸⁰. Cette enquête prendrait pour point de départ et d'appui, non la connaissance et le problème de l'incidence de sa légitimité sur les enjeux de gouvernementalité, mais le pouvoir, pour repérer les connexions à l'œuvre entre les mécanismes de coercition et les éléments de connaissance¹⁹⁸¹. Il s'agit, pour le dire autrement et ainsi que le précise ensuite Foucault, d'opérer à la fois une archéologie, une généalogie et une analyse stratégique des complexes de pouvoirs/savoirs qui soient telles qu'elles induisent des singularités « qui se fixent à partir de leurs conditions d'acceptabilité et un champ de possibles, d'ouverture d'indécisions, de retournements et de dislocations éventuelles qui les rend fragiles, qui les rend impermanentes, qui font de ces effets des événements, rien de plus, rien de moins, que des événements ? »¹⁹⁸². La question de l'*Aufklärung*, la question du renouvellement de la critique est finalement celle-ci :

De quelle façon les effets de coercition propres à ces positivités peuvent-ils être [...] inversés ou dénoués à l'intérieur d'un champ stratégique

¹⁹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁹⁷⁵ *Ibid.*

¹⁹⁷⁶ *Ibid.*, p. 45.

¹⁹⁷⁷ *Ibid.*, p. 47.

¹⁹⁷⁸ L'ensemble de cette intervention s'inscrit dans un débat avec Jürgen Habermas sur le rôle de la critique et la nature de la maturité des Lumières, sur lequel nous ne nous étendrons pas mais qui a été de nombreuses fois abordé par les commentateurs. Voir, notamment, à ce propos : Kelly, M., (éd.), 1994, *Critique and Power: Recasting the Foucault / Habermas Debate*, Cambridge, Massachusetts, MIT Press ; Dreyfus, H.L., Rabinow, P., 1989, « Qu'est-ce que la maturité ? Habermas, Foucault et les lumières », Couzen Hoy, D., (éd.), 1989, *Michel Foucault, Lectures Critiques*, Bruxelles, De Boek Wesmael, trad. fr. J. Colson, p. 127-140.

¹⁹⁷⁹ Foucault, M., 1978a, *op. cit.*, p. 47.

¹⁹⁸⁰ *Ibid.*, p. 47-48.

¹⁹⁸¹ *Ibid.*, p. 48.

¹⁹⁸² *Ibid.*, p. 52-53.

concret, de ce champ stratégique concret qui les a induits, et à partir de la décision justement de n'être pas gouverné ?¹⁹⁸³

Reprendre à notre compte la question de l'*Aufklärung* nécessite donc de retourner le mouvement de basculement qui a soumis le projet de l'*Aufklärung* à la critique de la connaissance, afin de parcourir en sens inverse ce déportement de l'*Aufklärung* dans la critique. Il s'agit donc de partir de l'ambition de n'être pas tellement gouverné, de cette attitude à la fois individuelle et collective de sortie de sa minorité comme le disait Kant, pour aborder, disons à rebours, la question de la connaissance dans son rapport à la domination. Retrouver une vraie critique dans le champ philosophique exige, en toute cohérence, « la réactivation permanente d'une attitude », l'adoption d'un certain « *ethos* philosophique »¹⁹⁸⁴ qui, comme modification de la pensée philosophique, permette de repenser l'impensé.

Le nécessaire déplacement méthodologique de la critique

Cette attitude, « consistant dans une critique de ce que nous disons, pensons et faisons »¹⁹⁸⁵, Foucault en détaille les contours à la fin de son commentaire du texte kantien. Parcourant à nouveau frais et de manière positive la perspective kantienne, il précise que la critique, plutôt que de viser la limitation du processus du connaître sous l'égide de la légitimité, s'imposera comme une analyse de ces limites et de leur possible franchissement. Pour ce faire, elle s'opérera non dans les structures formelles, à valeur universelle, de la connaissance, mais sous la forme d'une « enquête historique à travers les événements qui nous ont amenés à nous constituer à nous reconnaître comme sujets de ce que nous faisons, pensons et disons »¹⁹⁸⁶. C'est au cœur de « ce qui nous est donné comme universel, nécessaire, obligatoire », que la critique mettra en question les frontières mêmes de ce territoire en s'interrogeant sur « la part de ce qui est singulier, contingent et dû à des contraintes arbitraires »¹⁹⁸⁷. Ainsi, elle sera bien une épreuve d'événementialisation, telle que définie dans l'intervention de 1978, puisqu'elle questionnera les événements qui ont engagé et déterminé notre mode d'être actuel. L'archéologie, qui permet de questionner les discours articulant notre mode d'être historique comme autant d'événements historiques, sera donc son préalable méthodologique, tandis que la généalogie s'imposera comme sa finalité, afin de dégager de la contingence qui a modelé notre mode d'être historique « la possibilité de ne plus être, faire ou penser ce que nous sommes, faisons ou pensons »¹⁹⁸⁸. C'est ainsi que l'attitude critique pourra, aujourd'hui, nous permettre d'envisager le champ d'une liberté qui sera par là même concrétisée. Seulement, pour donner corps à ce rêve de liberté, Foucault ajoute que cette attitude devra également être expérimentale : tout en ouvrant des domaines historiques d'enquête, elle se confrontera à l'actualité et à la réalité. L'*Aufklärung* est une réflexion historico-critique qui doit questionner le présent. La critique devra, en ce sens, se fixer sur des terrains précis, des points d'événementialisation délimités, de manière à envisager les points de changements possibles, tout en déterminant,

¹⁹⁸³ *Ibid.*, p. 53.

¹⁹⁸⁴ Foucault, M., 1984e, *op. cit.*, p. 1390.

¹⁹⁸⁵ *Ibid.*, p. 1393.

¹⁹⁸⁶ *Ibid.*

¹⁹⁸⁷ *Ibid.*

¹⁹⁸⁸ *Ibid.*

dans le même mouvement, la forme précise à donner à ce changement. L'attitude critique doit être un questionnement sur nous-mêmes autant que sur le présent et donc prendre la forme d'une « ontologie critique de nous-mêmes »¹⁹⁸⁹. Elle se veut une enquête historico-critique qui, parce qu'elle est épreuve historico-pratique des limites que nous pouvons franchir – autrement dit travail de nous-mêmes sur nous-mêmes en tant qu'êtres libres –, relève bien d'une *attitude* critique au sein de laquelle la critique gnoséologique se répète dans la question politique de l'*Aufklärung*. C'est ce que Foucault nomme une « ontologie de l'actualité »¹⁹⁹⁰. Ainsi, la « vraie critique » repose sur une étude des modes de problématisations, au sens où les diverses enquêtes qui peuvent participer de cette ontologie critique de nous-mêmes doivent viser, c'est leur cohérence théorique, la définition de « formes historiquement singulières dans lesquelles se sont problématisées les généralités de notre rapport aux choses, aux autres et à nous-mêmes »¹⁹⁹¹. Pour ce faire, il convient qu'elles suivent une voie méthodologique spécifique, celle d'une étude à la fois archéologique et généalogique de pratiques concrètes, comprises tant comme type technologique de rationalité que comme jeux stratégiques des libertés¹⁹⁹². C'est de cette manière seulement que pourra être réactualisé le travail critique entendu comme travail sur les limites de notre être présent ; c'est ainsi que nous pourrions faire table rase de ce présent pour penser l'homme et sa subjectivité en dehors du quadrilatère anthropologique.

Ainsi, vingt ans après avoir problématisé la sortie de l'illusion anthropologique, Foucault s'appliquait à y travailler. En effet, en qualifiant ainsi l'attitude critique renouvelée, Foucault fait écho – ainsi que le laisse transparaître la référence à l'archéologie et la généalogie – à ses propres travaux. Or, après avoir réalisé une archéologie des discours touchant à l'homme¹⁹⁹³, puis avoir établi la généalogie des enjeux de gouvernementalité de leur application¹⁹⁹⁴, Foucault opère au début des années 1980¹⁹⁹⁵, un déplacement méthodologique vers une enquête stratégique des modes de problématisations, que la parution, en 1984, des volumes II et III de l'*Histoire de la sexualité* explicite publiquement¹⁹⁹⁶. En ce sens, le commentaire du texte kantien, que Foucault avait préparé pour son cours au Collège de France de 1983, se dévoile comme le lieu d'unification de la pensée foucauldienne, le moment où il peut relire l'ensemble de son œuvre sous l'égide du

¹⁹⁸⁹ *Ibid.*, p. 1396.

¹⁹⁹⁰ Foucault, M., 1984i, « Qu'est-ce que les Lumières ? », *Magazine littéraire*, n°207, p. 35-39, *Dits et écrits*, texte 351, vol. 2, p. 1498-1507, ici, p. 1507.

¹⁹⁹¹ Foucault, M., 1984e, *op. cit.*, p. 1396-1397.

¹⁹⁹² *Ibid.*, p. 1396.

¹⁹⁹³ Foucault, M., 1963, *op. cit.* ; Foucault, M., 1966a, *op. cit.* ; Foucault, M., 1972a, *op. cit.*

¹⁹⁹⁴ Foucault, M., 1975a, *op. cit.* ; Foucault, M., 1976a, *op. cit.*

¹⁹⁹⁵ C'est dans les cours au Collège de France que ce glissement peut être lu (notamment Foucault, M., *Subjectivité et vérité, Cours au Collège de France. 1980-1981*, Paris, Gallimard Seuil, à paraître ; Foucault, M., 2001, *L'Herméneutique du sujet, Cours au Collège de France. 1981-1982*, Paris, Gallimard Seuil), mais leur publication posthume ne permit pas aux lecteurs contemporains du philosophe de suivre cette évolution de sa pensée.

¹⁹⁹⁶ En 1976, le quatrième de couverture du premier volume de l'*Histoire de la sexualité* (Foucault, M., 1976a, *op. cit.*) annonçait en effet un ambitieux programme d'étude de la sexualité au XIX^e siècle fait de cinq volumes à paraître (2. *La chair et le corps* ; 3. *La croisade des enfants* ; 4. *La femme, la mère et l'hystérique* ; 5. *Les pervers* ; 6. *Populations et races.*), mais aucun d'eux ne parut, et en 1984, Foucault publia simultanément deux tomes consacrés à l'Antiquité où s'opérait un important déplacement méthodologique.

problème anthropologique kantien qui l'avait inaugurée¹⁹⁹⁷. C'est d'ailleurs ce qu'il s'attache à préciser dans les nombreuses interviews ou publications qu'ils effectuent en 1984 pour justifier l'apparent revirement de perspective de ses deux derniers ouvrages¹⁹⁹⁸. Parmi elles, l'entretien avec François Ewald¹⁹⁹⁹, son assistant au Collège de France, paru dans le *Magazine Littéraire* en mai 1984²⁰⁰⁰ est riche d'enseignement. Foucault décrit son œuvre comme une « histoire des rapports que la pensée entretient avec la vérité », une « histoire de la pensée en tant qu'elle est pensée de la vérité »²⁰⁰¹ au sein de laquelle la notion de « problématisation » sert de liant à ses différents travaux. Il peut ainsi affirmer que l'*Histoire de la folie* traitait de la manière dont la folie a été problématisée, à un moment donné, à travers une pratique institutionnelle et un appareil de connaissance, que *Surveiller et punir* analysait les changements dans la problématisation des rapports entre délinquance et châtement, et que donc, ses derniers ouvrages s'inscrivent dans la continuité en interrogeant la manière dont s'est problématisée, à cette époque, la sexualité. Seulement, au lieu de partir du problème envisagé dans son contexte social, politique et épistémologique (comme dans le cas de la folie), il s'agit désormais de s'interroger sur la manière dont la sexualité devient un problème pour les individus. La problématisation, entendue comme « l'ensemble des pratiques discursives ou non-discursives qui fait entrer quelque chose dans le jeu du vrai et du faux et le constitue comme objet pour la pensée (que ce soit sous la forme de la réflexion morale, de la connaissance scientifique, de l'analyse politique, etc.) »²⁰⁰², détermine une « expérience » qui peut être abordée par différents biais. C'est que confirme l'introduction de *l'Usage des plaisirs*²⁰⁰³ en définissant l'expérience en tant que « corrélation, dans une culture, entre domaines de savoir, types de normativités et formes de subjectivités »²⁰⁰⁴. Cette expérience peut être abordée du point de vue du savoir, de la formation de certaines vérités, du point de vue du pouvoir, autrement dit, des implications gouvernementales de ces vérités, ou encore du point de vue des subjectivités, c'est-à-dire des effets individualisants de vérités qui sont également des technologies de pouvoir. En ce sens, l'analyse des « formes dans lesquelles les individus peuvent et doivent se reconnaître comme sujet de cette sexualité »²⁰⁰⁵ que Foucault mène dans les deux volumes de 1984 consiste à aborder le problème de la sexualité, de ses savoirs et des effets de pouvoirs, tel qu'aborder en 1976, sous un angle différent, mais complémentaire. C'est un troisième temps de l'histoire des rapports de la pensée à la vérité que Foucault

¹⁹⁹⁷ Comme il le précise dans un entretien avec François Ewald : « on va toujours à l'essentiel à reculons ; ce sont les choses les plus générales qui apparaissent en dernier lieu » (Foucault, M., 1984h, « Le souci de la vérité », *Magazine littéraire*, n°207, p. 18-23 ; *Dits et écrits*, texte 350, vol. 2, p. 1487-1497, ici, p. 1488).

¹⁹⁹⁸ La parution des deux derniers volumes de *l'Histoire de la sexualité* a réellement troublé les lecteurs et les commentateurs et a participé à forger l'idée d'une rupture dans l'œuvre de Foucault ; césure qu'une lecture attentive de l'ensemble de ses travaux dissipe rapidement. Voir à ce propos, par exemple, Le Blanc, G., 2006, *La pensée Foucault*, Paris, Ellipses ou Andrieu, B., 2004, « La fin de la biopolitique chez Michel Foucault : le troisième déplacement », *Le Portique*, 13-14, [En ligne, consulté le 17 septembre 2011] <http://leportique.revues.org/index627.html>.

¹⁹⁹⁹ Foucault, M., 1984h, *op. cit.*

²⁰⁰⁰ Dans lequel paraît également une version de son commentaire du texte kantien issue du cours au Collège de France de 1983.

²⁰⁰¹ Foucault, M., 1984h, *op. cit.*, p. 1488.

²⁰⁰² *Ibid.*, p. 1489.

²⁰⁰³ Foucault, M., 1984a, *op. cit.*, p. 9-45, et plus particulièrement dans la section « Modifications », p. 9-21.

²⁰⁰⁴ *Ibid.*, p. 10.

²⁰⁰⁵ *Ibid.*, p. 11.

développe en fait, ainsi qu'il le précise lui-même : les jeux de vérités, entendus comme ces processus par lesquels des discours entre dans le jeu du vrai et du faux, ne devaient plus être étudiés les uns par rapport aux autres (archéologie), ni par rapport aux relations de pouvoir (généalogie), mais devaient être questionnés dans le rapport de soi à soi et la constitution de soi-même comme sujet²⁰⁰⁶ (herméneutique²⁰⁰⁷). Ainsi nulle rupture dans le projet foucauldien, puisque l'« herméneutique du sujet »²⁰⁰⁸ complète l'histoire de la pensée qu'avaient inaugurée les travaux archéologiques et généalogiques, mais glissement, puisque l'entrée en scène du sujet réassigne aux approches archéologique et généalogique des objets quelque peu transformés. Le processus par lequel les individus se reconnaissent sujet d'une certaine expérience se dévoile en effet « au point de croisement d'une archéologie des problématisations et d'une généalogie des pratiques de soi »²⁰⁰⁹. L'histoire de la pensée est une « histoire des différents modes de subjectivation de l'être humain »²⁰¹⁰, une histoire dont le thème fut toujours, selon Foucault, le sujet. L'archéologie vaut en effet comme une histoire des modes d'investigation (d'objectivation) qui cherchent à accéder au statut de science, la généalogie comme une étude des modes d'objectivation du sujet dans les « pratiques divisantes », et l'herméneutique comme l'étude des modes de subjectivation pour eux-mêmes, c'est-à-dire à la manière dont un être humain se transforme en sujet. La perspective du sujet permet de relire le travail foucauldien autour de la question de la liberté et de la gouvernementalité en envisageant à nouveau frais les formations discursives et les technologies de pouvoir comme autant de repères de subjectivation à l'égard desquels les individus peuvent n'être pas tellement assujettis.

Ainsi, Foucault retrouve la subjectivité à l'aune d'une réorganisation méthodologique et épistémologique de son œuvre qui lui permet de s'inscrire dans la lignée de la perspective kantienne : son histoire de la pensée dans ses rapports avec la vérité est une « histoire critique de la pensée »²⁰¹¹ dans la tradition kantienne de la *critique*. Elle est, selon ses propres mots, une histoire de « la liberté par rapport à ce qu'on fait », du « mouvement par lequel on s'en détache, on le constitue comme objet et on le réfléchit comme problème »²⁰¹². Ainsi, la subjectivité refait surface dans la réflexion philosophique et évite le statut d'impensé, par le biais de la notion de problématisation : elle est « la manière dont le sujet fait l'expérience de lui-même dans un jeu de vérité où il a rapport à soi »²⁰¹³ et peut, en ce sens, faire l'objet d'une analyse philosophique, si tant est qu'elle soit également historique, en tant que source d'un rapport entre pensée et vérité qui détermine un mode de problématisation tangible comme objet d'étude. Pour le dire autrement, les modes de problématisations, qui sont l'objet de l'histoire de la pensée, sont les *a priori* historiques de la subjectivité entendue comme liberté de n'être pas tellement gouverné, et, en ce sens, ils sont ce à travers quoi le sujet se donne « comme pouvant et devant être

²⁰⁰⁶ *Ibid.*, p. 13.

²⁰⁰⁷ *Ibid.*

²⁰⁰⁸ Selon le titre du cours donné par Foucault au Collège de France pour l'année 1981-1982 : Foucault, M., 2001, *L'Herméneutique du sujet, Cours au Collège de France. 1981-1982*, Paris, Gallimard Seuil.

²⁰⁰⁹ Foucault, M., 1984a, *op. cit.*, p. 21.

²⁰¹⁰ Foucault, M., 1982b, *op. cit.*, p. 1042.

²⁰¹¹ Foucault, M., 1984b, « Foucault », Huisman, D., (éd.), 1984, *Dictionnaire des philosophes*, Paris, Presses Universitaires de France, tome 1, p. 942-944, *Dits et écrits*, texte 345, vol. 2, p. 1450-1455, ici, p. 1450.

²⁰¹² Foucault, M., 1984g, « Polémique, politique et problématisations » (« Polemics, Politics and Problematizations », entretien avec P. Rabinow, mai 1984), Rabinow, P., (éd.), 1984, *The Foucault Reader*, New York, Pantheon Books, p. 381-390, *Dits et écrits*, texte 342, vol. 2, p. 1410-1417, ici, p. 1416.

²⁰¹³ Foucault, M., 1984b, *op. cit.*, p. 1452.

pensé »²⁰¹⁴. L'histoire critique de la pensée doit donc prendre pour objet les problématisations et pour méthode l'étude des modes de subjectivation et d'objectivation, autrement dit la manière dont un sujet se fait sujet légitime d'une connaissance ou un objet devient objet légitime d'une connaissance. C'est en effet dans l'interaction de ces deux processus créatifs que naissent les jeux de vérités, dont l'émergence, cette « véridiction » dont parle Foucault²⁰¹⁵, fait l'objet de l'histoire critique de la pensée en tant qu'elle organise la manière dont le sujet et/ou l'objet s'inscrivent dans une trame de problématisation qui est le résultat et le moteur de l'*épistémè*. L'histoire des rapports entre pensée et vérité est toujours-déjà une histoire des rapports entre sujet et vérité au sens où la pensée est « l'acte qui pose, dans leurs diverses relations possibles, un sujet et un objet »²⁰¹⁶. Ainsi, loin de l'enquête en légitimité des erreurs ou des méconnaissances qui pèsent aujourd'hui sur notre manière de penser, dénoncée dans l'intervention de 1978, l'histoire *critique* de la pensée est « une analyse des conditions dans lesquelles sont formées ou modifiées certaines relations de sujet à objet, dans la mesure où celles-ci sont constitutives d'un savoir possible »²⁰¹⁷ (et, ajoutons, d'une politique et d'identités). Elle est bien une épreuve d'événementialisation et répond donc aux critères d'une vraie critique permettant de déstabiliser le pli anthropologique. L'interrogation sur les conditions qui permettent, selon les règles du vrai et du faux, de reconnaître un individu comme sujet d'une expérience (par exemple le malade mental dans l'expérience de la folie), évite tout recours aux universaux anthropologiques (comme la « folie »), pour mieux questionner leur constitution historique²⁰¹⁸. Ainsi, en suivant le fil de l'histoire *critique* de la pensée, il est possible de dénouer l'illusion anthropologique en revenant à sa source afin de retrouver les conditions de prise en charge de la subjectivité en dehors de son statut moderne d'impensé. Pour ce faire, il convient « de redescendre vers l'étude des pratiques concrètes par lesquelles le sujet est constitué dans l'immanence d'un domaine de connaissance »²⁰¹⁹, afin d'y trouver « les processus propres à une expérience où le sujet et l'objet “se forment et se transforment” l'un par rapport à l'autre et en fonction de l'autre »²⁰²⁰. C'est l'espace de l'anthropologie pragmatique kantienne, ces usages que le sujet fait du monde et de lui-même dans le monde²⁰²¹, que nous retrouvons finalement, mais selon une perspective historique qui permet d'abandonner toute idée de sujet constituant pour penser le sujet comme l'effet concret de jeux de vérité qui s'exerce non en dehors de lui, mais dans un champ d'expérience duquel il est parti prenant et au sein duquel il se constitue comme sujet. L'histoire *critique* de la pensée que Foucault propose est en ce sens l'outil de destitution du dispositif anthropologique qui trahissait l'anthropologie pragmatique, et le moyen de son renouvellement en tant qu'espace historique de constitution et d'apparition de la subjectivité actuelle. La *critique* est cette attitude qui consiste à n'être pas tellement gouverné, et donc, en tant qu'*ethos* philosophique, elle prend la forme d'une histoire épistémologique qui, en interrogeant à nouveau frais la formation de notre condition actuelle, permet d'en déstabiliser les schèmes.

²⁰¹⁴ Foucault, M., 1984a, *op. cit.*, p. 19.

²⁰¹⁵ Foucault, M., 1984b, *op. cit.*, p. 1451.

²⁰¹⁶ *Ibid.*

²⁰¹⁷ *Ibid.*, p. 1451.

²⁰¹⁸ *Ibid.*, p. 1453.

²⁰¹⁹ *Ibid.*

²⁰²⁰ *Ibid.*

²⁰²¹ « [...] aborder l'étude par le biais de ce qu' "on faisait" » (*Ibid.*, p. 1454).

VERS UNE HISTOIRE CRITIQUE DE LA PENSÉE MÉDICALE

*Dialectiser la pensée, c'est augmenter la garantie de créer scientifiquement des phénomènes complets, de régénérer toutes les variables dégénérées ou étouffées que la science, comme la pensée naïve, avait négligées dans sa première étude*²⁰²².

In fine, la remise en ordre de la boîte à outils²⁰²³ foucauldienne nous permet – à l'image de ces casse-têtes qui ne révèlent leur contenu que lorsque toutes leurs pièces sont adéquatement alignées – de relire notre problématique de manière à nous libérer des apories auxquelles elle nous avait apparemment condamné. L'étude du devenir contemporain de la médecine française nous avait en effet conduit à constater que la territorialisation des sujets de santé, qui en qualifie l'évènementialité, n'était pas parvenu au but qu'elle s'était pourtant fixée : le dépassement de la crise médicale au profit d'une nouvelle médecine où l'autonomie serait partagée et la liberté respectée. La notion d'usager de santé incarnait la difficulté dans laquelle se trouvait finalement la réflexion : elle ne pouvait s'affirmer comme figure effective qu'à l'aune d'un partage des expériences singulières qui dépendait lui-même d'une universalisation nécessitant la mise en évidence des conditions politiques et épistémologiques de possibilités de ce partage. Autrement dit, alors que nous cherchions les conditions d'avènement de l'usager comme agent médical à part entière, nous ne retrouvions que les conditions de possibilités de sa fondation comme figure. L'analyse philosophique de la figure anthropologique, qui a constamment accompagné cette généalogie, nous a finalement permis de sortir de ce cercle vicieux de nature narcotique. Grâce au parcours foucauldien, discret mais présent, au sein de la pensée de Kant, nous voici apte à retrouver un questionnement philosophique efficient, c'est-à-dire permettant à la fois de dénouer les apories et de poser à nouveau frais le problème qui nous incombe, grâce à une lecture quelque peu « revisitée » de nos propres conclusions.

Sous l'angle de l'*Aufklärung*, notre parcours s'éclaire en effet d'une toute autre manière. Notre généalogie de l'agent laïque a mis en évidence la volonté des malades puis des bien-portants de ne pas être tellement gouvernés par l'institution médicale ainsi que leur travail pour sortir de la minorité qui s'associait à leur rôle de « patient »²⁰²⁴. Leur démarche pour devenir acteur, puis auteur, de leur santé relève bien d'un usage libre puis public de la raison, notamment lors de la politisation de leur discours émergent. Ne restait, nous l'avons vu, qu'à pouvoir universaliser ces revendications afin d'engager l'entrée, progressive mais certaine, des sujets médicaux contemporains dans une majorité effective d'agents médicaux. La catégorie d'usagers, parce qu'elle permet, d'une part, d'intégrer tant

²⁰²² Bachelard, G., 1940, *La philosophie du non*, Paris, Presses Universitaires de France, 4^e édition, 1994, coll. « Quadriges », p. 17.

²⁰²³ « Tous mes livres [...] sont, si vous voulez, de petites boîtes à outils. Si les gens veulent bien les ouvrir, se servir de telle phrase, telle idée, telle analyse comme d'un tournevis ou d'une desserre-boulon pour court-circuiter, disqualifier, casser les systèmes de pouvoir [...] eh bien, c'est tant mieux ! », Foucault, M., 1975b, « Gérer les illégalismes », Pol-Droit, R., 2004, *Michel Foucault, entretiens*, Paris, Odile Jacob, p. 59-73, ici, p. 73.

²⁰²⁴ Kant ne donne-t-il pas comme exemple de minorité le cas où un médecin juge à la place du malade de son régime alimentaire ? (Kant, E., 1784, *op. cit.*, p. 43).

les malades que les bien-portants (et donc parmi eux les médecins), et, d'autre part, d'inscrire les pratiques de santé développées en marge de l'institution dans l'ordre sociopolitique des services publics, s'affirmait comme la meilleure voie vers la réalisation de cette *Aufklärung* médicale contemporaine. Malheureusement, la résistance institutionnelle fut telle que l'obéissance prit le pas sur la raison et que la minorité se réinstaura, sous une nouvelle forme, jusque dans les espaces de partage où les subjectivités majeures tendaient à se constituer. Tout en construisant, entre pairs, les repères d'un devenir sujet autonome de leur expérience médicale, les usagers contemporains, par une forme d'autocensure, limitent cette avancée à la sphère individuelle. Loin de profiter des forces nouvelles offertes par les structures d'entraide pour engager une modification profonde des conditions et effets de gouvernementalité du discours médical, ils sacrifient leur liberté sur l'autel d'une obéissance qui leur est, pourtant, notamment de manière organisationnelle, de moins en moins demandée. Face à cette situation, l'apport kantien se révèle essentiel : le philosophe allemand nous avait en effet avertis que, plus l'espace de liberté civile s'accroît, moins la liberté du peuple tend à prendre la place où elle peut réellement s'épanouir²⁰²⁵, et que seul le courage des Lumières pouvait un jour conduire l'Humanité vers sa majorité. C'est donc sans relâche qu'il convient de reposer et de réinvestir le questionnement de l'*Aufklärung*, qui est celui des conditions et moyens politiques d'universalisation de l'usage libre et public de sa raison.

Or, de ce point de vue, un manque apparaît qui dévoile la clé du dépassement de notre aporie. Dans le mouvement de territorialisation de leur autonomie, les usagers de santé ont renouvelé l'interrogation et la visée essentielles des Lumières en problématisant à la fois leur rapport au présent et la constitution de soi-même comme sujet autonome²⁰²⁶. Mais force est de constater que ces deux avancées se sont opérées sans lien aucun avec la problématisation de leur mode d'être historique. L'*Aufklärung* s'inscrit dans une réflexion philosophique qui problématise ces trois domaines « à la fois »²⁰²⁷, comme le précise Foucault. Par conséquent, en l'absence de ce troisième terme, le triptyque perd la stabilité nécessaire à l'avènement du but dont il est l'outil de réalisation, et l'on comprend aisément que sans perspective historique sur les conditions de notre mode d'être autonome, toute tentative de changement s'avère vaine. C'est la prise de recul historique qui permet à la réflexion philosophique critique, à l'*éthos* des Lumières, d'acquérir son potentiel de réveil du sommeil anthropologique dans lequel se trouve la pensée contemporaine. Le sommeil anthropologique – parce qu'il était engendré par l'oubli d'une critique entendue comme opérateur de désassujettissement dans le jeu de la « politique de la vérité »²⁰²⁸ – ne peut être dénoué qu'au moyen d'une enquête centrée sur les rapports d'ordre politique entre sujet et vérité, mais cette analyse, si elle n'est pas historique, ne peut envisager de déterminer l'homme en dehors du quadrilatère anthropologique, et ne conduira qu'à retrouver la figure mourante de l'homme normal. La *vraie* critique implique de n'être pas *tellement* gouverné, il convient donc qu'une philosophie qui s'en réclame tente également de se désassujétir de ses propres schèmes historiques. C'est tout le sens de l'ontologie historique de nous-mêmes qui, lorsqu'elle prend pour sujet l'usager, se tourne alors vers l'étude des modes de problématisation historique de notre être actuel de sujet médical autonome.

²⁰²⁵ *Ibid.*, p. 50-51.

²⁰²⁶ Foucault, M., 1984e, *op. cit.*, p. 1390.

²⁰²⁷ *Ibid.*

²⁰²⁸ Foucault, M., 1978a, *op. cit.*, p. 39.

Ainsi, – telle est la nouvelle hypothèse à laquelle nous parvenons – il y a une histoire de la subjectivité médicale, entendue non comme effet de normes, mais comme effet de son propre rapport aux normes dans une expérience donnée, qui reste à effectuer pour compléter l'histoire *critique* de la pensée médicale et ainsi envisager l'avènement d'une médecine contemporaine sortie de la crise. Une histoire qui prenait corps, déjà, dans l'anthropologie pragmatique où Kant mettait en exergue ces usages qui sont autant de modalités de détermination d'une identité qui impactent les savoirs comme les pouvoirs relatifs au domaine où celle-ci s'affirme et que l'homme du contrôle vient questionner à nouveau frais. En effet, en destituant les transcendants, que ce soit l'homme abstrait de l'humanisme bioéthique ou la technique de l'idéologie techno-scientifique, de leur position d'énonciateur unique du discours, l'homme du contrôle, nous l'avons vu, déplaçait déjà la question de la subjectivité vers l'autorité discursive des empiricités, c'est-à-dire vers les conditions de la subjectivation. Son identité interfacée en constante construction incarne autant qu'elle reproblématise le nécessaire déplacement de perspective sur le sujet que Foucault proposait en parlant de cet individu qui, en se positionnant dans des jeux de vérité, tente de se reconnaître sujet d'une certaine expérience. En mettant en évidence le fait que la résolution de la crise médicale contemporaine demande moins l'établissement d'un modèle de subjectivité que la mise en évidence des modes de subjectivation qui puissent permettre à un modèle déterminé de répondre à la question épistémologique de la subjectivité, l'homme du contrôle attire finalement notre regard sur un domaine de l'histoire de la pensée médicale jusqu'alors ignoré. La coproduction nécessaire²⁰²⁹ au monde médical contemporain ne peut advenir par la détermination des contenus objectifs autour desquels vont se retrouver les usagers mais uniquement par la mise en évidence des conditions historiques de possibilités d'une relation médicale permettant l'établissement de repères partagés d'individuation. La question n'est plus : « Quelle conception du corps, de l'homme ou du sujet peut fonder la médecine contemporaine ? », mais bien « Quels sont les modes historiques de collaboration et d'entraide (*self-help*), entendus comme normes de partages de l'expérience individuelle de santé, qui permettent aux usagers de prendre en charge la santé de manière autonome (*self-care*), afin de s'affirmer comme des sujets médicaux à part entière ? ».

Pour résumer, l'étude des développements de la médecine contemporaine, que nous avons menée au cours des deux derniers chapitres, a dévoilé la subjectivité comme un problème essentiellement politique qui ronge le discours médical, à la fois de l'intérieur – puisqu'elle déstabilise sa rationalité comme ses représentants – et de l'extérieur – au sens où elle supporte l'émergence du discours critique des usagers de santé –. Prise au piège d'une subjectivité qu'elle a toujours réifiée comme élément épistémologique, la médecine contemporaine se trouve alors dans l'aporie de sa gestion sociale et politique. Le recours à l'analyse philosophique nous a finalement permis de démontrer que la subjectivité reste l'impensé anthropologique fondamental de la modernité et de sa médecine, et que sa problématisation politique relevait principalement de sa résurgence comme problème ontologique. La nécessité d'une histoire de la subjectivité de l'utilisateur, entendue non plus comme condition épistémologique de savoirs médicaux visant la scientificité, ni même comme résultat de l'interaction de ces savoirs avec leurs propres effets de pouvoirs, s'impose donc pour permettre à la médecine de découvrir les modes historiques de

²⁰²⁹ Pestre, D., 2011, « Des sciences, des techniques et de l'ordre démocratique et participatif », *Participations*, 1, p. 210-238.

problématisation de cette subjectivité vivante sur lesquels reposait sa modernité et à partir desquels pouvait donc se forger sa véritable contemporanéité. Seulement, derrière l'apparente simplicité de cette conclusion, une multitude de problèmes se pose encore à nous pour qualifier et spécifier l'objet de ce cinquième et dernier chapitre, dont un premier, essentiel, celui de la détermination de la période historique à étudier.

L'ACTUALITÉ DES LUMIÈRES

[C]e n'est pas parce qu'on privilégie le XVIII^e siècle, parce qu'on s'intéresse à lui, que l'on rencontre le problème de l'Aufklärung : je dirais que c'est parce que l'on veut fondamentalement poser le problème Qu'est-ce que c'est que l'Aufklärung ? que l'on rencontre le schème historique de notre modernité²⁰³⁰.

Le choix du domaine historique au sein duquel nous devons mener l'étude n'est pas arbitraire, mais essentiellement stratégique. Il s'agit en effet de répondre aux exigences méthodologiques qu'induit l'étude philosophique qui nous a permis de dépasser les apories de notre généalogie de la médecine contemporaine, c'est-à-dire de s'inscrire dans une attitude historico-critique telle qu'elle rende possible le questionnement général sur les limites et leur potentiel franchissement. Cette fonction critique nécessite que le domaine, comme l'objet, de l'enquête historique que nous allons mener réponde à un double impératif. D'une part, il faut qu'elle prenne la forme d'une expérimentation conduisant « d'un côté ouvrir un domaine d'enquêtes historiques et de l'autre se mettre à l'épreuve de la réalité et de l'actualité »²⁰³¹ et d'autre part, elle doit s'exercer dans un domaine particulier où la véridiction analysée se révèle support d'une stratégie dont elle fait partie et qui l'englobe²⁰³². Expérimentale et stratégique, toute enquête critique, dont la nôtre, doit donc s'attacher à un objet historique précis permettant, en tant qu'événement, d'établir un rapport stratégique à la réalité et l'actualité. C'est donc à l'aune de ces préceptes que se dévoile la période historique la plus à même de faire l'objet d'une herméneutique du sujet dans l'expérience médicale.

En nous plaçant au contact même de la disparition de l'homme²⁰³³ comme objet de dispositif, nous avons pu cerner l'homme destitué de son statut d'auteur, de sujet du discours, mais c'était finalement pour mieux le redécouvrir en tant que dispositif²⁰³⁴ anthropologique. Sans en être l'auteur, le sujet, sous la forme de sa subjectivité, reste en effet un *a priori* de l'émission des discours puisqu'aux limites de ces derniers, dans cette marge discursive ineffaçable, subsiste un indicible qui accueille cette subjectivité habitant le langage sans pour autant pouvoir être énoncée. Pour destituer définitivement l'homme de son statut d'*a priori*, afin d'évacuer un transcendantal omniprésent, il convient de situer notre analyse aux limites mêmes de l'apparition de la figure de l'homme, pour saisir l'espace tenu où l'homme se fait jour, sans être encore repris dans les formes de la discursivité qui lui permettent de se faire objet de problématisation pour lui-même et pour autrui. Il nous faut nous placer au contact même des dispositifs historiques, pour saisir ce moment où s'opère leur profanation et où est restitué à l'usage commun ce qui a été saisi et séparé en eux²⁰³⁵. C'est en effet à la limite des dispositifs profanés que la vérité du sujet se joue dans la non-vérité du sujet toujours inhérente à sa production par les dispositifs. Ainsi, pour ressaisir l'homme dans une finitude plus radicale encore que celle qui l'avait objectivé

²⁰³⁰ Foucault, M., 1978a, *op. cit.*, p. 46.

²⁰³¹ Foucault, M., 1984e, *op. cit.*, p. 1393.

²⁰³² Foucault, M., 1978a, *op. cit.*, p. 52.

²⁰³³ Foucault, M., 1966a, *op. cit.*, p. 397.

²⁰³⁴ Agamben, G., 2007, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris, Rivages Poche, p. 32-33.

²⁰³⁵ *Ibid.*, p. 50.

pour les sciences, nous devons transgresser la limite avec laquelle commence, dans l'histoire, l'objet « homme »²⁰³⁶, et ainsi constituer notre enquête au lieu, historique, où s'est plissé ce pli du langage qui permet à l'homme de dire l'homme et par là même d'advenir comme sujet, non du discours anthropologique, mais bien du dispositif anthropologique qui permet ce discours. C'est donc aux prémisses de notre paradigme moderne, dans ce XVIII^e siècle paradoxal que nous renvoie le nécessaire dépassement de l'illusion anthropologique.

Le rêve des Lumières

Trop souvent oublié des historiens parce qu'il fut pour la médecine une période trouble, le siècle des Lumières vit pourtant naître, ainsi que nous l'avons montré, la matrice de la modernité et de sa poursuite contemporaine. Même si aucune invention majeure et aucune découverte innovante ne sont venues briser le cercle vicieux des débats de systèmes qui agitaient alors les salons, et que le peu de propositions créatives ont été, jusque récemment, considérées comme les simples prémisses d'un XIX^e siècle lumineux²⁰³⁷, le XVIII^e siècle a pourtant vu naître les espoirs d'une science médicale, se tisser les liens étroits du médical, du social et du politique, et se constituer les ambitions que les siècles suivants tenteront tant bien que mal de réaliser. Apparemment endormi, ce siècle a pourtant produit les repères de notre modernité, dans un rêve que l'on nomme, selon les pays, Lumières, *Enlightenment* ou *Aufklärung*.

Malgré la diversité de ce mouvement qui gagna toute l'Europe au cours du XVIII^e siècle²⁰³⁸, les Lumières manifestent une volonté commune de critiquer les injustices et d'exposer les inefficiences de l'Ancien Régime, en vue d'émanciper l'homme, au moyen de la connaissance, de l'éducation et de la science, des chaînes de l'ignorance, de l'erreur, de la superstition, du dogme théologique, et ainsi instaurer une lueur d'espoir pour un meilleur futur²⁰³⁹. Fruits d'une crise profonde de la conscience européenne²⁰⁴⁰ issue notamment des développements d'une nouvelle compréhension du monde au cours du XVII^e siècle, les Lumières furent une vaste entreprise collective organisée autour d'un idéal lumineux²⁰⁴¹ : un rêve multiple et complexe où l'homme de raison rencontre l'homme de passion, où le droit national croise le cosmopolitisme européen, où la liberté, la tolérance, l'égalité et le bonheur se confrontent aux règles de la morale, où les arts concurrencent les sciences, et où la médecine patauge dans les systèmes tout en rêvant de révolutionner la civilisation humaine²⁰⁴². En bref, un vent de changement souffla sur le XVIII^e siècle, et, dans tous les domaines, à tous les niveaux, une rupture se concrétisa, au point qu'il est aujourd'hui admis que c'est tout un monde²⁰⁴³ qui naquît alors, notre monde moderne. Mouvement culturel,

²⁰³⁶ Vandewalle, B., 2003, *Ibid.*, p. 55.

²⁰³⁷ Qu'on pense ici simplement à la fameuse « protoclinique » foucauldienne dont nous avons montré précédemment l'invalidité.

²⁰³⁸ On considère généralement que la révolution britannique de 1688 marque le début de ce mouvement qui s'acheva avec la Révolution française.

²⁰³⁹ Gay, P., 1966-1969, *The Enlightenment: an interpretation*, New York, Vintage, 2 vols.

²⁰⁴⁰ Hazard, P., 1935, *La crise de la conscience européenne. 1680-1715*, Paris, Boivin ; Parker, G., Smith, L. M., 1978, *General Crisis of the Seventeenth Century*, Londres, Routledge & Kegan Paul.

²⁰⁴¹ Sur les usages des termes de « lumière » et de « lumières » à cette époque, voir Roger, J., 1968, « La lumière et les lumières », *Cahiers de l'Association internationale des études françaises*, 20, p. 167-177.

²⁰⁴² Porter, R., 1990, *The Enlightenment*, Honk-Hong, Humanities Press International, INC, 1991.

²⁰⁴³ Ferrone, V., Roche, D., (dir.), 1999, *Le monde des Lumières*, Paris, Fayard.

artistique, littéraire, scientifique, social, individuel et international reposant sur des valeurs et des idées telles que la raison, le bonheur, la liberté, l'égalité, le cosmopolitisme, le droit, la tolérance ou la morale, les Lumières ont en effet accompagné l'apparition de la modernité politique, sociale, scientifique, culturel et législative. Certes, ce siècle fut aussi marquant que fuyant, semblant ainsi résister à toute définition. Mais si les Lumières furent assez amorphes et diversifiées²⁰⁴⁴, du fait de l'absence d'unité de revendication, d'école ou de partis, une aspiration commune aux esprits de ce siècle existait pourtant : la recherche d'une véritable science de l'homme²⁰⁴⁵. C'est à ce titre qu'elles constituent, à proprement parler, notre socle anthropologique : elles ont rompu avec le modèle social et anthropologique des Écritures en engageant la sécularisation de la pensée européenne. Mais si les Lumières ont aidé l'homme à se libérer de son passé, se faisant, elles ont échoué à empêcher la construction de captivités nouvelles pour le futur²⁰⁴⁶, ainsi qu'en témoignent l'autoritarisme et l'absolutisme de la terreur postrévolutionnaire²⁰⁴⁷. Nous cherchons finalement toujours aujourd'hui à solutionner les problèmes qui se sont posés au cours de ce siècle, et le plus souvent d'ailleurs en utilisant les techniques d'analyse sociale, les valeurs humanistes et l'expertise scientifique que les philosophes avaient alors générées. À ce titre, nous sommes aujourd'hui encore, comme le résume Roy Porter, les enfants des Lumières²⁰⁴⁸.

Le dilemme des Lumières

Rien d'étonnant donc à ce que la médecine, face aux difficultés qu'elle a rencontrées au cours du XX^e siècle, plonge dans la philosophie des Lumières, notamment kantienne, pour rechercher des solutions, ainsi que nous avons pu l'observer dans le cas de l'éthique. Seulement, comme nous l'avons démontré, le recours aux Lumières doit se faire moins pour y trouver des solutions que pour y comprendre les problèmes que nous rencontrons dans notre actualité. Car si ce siècle a vu naître notre sol anthropologique, il a, par conséquent, vu émerger les questionnements avec lesquels nous nous débattons toujours aujourd'hui. Roy Porter propose, à ce sujet, une très intéressante analyse concernant l'apparition, lors de la seconde moitié de du XVIII^e siècle, d'un dilemme fondamental autour duquel la médecine et la modernité se seraient conjointement constituées. Prenant à revers les analyses habituelles qui considèrent le progrès des Lumières comme moteur d'une médecine appelée à devenir positive au cours du XIX^e siècle, l'historien britannique soutient que le progrès a pu être vu, à la fin du siècle des Lumières, « comme un problème dans ses implications pour la santé »²⁰⁴⁹. Fort des espoirs permis par les avancées scientifiques, les hommes des Lumières étaient persuadés que la médecine, comme la société et l'homme, ne pouvait aller que vers le mieux, se perfectionner selon un progrès indéfini, et pourrait même conduire, ainsi que le suggère le marquis Nicolas de Condorcet

²⁰⁴⁴ Porter, R., 1990, *op. cit.*, p. 10.

²⁰⁴⁵ *Ibid.*, p. 12.

²⁰⁴⁶ *Ibid.*, p. 75.

²⁰⁴⁷ Adorno, T., Horkheimer, M., 1972, *Dialectic of Enlightenment*, New York, Herder & Herder.

²⁰⁴⁸ Porter, R., 1990, *op. cit.*, p. 75.

²⁰⁴⁹ Porter, R., 2001, « Modernité et médecine: le dilemme de la fin des Lumières », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *La médecine des Lumières : tout autour de Tissot*, Genève, Georg Editeur, trad. fr. G. Rilliard, p. 5-24, ici, p. 8.

(1743-1794), à repousser l'échéance de la mort²⁰⁵⁰. Pour ce faire, les médecins avaient pris conscience, nous l'avons démontré, qu'ils devaient guider la société et la pensée des hommes vers ces territoires lumineux et que leur discipline devait donc s'ouvrir au domaine social. La médecine devait s'augmenter d'une « science de la pathologie sociale »²⁰⁵¹ pour que la société puisse bénéficier de ses lumières et qu'en retour elle s'enrichisse des progrès de l'esprit humain alors libéré des affres de la fatalité. La maladie devait être comprise également comme un symptôme social et la médecine devait donc s'allier avec le politique pour faire du social son territoire. Seulement, en se faisant ainsi acteurs sociaux, les médecins furent confrontés à une problématique qu'ils n'avaient jusqu'alors pas envisagée : l'évolution de la société a un effet pathogène sur les individus.

Derrière les discours positifs, voire utopiques de l'esprit des Lumières²⁰⁵², concernant l'évolution conjointe de la médecine et de la société, se dévoilait également, notamment depuis 1750, le point de vue inverse, négatif, selon lequel les avancées de la civilisation étaient porteuses de maladies nouvelles. Comme l'a montré Georges Vigarello²⁰⁵³, la diffusion de l'idée de progrès s'accompagne d'une inquiétude grandissante sur la possible dégénérescence de l'humanité, notamment dans le cadre de l'urbanisation massive qui s'opère alors en France. La ville, « lieu du luxe, du gaspillage, de l'oisiveté et du vice » selon le médecin Louis-Marie Lavergne (1756-1777)²⁰⁵⁴, favorise l'affaiblissement des hommes, grand danger pour l'humanité en ces temps de valorisation de la résistance fibreuse et nerveuse. Et la science semble inefficace à contrer ce phénomène : « Voyez de combien nous sommes énervés, amollis, dégradés. Tous les progrès des sciences n'ont pas pu balancer le reculement de la vigueur et de la vraie valeur »²⁰⁵⁵, écrit l'abbé Ferdinando Galiani (1728-1787) à Denis Diderot (1713-1784). Mais pire, les sciences elles-mêmes favorisent cet affaiblissement : l'étude, affirme Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), « use la machine, épuise les esprits, détruit la force, énerve le courage [...] l'étude corrompt ses mœurs, altère sa santé, détruit son tempérament et gâte souvent sa raison »²⁰⁵⁶. Et la médecine n'est pas en reste, puisque la majorité de ses usages habituels de l'Ancien Régime font l'objet des plus vives critiques : la saignée, qui était au cœur du triptyque thérapeutique, est dénoncée parce qu'elle « relâche et affaiblit les muscles »²⁰⁵⁷, tout comme la purge qui, selon Théodore Trochin (1709-1781), fatigue les nerfs²⁰⁵⁸. Les remèdes et les médecins sont vivement critiqués, et beaucoup s'attachent alors à fournir au peuple les moyens de se soigner lui-même²⁰⁵⁹. Mais cette vulgarisation massive conduit finalement aux effets contraires : surmédicaliser cette société des Lumières et ainsi à accroître son aspect pathogène. La médecine, de quelques manières qu'elle soit pratiquée,

²⁰⁵⁰ Caritat, M. J. A. N. (dit le marquis de Condorcet), 1793, *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain*, Paris, Éditions sociales, 1971, p. 281-282.

²⁰⁵¹ Porter, R., 2001, *op. cit.*, p. 13.

²⁰⁵² Todorov, T., 2006, *L'Esprit des Lumières*, Paris, Librairie Générale Française, 2010, Livre de poche.

²⁰⁵³ Vigarello, G., 1993, *op. cit.*, p. 160-164.

²⁰⁵⁴ Goubert, J.-P., 1992, *Médecins d'hier, médecins d'aujourd'hui ; le cas du docteur Lavergne (1756-1831)*, Paris, Publisud, p. 119.

²⁰⁵⁵ Cité par Vigarello, G., 1993, *op. cit.*, p. 160.

²⁰⁵⁶ Rousseau, J.-J., 1961, *Œuvres Complètes*, Gallimard, Pléiade, vol. II, p. 966 et p. 970.

²⁰⁵⁷ De la Roche, D., 1778, *Analyse des fonctions du système nerveux*, Genève, p. 246.

²⁰⁵⁸ Dufort de Cheverny, J. N., 1886, *Mémoires (1731-1774)*, Paris, Perrin, 1990, p. 377.

²⁰⁵⁹ Rey, R., 1991, « La vulgarisation médicale au XVIII^e siècle : le cas des dictionnaires portatifs de santé », *Revue d'histoire des sciences*, 44 (3-4), p. 413-433.

devient le principal « fléau »²⁰⁶⁰ de l'époque. Ultime paradoxe d'une médecine qui en améliorant les conditions de vie, ouvre la porte à de nouvelles pathologies²⁰⁶¹, notamment les maladies nerveuses qui semblent se développer de manière exponentielle au cours de la seconde moitié du XVIII^e siècle²⁰⁶². Ce paradoxe entraîne la médecine des Lumières dans un dilemme qu'Olivier Faure résume avec brio en ces termes : Comment maîtriser cet « engrenage infernal » qui fait que la médecine en triomphant de la maladie en secrète de nouvelles, « s'il n'est pas question de remettre en cause les principes d'une société sans cesse plus tournée vers l'expansion, le profit, la liberté et l'ouverture ? »²⁰⁶³. Pour le dire autrement et toujours avec les termes de Faure, « le siècle des Lumières fait entrer notre société dans un mouvement durable dont elle n'est pas sortie », un mouvement médical de « course contre la mort, contre la maladie, pour la santé » qui relève d'un « dialogue toujours complexe et tendu »²⁰⁶⁴ entre les médecins et le corps social, un dialogue aux enjeux nécessairement politiques. Or, si la question de l'organisation de ce dialogue était encore, lors de la Révolution, au centre des débats²⁰⁶⁵, une réponse lui fut ensuite apportée, nous l'avons vu, sous la forme d'une alliance biopolitique visant à permettre à la médecine de s'engager dans la voie de la professionnalisation et de la scientificité, tout en territorialisant au maximum le corps social pour éviter son devenir mortifère. Cette solution hygiéniste, de l'ordre du despotisme éclairé²⁰⁶⁶, à partir de laquelle la médecine s'est alliée au politique pour assurer la croissance de son pouvoir de faire reculer la mort et la maladie, tout en évitant au maximum de faire sombrer la société dans un devenir mortifère, ne permit pas, nous l'avons également observé, de solutionner complètement le dilemme. En gagnant sa scientificité par l'investissement biopolitique du social, la médecine n'a pu empêcher que cette territorialisation du corps social en vue de l'amélioration de sa santé, ne devienne elle aussi « intrinsèquement pathologique »²⁰⁶⁷. C'est donc en toute cohérence que l'interrogation fondamentale sur les conditions du dialogue entre médecine et société vit à nouveau le jour lorsque les usagers de santé, c'est-à-dire le corps social lui-même, décident de prendre en charge leur propre santé contre les excès de la médicalisation. Le retour contemporain du paradoxe des Lumières nous invite donc à questionner cette médecine qui reste « pleine d'enseignements pour notre présent »²⁰⁶⁸, afin d'envisager comment s'y est problématisé le dialogue entre la médecine et le corps social.

²⁰⁶⁰ Porter, R., 2001, *op. cit.*, p. 21.

²⁰⁶¹ Porter, R., 1991a, « Civilization and Disease: medical Ideology in the Enlightenment », Black, J., Gregory, J., (éds), 1991, *Culture, Politics and Society in Britain 1660-1800*, Manchester, Manchester University Press, p. 154-183.

²⁰⁶² Porter, R., 1991b, « Reforming the patient in the age of reform: Thomas Beddoes and medical practice », French, R., Wear, A., (éds.), 1991, *British Medicine in an Age of Reform*, London-New York, Routledge, p. 9-44, ici, p. 19.

²⁰⁶³ Faure, O., 2001, « Médecine des Lumières, médecine d'aujourd'hui ? », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 325-334, ici, p. 327.

²⁰⁶⁴ *Ibid.*, p. 325.

²⁰⁶⁵ Weiner, B. D., 1993, *The Citizen-patient in Revolutionary and Imperial Paris*, Baltimore - London, The Johns Hopkins University Press.

²⁰⁶⁶ Faure, O., 2001, *op. cit.*, p. 327.

²⁰⁶⁷ Porter, R., 2001, *op. cit.*, p. 19.

²⁰⁶⁸ Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 4.

S. A. D. TISSOT, LE MÉDECIN DES LUMIÈRES

*Peu d'hommes ont été dans leur vie aussi universellement honorés et estimés que le fut Tissot. Le peuple le considère comme un bienfaiteur de l'humanité*²⁰⁶⁹.

Parmi les hommes qui incarnèrent cette médecine qui se voulait « à la fois optimiste dans ses espérances de progrès illimité et pessimiste dans sa prédiction d'un avenir marqué par la présence de périls menaçant dans leurs corps et dans leurs âmes, l'ensemble des humains »²⁰⁷⁰, le suisse Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) fait figure d'emblème. Médecin des pauvres comme des riches, auteur érudit et à succès²⁰⁷¹, moraliste de renom, mais également promoteur de projets pédagogiques novateurs et penseur de développements théoriques originaux, Tissot a surtout proposé une articulation des enjeux scientifiques et sociaux de la médecine qui méritent qu'on s'y attarde.

Un médecin de son temps

Samuel-Auguste-André-David Tissot²⁰⁷² est né le 20 mai 1728, à Grancy, près de Lausanne, dans une famille bourgeoise d'origine italienne²⁰⁷³. Confié, dès l'âge de six ans, à son oncle, le pasteur David Tissot, il reçut de cet homme érudit ses premiers enseignements. En 1741, il quitte la campagne vaudoise et se rend à Genève pour y suivre les cours du Collège puis de l'Académie. Diplômé bachelier et maître ès arts en 1745, il prend alors la route pour Montpellier en vue d'intégrer la prestigieuse faculté de médecine. Il suit là-bas les cours du célèbre nosologiste François Boissiers de Sauvages (1706-1767) chez qui il est d'ailleurs logé. Il restera quatre ans à Montpellier se formant aux systèmes médicaux classiques, mais pratiquant aussi une médecine au lit du malade, puisque depuis 1715, des cours pratiques avaient été institués dans cette faculté. Faisant preuve d'un sens critique aigu à l'égard de l'institution, il soutient néanmoins son doctorat en 1749 avant de repartir pour la Suisse. Après quelques mois passés à Grancy et à Morges, il s'installe, au cours de l'hiver 1751 à Lausanne. Participant à la guérison de nombreux cas de petite vérole, épidémie qui avait envahi le pays, il est récompensé par leurs Excellences de Berne qui le nomment médecin des pauvres de Lausanne. Son absence de fortune personnelle lui fait un moment envisager l'expatriation, mais il est finalement aidé par les maîtres du Pays de Vaud qui lui évitent le départ, tandis que son mariage achève de l'installer définitivement à Lausanne. Déterminé à prévenir la petite vérole, en plus de la guérir, il s'intéressa à l'inoculation dont il devint rapidement un défenseur ; ce qui le conduisit à publier, en 1754, son premier ouvrage sur *L'inoculation justifiée*²⁰⁷⁴ qui s'adressait surtout

²⁰⁶⁹ Cochet, E., 1902, *Études sur S.-A. Tissot (1728-1797). Thèse pour le doctorat en médecine*, Paris, L. Boyer, p. 47.

²⁰⁷⁰ Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 4.

²⁰⁷¹ Voir à ce propos, Rosset, F., 2001, « Samuel-Auguste Tissot : Le docteur écrivain », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 245-259.

²⁰⁷² Nous reprenons ces éléments biographiques à Eynard, C., 1839, *Essai sur la vie de Tissot*, Lausanne, M. Ducloux et Emch-Dériaz, A., 1987, « Auguste Tissot », Saudan, G., (dir.), 1987, *L'éveil médical vaudois 1750-1850*, Lausanne, université de Lausanne, p. 1-49. Voir également, Cochet, E., 1902, *op. cit.*

²⁰⁷³ Son père Pierre Tissot était commissaire arpenteur et sa mère Jeanne-Charlotte Grenus.

²⁰⁷⁴ Tissot, S.-A., 1754, *L'inoculation justifiée, avec un essai sur la mue de la voix*, Lausanne, Bousquet.

au grand public. L'ouvrage assura le succès de Tissot en Suisse comme auprès des défenseurs du procédé en France où le débat faisait alors rage. Cette défense de l'inoculation l'inscrivait déjà dans un mouvement de critique de la médecine humorale, puisque le procédé relevait de la création volontaire d'un déséquilibre en vue de la prévention. Il poursuivit ses efforts vers une médecine résolument moderne dans son ouvrage sur les fièvres bilieuses²⁰⁷⁵ publié en 1755, dans lequel les récits de cas prenaient la place des systèmes spéculatifs. Ses conseils pratiques étaient régulièrement relayés auprès des populations par les autorités locales et le destin d'un Tissot prêchant l'hygiène au peuple semblait tout tracé. Mais c'est d'abord à un autre « fléau », relevant apparemment moins de la médecine que la direction de conscience que Tissot s'attacha : l'onanisme²⁰⁷⁶. C'est pourtant dans la perspective, classique à l'époque, d'une peur de la dépopulation et avec une volonté de médicalisation qu'il rédige ce traité sur la masturbation²⁰⁷⁷ qui fit grand bruit dès sa publication en 1760.

À côté de ces succès de librairie, Tissot poursuit sa tâche quotidienne de médecin du peuple. Ce contact quasi-quotidien avec les paysans, que venaient redoubler ses souvenirs d'une enfance campagnarde, le rendait sensible aux problèmes de santé rencontrés par ceux-ci et il se décida donc à s'y attaquer. Son but était d'une part, de publier un livre présentant les maladies les plus courantes et les soins appropriés pour les vaincre, ouvrage qu'il destinait en premier lieu aux pasteurs, aux régents ou aux paysans lettrés qui étaient les plus à même de prendre soin de leurs compatriotes, et d'autre part, de proposer un enseignement renouvelé pour les médecins de campagne au sein d'une école spécialisée. En 1761, il fit paraître l'*Avis au peuple sur sa santé*²⁰⁷⁸ puis rédigea en 1765 le *Plan d'instruction pour des médecins de village*²⁰⁷⁹. Si le second, dédié aux autorités locales, resta sans effet, le premier, écrit à l'attention de ses contemporains, connu rapidement un succès foudroyant²⁰⁸⁰ assurant à Tissot une renommée internationale. Paradoxalement, ce livre à destination des pauvres participa à faire de Tissot le médecin des riches européens qui se rendaient à Lausanne, ou lui écrivaient, espérant obtenir ses secours.

Nommé, en 1766, professeur honoraire de médecine à l'Académie de Lausanne, il n'enseigna semble-t-il jamais, à l'exception de la leçon inaugurale qu'il donna le 9 avril 1766 et dont le texte latin, traduit en français en 1768, parut sous le titre *De la santé des gens de lettres*²⁰⁸¹. Complétées en 1770 par un *Essai sur les maladies des gens du monde*²⁰⁸², ces réflexions issues de ses consultations auprès des gens de qualité présentent un tableau très critique du mode de vie des gens fortunés. Tissot y dénonce les abus des riches qui conduisent à la fois à accroître leur mauvaise santé et celle des paysans par l'augmentation de leurs activités à leur service. Mettant en avant la robustesse du peuple paysan face à la mollesse des riches et des puissants, Tissot renversait déjà les ordres

²⁰⁷⁵ Tissot, S.-A., 1758a, *Dissertatio de febribus biliosis anni 1755*, Lausanne, Bousquet.

²⁰⁷⁶ Tissot, S.-A., 1758b, *Tentamen de morbis ex manustupratione ortis*, Lausanne, Bousquet.

²⁰⁷⁷ Tissot, S.-A., 1760, *L'onanisme*, Lausanne, Grasset, (traduction et refonte complète du texte latin de 1758).

²⁰⁷⁸ Tissot, S.-A., 1761, *Avis au peuple sur sa santé*, Lausanne, Grasset.

²⁰⁷⁹ Inédit, conservé dans le fonds Tissot, Département des manuscrits, Bibliothèque cantonale et universitaire de Genève, IS3784/1/30/3.

²⁰⁸⁰ Au point d'être réédité sept fois et traduit en six langues en moins de cinq ans.

²⁰⁸¹ Tissot, S.-A., 1768, *De la santé des gens de lettres*, Lausanne, Grasset (traduction autorisée de Tissot, S.-A., 1766, *Sermo inauguralis de valetudine litteratorum*, Lausanne, Chapuis).

²⁰⁸² Tissot, S.-A., 1770, *Essai sur les maladies des gens du monde*, Lausanne, Grasset.

établis de l’Ancien Régime et s’insérait dans le programme des philosophes des Lumières, tel Rousseau avec qui il entretenait déjà une correspondance régulière. La Raison et l’éducation devaient être les outils du perfectionnement tant physique que moral de la société et les médecins se devaient donc d’appliquer, de transmettre et de défendre ces principes. La santé que Tissot proposait alors au paysan, au savant ou au noble, à travers ses ouvrages, équivalait à un acte de libération des carcans de mœurs que leur imposaient leurs conditions sociales. De physiocrate, Tissot était devenu, en dix ans, un révolutionnaire, incarnant parfaitement le modèle du praticien nouveau qui se mettait progressivement en place en Europe à l’aune de la transition que vivait alors la médecine d’une société d’ordres et de privilèges à celle du mérite et des professions libérales. En publiant, en 1785, un *Essai sur les moyens de perfectionner les études de médecine*²⁰⁸³, Tissot renouvela d’ailleurs, après le raté de 1765, son appel aux autorités pour qu’elles prennent une part active dans la diffusion des connaissances et traitements médicaux et dans la médicalisation de la société. Représentant éminemment moderne de la médecine sociale, Tissot avait pour volonté d’établir une collaboration entre gouvernants et gouvernés, telle qu’elle puisse, par le biais de réformes mentales aussi bien que sociales, participer de l’expansion de la santé pour toute la population.

À cette démarche sociale, Tissot souhaitait adjoindre une démarche proprement médicale par la rédaction d’un traité qui instruirait les médecins sur un sujet particulier, il avait donc débuté la rédaction de son *Traité des nerfs et de leurs maladies*²⁰⁸⁴ dont il avait depuis 1760 le projet. Mais le surmenage et les fièvres à répétition qu’il connut au début des années 1770 l’amenèrent à partir en voyage pour « changer d’air ». Il se rendit à Spa pour profiter des eaux de la ville, en passant par la route du Rhin, Bruxelles puis Lyon. Il eut ainsi l’occasion de visiter des institutions de bienfaisance, ce qui contribua à renforcer sa conviction d’un nécessaire changement de l’organisation des soins et surtout l’instauration d’une répartition des richesses. Seulement, ayant profité de ce voyage pour donner nombre de consultations dans les villes visitées, il revint à Lausanne fatigué et retomba malade à l’été 1772, puis à nouveau en 1774, ce qui l’obligea à se rendre à Plombières pour achever de se guérir. Et ce n’est finalement qu’en 1778 que parut enfin le premier volume de son *Traité des nerfs* consacré à l’épilepsie²⁰⁸⁵.

En s’attaquant à ce sujet des maladies nerveuses, Tissot souhaitait démystifier ces troubles en montrant la nature physique (anatomique et nerveuse) et ce bien qu’il admette que le fonctionnement général des nerfs et du cerveau n’était pas compris et qu’aucune lésion n’était découverte à l’autopsie. Cette défense de la nature organique et surtout réelle des troubles nerveux visait à les constituer en objet pour les médecins afin d’éviter que les malades ne recourent à ce sujet aux charlatans. Car l’ensemble de l’œuvre de Tissot s’inscrit également dans cette perspective de défense de la profession qui est un problème fondamental de cette médecine des Lumières, où la notion officielle de monopole n’existe pas. Elle insiste en ce sens sur la nécessité de distinguer le médecin du charlatan et d’assurer à la population une médecine savante qui lui serait dédiée, autant qu’elle serait efficace²⁰⁸⁶. L’avènement d’une telle médecine ne pouvait reposer sur les anciens traités et

²⁰⁸³ Tissot, S.-A., 1785, *Essai sur les moyens de perfectionner les études de médecine*, Lausanne, Mourer cadet.

²⁰⁸⁴ Tissot, S.-A., 1778-1780, *Traité des nerfs et de leurs maladies*, Lausanne, Chapuis, 4 vols.

²⁰⁸⁵ Tissot, S.-A., 1778, *Traité de l’épilepsie*, Lausanne, Chapuis.

²⁰⁸⁶ Benaroyo, L., 1994, « Médecine savante et médecine populaire dans l’œuvre du Dr Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) », *Revue médicale de la Suisse romande*, 117, p. 931-936.

les systèmes spéculatifs et demandait donc de confirmer les revues de littérature au plus près des malades selon une méthode inductive ne faisant intervenir les théories qu'*a posteriori*. Cette approche clinique fut mise en pratique par Tissot lors de son séjour d'enseignant à Pavie, à l'invitation de l'empereur Joseph II (1741-1790), d'octobre 1781 à juin 1783. Il y apprit aux étudiants tant à dialoguer avec les malades qu'avec les maladies par le biais de l'observation et de la palpation des corps malades. Ces recommandations furent compilées dans son *Essai sur les moyens de perfectionner les études de médecine*, programme d'enseignement et d'organisation dont les grandes lignes furent appliquées en France suite à la Révolution. Tissot appliqua ce programme lorsqu'il fut nommé en 1787 à la tête du nouveau Collège de médecine de Lausanne et s'occupa notamment de faire dresser la liste de tous les guérisseurs du pays vaudois afin de vérifier leurs diplômes et leur savoir. Il participa également à la réorganisation de l'hôpital de Lausanne qui fut engagée en 1789, suite à l'exemple parisien de 1788²⁰⁸⁷, mais les recommandations de Tissot ne furent jamais suivies. Il rédigea également ses vues sur l'hygiène dans le but de les faire implanter à Lausanne. Seulement, le gouvernement bernois était sclérosé et la santé de Tissot déclinante. Le décès du fils de son neveu en 1790, puis celle de son ami, Johann-Georg Zimmermann (1728-1795), cinq ans plus tard, achevèrent d'associer à sa santé fragile un chagrin profond provoquant insomnie, amaigrissement et toux. Cela ne l'empêcha pas de publier en 1797 un témoignage de sa profonde amitié dans *La vie de Zimmermann*²⁰⁸⁸ et d'achever son traité d'hygiène commencé dix ans auparavant : *De la police en médecine*²⁰⁸⁹ où il milite pour une prise en charge, par un gouvernement instruit, de la santé des populations. Mais il n'eut pas le temps de le publier, la tuberculose, qu'il avait contractée à Montpellier lors de ses études et qui lui avait causé tant de problèmes de santé au cours de sa vie, le rattrapa finalement, et après un mois de léthargie, il mourut le 13 juin 1797.

Un médecin éclairé

Cette courte biographie laisse entrevoir Tissot comme le digne représentant de la médecine des Lumières, le défenseur d'une médecine pratique éclairée²⁰⁹⁰ qui reprenait à son compte le rêve animant ce siècle et visait donc à lutter contre les préjugés et par là même contre le charlatanisme. Le médecin éclairé, qu'incarne et que défend Tissot, doit tout d'abord, selon Lazare Benaroyo, faire état d'une connaissance pointue des causes naturelles et d'une méthodologie spécifique qui, de l'anamnèse à la palpation en passant par l'observation, permet d'établir des faits issus de l'expérience²⁰⁹¹. Dès ses écrits de jeunesse, Tissot avait à ce propos codifié méthodologiquement l'expérience autour de trois principes : 1. la cause est un phénomène ontologiquement semblable à son effet, avec lequel elle entretient une relation visible, ce qui exclut tout recours à la causalité finale ; 2. le nombre de causes doit être réduit aux causes essentielles en regard de la diversité possible des effets ; 3. la relation de cause à effet, pour être considérée comme vraie, doit

²⁰⁸⁷ Tenon, J., 1788, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Imprimerie de Ph.-D. Pierres.

²⁰⁸⁸ Tissot, S.-A., 1797, *Vie de M. Zimmermann*, Lausanne, Fischer et Vincent.

²⁰⁸⁹ Tissot, S.-A., 2009, *De la médecine civile ou de la police en médecine*, édité par M. Nicoli, Lausanne, BHMS.

²⁰⁹⁰ Benaroyo, L., 1988, « L'Avis au peuple sur sa santé » de Samuel-Auguste Tissot (1728-1797 : la voie vers une médecine éclairée, Jurisq Druck / Verlag Zürich.

²⁰⁹¹ *Ibid.*, p. 31-47.

être constatée à l'aune d'une analyse statistique. Ainsi, la méthode pour présumer des causes essentielles de la maladie et ainsi fournir les traitements adaptés était cette induction que Francis Bacon avait érigée en nouvel outil de la science dès 1620. Mais la médecine éclairée se caractérise également par une compétence pratique. L'exercice de la médecine comporte toujours des difficultés et exige donc du médecin qu'il soit un praticien à la fois prudent, patient et critique²⁰⁹². Tout en étant informé des travaux de ses collègues, dans la mesure où ceux-ci relèvent d'une confrontation de la raison aux faits, tel qu'explicitée précédemment, le médecin éclairé doit rester prudent à l'égard des difficultés de la pratique médicale et notamment l'établissement d'hypothèses diagnostiques et l'appréciation des résultats d'un traitement. Autrement dit, il doit être conscient de la complémentarité entre la théorie et la pratique, tout en valorisant la primauté de cette dernière. Car si la pratique est enrichie par la théorie, elle en limite pourtant, en retour, la portée et doit donc conduire à sa remise en question et à son évolution²⁰⁹³. La pratique est en ce sens irréductible à une théorie, et ce, bien que le travail médical quotidien se fonde sur leur mutualisation. La médecine éclairée telle que la défend et la pratique Tissot est une médecine véritablement épistémologique, si l'on entend sous ce terme la nécessaire liaison entre théorie et pratique, mais aussi résolument moderne, au sens où elle fait sienne les principes scientifiques qui organiseront le développement de la médecine aux XIX^e et XX^e siècles.

Mais, à ne considérer que l'aspect méthodologique et épistémologique de l'œuvre de Tissot, on est vite conduit, à l'instar de Benaroyo, à faire de Tissot le précurseur d'une médecine scientifique qu'il n'aurait pu mettre en place faute de moyens²⁰⁹⁴. Or, plus que sous l'angle de l'échec, il faut au contraire lire l'œuvre de Tissot, ainsi que le confirme Antoinette Emch-Dériaz, comme un espoir : celui de faire de la santé un bien pour tous²⁰⁹⁵. La médecine éclairée que prône Tissot implique – c'est ce qui en fait un pur produit des Lumières – une dimension sociopolitique essentielle. Tissot revendique une médecine éclairée moins pour l'amour de la science, que dans le but d'améliorer la santé du peuple selon une démarche tant prophylactique que sociale. Ainsi, l'*Avis au peuple sur santé, De la santé des gens de lettres* et l'*Essai sur les maladies des gens du monde* forment un tout²⁰⁹⁶ au sens où ils traitent chacun d'un groupe de personnes défini par les habitudes de leur profession ou de leur activité et parce ce qu'ils visent tous les trois à instruire les trois classes sociales envisagées. À tous, Tissot offre en effet la possibilité de sortir des « fers de la routine » pour mener une vie plus saine, plus libre et plus utile à tous²⁰⁹⁷. En ce sens, il se distingue de ses prédécesseurs²⁰⁹⁸ en cherchant plus à instruire, voire à moraliser, qu'à simplement aider. Mais, surtout, il ne produit pas, à proprement parler, une médecine des pauvres, entendue comme médecine populaire à l'attention de tous les ordres du peuple²⁰⁹⁹,

²⁰⁹² *Ibid.*, p. 48.

²⁰⁹³ D'où les multiples éditions successives que Tissot fait de ses ouvrages.

²⁰⁹⁴ Benaroyo, L., 1987, « La médecine éclairée vue par un médecin du 18^e siècle, Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) », *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis*, 76 (12), p. 308-310, ici, p. 310.

²⁰⁹⁵ Emch-Dériaz, A., 1987, *op. cit.*, p. 42.

²⁰⁹⁶ *Ibid.*, p. 26.

²⁰⁹⁷ *Ibid.*, p. 27.

²⁰⁹⁸ Verry-Jolivet, C., 1993, « Les livres de médecine des pauvres aux XVII^e et XVIII^e siècles. Les débuts de la vulgarisation médicale », *Maladies, médecines et sociétés. Approches historiques pour le présent*, Paris, L'Harmattan et Histoire au présent, tome 1, p. 51-61, ici, p. 58.

²⁰⁹⁹ Tissot, S.-A., 1770, *op. cit.*, p. VII.

mais bien une médecine pour le peuple, aux accents résolument révolutionnaires²¹⁰⁰, puisqu'elle est relative à chaque classe²¹⁰¹ d'une société qui n'est déjà plus celle de l'Ancien-Régime (où les trois ordres étaient alors le clergé, la noblesse et le tiers-état). C'est dans cette perspective sociale réformatrice qu'il produit également ses ouvrages sur l'organisation des études de médecine, des hôpitaux ou de la médecine civile qui, s'ils s'adressent avant tout aux gouvernants afin qu'ils prennent en main les problèmes de santé et qu'ils mènent ainsi à leur tour une vie plus utile à tous, insistent également, en particulier *De la police de la médecine*, sur le rôle des particuliers auprès des autorités pour les engager à penser au bien de tous et à donc à réformer. Pour le dire autrement, Tissot assumait sa responsabilité de médecin et voulait que chacun assume à son tour ses responsabilités de citoyen en prenant d'abord soin de sa santé, puis de celle de la société²¹⁰². Il souhaitait instruire le peuple, les savants, les lettrés, ses collègues et les autorités, les instruire pour qu'ils changent leur condition autant que la société, et pour qu'ils participent à l'amélioration de la médecine, puisque « sans la santé, rien ne peut être accompli »²¹⁰³. Ainsi, la médecine éclairée, c'est-à-dire méthodologiquement établie dans sa pratique comme dans sa théorie, se trouve à son tour soumise au primat de la pratique qui valorise la médecine sociale. En d'autres termes, la médecine éclairée n'a de sens que si elle est éclairante, c'est-à-dire, si elle participe à l'évolution sociale et politique. Les enjeux de la médecine « scientifique » doivent toujours être relativisés eu égard aux enjeux de la médecine sociale. De ce point de vue, la distinction avec les charlatans doit permettre, pour Tissot, l'amélioration de la santé des populations avant d'assurer un monopole aux médecins éclairés. Si les deux coïncident, c'est parfait, mais dans tous les cas – tel est la leçon de Tissot – l'objectif sociopolitique prime. La bonne santé, que le médecin lausannois définit comme un état dans lequel « toutes les fonctions se font avec régularité, avec aisance et sans aucun sentiment incommode »²¹⁰⁴, est permise par la circulation des fluides comme des idées²¹⁰⁵, elle est le résultat d'un mouvement²¹⁰⁶ aussi social et politique qu'organique.

Finalement, Tissot était un médecin éclairé au sens où il a toujours poursuivi l'optimisme médical du début des Lumières²¹⁰⁷, qu'il avait fait sien dès sa formation

²¹⁰⁰ Même si Tissot critiquera la Révolution française dans son essai biographique sur Zimmerman (Tissot, S.-A., 1797, *op. cit.*) comme un processus de dégénérescence de la liberté en anarchie causée par une élite oublieuse de ses responsabilités. Voir à ce propos l'analyse de Matthew Ramsey sur la position médiane de Tissot entre libéralisme et paternalisme (Ramsey, M., 2001, « Le médecin, le peuple, l'État : la question du monopole professionnel », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 27-40).

²¹⁰¹ Verry-Jolivet, C., 1995, « Médecins et médecins des pauvres au XVIII^e siècle », Teyssie, D., (dir.), 1995, *La médecine du peuple de Tissot à Raspail (1750-1850)*, Créteil, Conseil général du Val de Marne, Archives départementales, p. 7- 23.

²¹⁰² Emch-Déraz, A., 1987, *op. cit.*, p.42.

²¹⁰³ *Ibid.*

²¹⁰⁴ Tissot, S.-A., 1770, *op. cit.*, p. 1.

²¹⁰⁵ Sur la centralité de l'idée de circulation chez Tissot, voir Chaperon, D., 2001, « Des fibres et des lettres », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 283-294 et Cernuschi, A., 2001, « Des "cordes qui vibrent" aux "cordes cachées". Acoustique et musique dans le traité des nerfs de Tissot », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 295-311.

²¹⁰⁶ « Le mouvement n'est pas seulement objet d'étude pour les médecins éclairés. Il est aussi le moteur de la recherche » ainsi que nous le rappelle Olivier Faure (Faure, O., 2001, *op. cit.*, p. 3).

²¹⁰⁷ Gay, P., 1967, « The Enlightenment as Medicine and as Cure », Barber, W. H., (éd.), 1967, *The Age of Enlightenment. Studies presented to Theodore Besterman*, Édimbourg, St Andrews University Publications, p. 375-386.

montpelliéraine²¹⁰⁸, tout en sachant l'adapter à une société dont il avait compris l'aspect essentiellement pathogène²¹⁰⁹. Il était donc, de ce point de vue, tout à la fois modeste et ambitieux²¹¹⁰. Faisant siennes les exigences pratiques de patience, de prudence et de critique, il a parfaitement incarné cette figure du médecin éclairé, proche du philosophe²¹¹¹, à laquelle il avait attribué un rôle aussi social que médical²¹¹². Il est le modèle du praticien des Lumières, parce qu'il éclaire les aspects protéiformes, complexes et paradoxaux de la médecine de son époque²¹¹³.

Le citoyen de la République des lettres

Comme tout homme de culture du siècle des Lumières, Tissot était un « citoyen » effectif de la République des lettres²¹¹⁴ et a entretenu, de ce fait, une vaste correspondance avec l'Europe entière. Intégré aux réseaux scientifiques de son époque²¹¹⁵, le médecin vaudois a participé à la circulation foisonnante des idées qui permettaient alors, notamment grâce aux sociétés savantes²¹¹⁶, la construction des nouveaux savoirs tant recherchés. Il a, de ce fait, correspondu avec plusieurs savants, dont son maître Boissiers de Sauvages²¹¹⁷, le médecin de Louis XV Jean-Baptiste Sénac (1693-1770)²¹¹⁸, le physiologiste Albert de Haller (1708-1777)²¹¹⁹ ou encore Tronchin²¹²⁰, et avec des philosophes comme Jean-Jacques Rousseau²¹²¹. En dehors de ses activités proprement scientifiques, Tissot échangea

²¹⁰⁸ Lors de sa thèse de bachelier consacrée à la rage, Tissot proposa des explications et des traitements si nouveaux et audacieux qui lui attirèrent les foudres vieux professeurs composant son jury (Eynard, C., 1839, *op. cit.*, p. 18).

²¹⁰⁹ Les travaux multiples sur les maladies des gens de lettres témoignent alors de cette inquiétude. Voir notamment Tissot, S.-A., 1761, *De la santé des gens de lettres*, Paris, La Différence, 1991.

²¹¹⁰ Teyssiere, D., 2001, « Qu'est-ce qu'un médecin des Lumières ? Portraits et discours croisés de quelques contemporains de Tissot », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 223-242.

²¹¹¹ Tissot rédigea deux traités, restés inédits et consultables dans ses archives de la Bibliothèque Cantonale et Universitaire de Lausanne, consacrés à la philosophie, respectivement intitulés *Réflexions philosophiques* (BCUL, FT, IS 3784/1/130/26) et *De la philosophie* (BCUL, FT, IS 3784/67).

²¹¹² C'est ce que confirme, de manière détournée, Marc-Antoine Petit (1766-1811), médecin des Hôpitaux de Lyon, lorsqu'il critique, en 1798, l'*Avis au peuple sur sa santé* par ses mots : « Tissot fut abusé par son cœur. Il voulut instruire le peuple, quand c'est assez pour nous de guérir ; il voulut lui donner des connaissances capables de le guérir, dans les maux les plus ordinaires de la vie, sans songer que les demi-connaissances enfantent les fausses craintes et les alarmes illusoire ; il oublia qu'en médecine comme en politique peut-être, la vérité n'est jamais que le partage d'un petit nombre d'hommes instruits et que l'on est toujours moins éclairé par le flambeau que l'on porte que par celui qui est placé dans les mains d'un guide sage », cité par Verry-Jolivet, C., 1993, *op. cit.*, p. 61, nous soulignons.

²¹¹³ Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 4.

²¹¹⁴ Roche, D., 1988, *Les républicains des lettres. Gens de culture et lumières au XVIII^e siècle*, Paris, Fayard.

²¹¹⁵ Il fut notamment l'un des premiers correspondants étrangers de la Société royale de médecine.

²¹¹⁶ Brockliss, L., Jones, C., 1997, *The Medical World of Early Modern France*, Oxford, Clarendon Press.

²¹¹⁷ Voir, Eynard, C., 1839, *op. cit.*, p. 20, par exemple.

²¹¹⁸ Hamraoui, É., 2001, « L'œuvre de Sénac, référence critique de la pensée physiologique et médicale de Tissot », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 93-102.

²¹¹⁹ Sur les échanges de Tissot avec Haller, et notamment son implication dans la querelle du physiologiste avec le professeur viennois Antoine de Haen (1704-1776), voir Boschung, U., 2001, « « Multa pro nostra innocentia ». L'implication de Tissot dans la querelle Haller-de Haen », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 113-147.

²¹²⁰ Eynard, C., 1839, *op. cit.*

²¹²¹ François, A., 1911, « Correspondance de Jean-Jacques Rousseau et du médecin Tissot », *Annales de la Société Jean-Jacques Rousseau*, n°7, p.19-40.

également une correspondance nombreuse dans le cadre de sa pratique médicale quotidienne.

Il était en effet commun, dans ce siècle qui fut le premier âge d'or de l'épistolarité²¹²², de consulter par correspondance²¹²³, tant parce que les bons médecins se faisaient rares et étaient éparpillés aux quatre coins de l'Europe tandis que le transport restait long et difficile, que parce que la pratique diagnostique, bien qu'incluant déjà l'observation au lit du malade, se fondait encore grandement sur l'anamnèse et l'interrogatoire du malade²¹²⁴.

Tissot, médecin célèbre, ne pouvait donc manquer de recevoir des requêtes de malades de l'Europe entière. Surtout que dans son *Avis au peuple*, il fournissait une sorte de modèle à ses potentiels correspondants malades²¹²⁵, en précisant que « Le succès des remèdes dépend de l'exacte connoissance de la maladie, & cette connoissance, de l'information qu'on donne au Medecin »²¹²⁶. Il détaillait donc les « questions aux quelles il est absolument nécessaire de savoir répondre quand on va consulter à médecin »²¹²⁷ dans un imposant questionnaire clinique²¹²⁸ qui devait composer une sorte de « plan »²¹²⁹ pour

²¹²² Brockliss, L., 2001, « Quatre médecins francophones et la République des lettres du XVIII^e siècle : Boissier de sauvages, Villard, Calvet et Tissot », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 151-169, ici, p. 151.

²¹²³ La pratique de la consultation à distance était répandue à travers toute l'Europe comme en attestent les travaux consacrés aux corpus épistolaires médicaux en Allemagne (Ruisinger, M., 2001, « Auf Messers Schneide. Patientperspektive aus der chirurgischen Praxis Lorenz Heisters (1683-1758) », *Medizinhistorisches Journal*, 36, p. 309-333 ; Geyer-Kordesch, J., 1990, « Medizinische Fallbeschreibungen und ihre Bedeutung in der Wissensreform des 17. und 18. Jahrhunderts », *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, 9, p. 7-19), en France (Brockliss, L., 1994, « Consultation by Letter in Early Eighteenth-Century Paris: The Medical Practice of Etienne-François Geoffroy », La Berge, A., Feingold, M., (éds), 1994, *French Medical Culture in Nineteenth Century*, Amsterdam/Atlanta, Rodopi B.V., p. 79-117), en Angleterre et en Écosse (Smith, L. W., 2003, « Reassessing the Role of the Family: Women's Medical Care in Eighteenth-Century England », *Social History of Medicine*, 16, p. 327-342 ; Wild, W., 2006, *Medicine-by-Post: The Changing Voice of Illness in Eighteenth-Century British Consultation Letters and Literature*, Amsterdam - New York, Rodopi ; Risse, G. B., 1974, « Doctor William Cullen, physician Edinburgh': A consultation practice in eighteenth century », *Bulletin of the History of Medicine*, 48, p. 338-351), en Italie (Joarcho, S., (éd.), 2000, *Clinical Consultations of Francesco Torti*, Malabar, Krieger Pub Co), en Hollande (Lidenboom, G. A., 1962-1979, *Boerhaave's correspondence*, 3 vols, Leiden, E. J. Brill) et en Suisse bien sûr.

²¹²⁴ Pilloud, S., Hächler, S., Barras, V., 2004, « Consulter par lettre au XVIII^e siècle », *Gesnerus*, 61, p. 232-253.

²¹²⁵ Aux premières lignes du chapitre XXXII, lorsque Tissot présente ce questionnaire, il insiste sur son intérêt dans le cadre des consultations épistolaires : « Il faut beaucoup d'attention & d'habitude, pour bien juger de l'état d'un malade qu'on ne voit pas, lors même qu'on est instruit aussi exactement qu'on peut l'être de loin. Mais cette difficulté est fort augmentée, & même changée en impossibilité, quand l'information n'est pas exacte [...] C'est pour prévenir cet inconvénient, que je joins ici une liste des questions, aux quelles il faut pouvoir répondre », Tissot, S.A., 1761, *op. cit.*, p. 527.

²¹²⁶ *Ibid.*, p. 531.

²¹²⁷ *Ibid.*, p. XL-XLIV.

²¹²⁸ « Quel âge a le malade ? Jouissoit il d'une bonne santé ? Quel étoit son genre de vie ? Depuis quand est-il malade ? Comment a commencé son mal ? A-t il de la fièvre ? Son poulx est il dur ou mol ? Est-ce qu'il à encore des forces, ou est-il faible ? Se tient-il tout le jour au lit, ou est-il levé ? Son état est-il le même à toutes les heures du jour ? Est-il inquiet, ou tranquille ? A-t-il chaud ou froid ? A-t il des douleurs de tête, de gorge, de poitrine, d'estomac, de venter, de reins, de membres ? A-t il la langue seche, de l'alteration, mauvais goût à la bouche, des envies de vomir ; du dégoût ou de l'apetit. Va-t-il du ventre souvent, ou rarement ? Comment sont ses selles ? Urine-t-il beaucoup ? Comment sont ses urines ? Est-ce qu'il sue ? Est-ce qu'il crache ? Dort-il ? Respire-t-il aisement ? Quel régime suit-il ? Quels remèdes a-t-il employé ? Quel effet ont-ils produit ? Est-ce qu'il n'a jamais eu la même maladie ». À quoi s'ajoutent des questions spécifiques aux

les lettres que souhaiteraient lui écrire ses lecteurs. Il reçut donc des milliers de lettres, participant de sa pratique quotidienne comme de ses travaux de recherches d'ailleurs²¹³⁰, immense correspondance dont une partie nous est parvenue.

La correspondance du Dr Tissot

Parmi les manuscrits et papiers personnels de Tissot conservés au Département des manuscrits de la Bibliothèque Cantonale et Universitaire de Lausanne (BCUL), à la Bibliothèque Publique et Universitaire de Genève (BPUG), ainsi qu'à la Bibliothèque des Bourgeois de Berne, il y a en effet de nombreuses missives de consultations. Exactement 1344 documents reçus par Tissot entre 1757²¹³¹ et 1797, majoritairement conservés à la BCUL²¹³² sous la cote IS 3784²¹³³, et que le travail de numérisation et d'informatisation²¹³⁴ réalisé par Séverine Pilloud, Micheline Louis-Courvoisier et Vincent Barras a rendu accessible à tout visiteur de l'Institut Universitaire d'Histoire de la Médecine et de la Santé Publique de Lausanne²¹³⁵ sous la forme d'un unique fonds épistolaire²¹³⁶.

Ce dernier se compose pour l'essentiel de courriers de malades – puisque de l'échange originel n'est resté que ce versant de la *consultatio*, la requête écrite des correspondants²¹³⁷ – rédigés majoritairement, mais non exclusivement en français²¹³⁸ et décrivant l'histoire d'une personne et de ses maux, dans le but d'obtenir un avis médical de

femmes : « Ont elles leurs règles, & font-elles regulieres ? Sont-elles enceintes ? De puis quand ? Sont-elles en couche ? La couche a-t-elle été heureuse ? La malade pert-elle suffisamment ? Est-ce qu'elle a du lait ? Nourrit-elle elle-même ? N'est-elle point sujette aux pertes blanches ? », et d'autres s'adressant particulièrement aux enfants : « Quel est très exactement son âge ? Combien a-t-il de dent ? Souffre-t-il pour les mettre ? N'est il point noué ? Est-ce qu'il a eu la petite vérole ? Rend-il des vers ? Son ventre est-il gros ? Son sommeil est-il tranquille ? ». Tissot demande ensuite qu'à ces questions d'ordre général soient ajoutées des précisions particulières sur le mal actuel (*Ibid.*, p. 528-530).

²¹²⁹ *Ibid.*, p. 531.

²¹³⁰ Tissot enrichissait en effet ses éditions successives d'un même ouvrage des commentaires des critiques comme des cas rapportés par ses correspondants.

²¹³¹ Certains documents n'ont pas pu être datés exactement et pourrait remonter jusqu'à 1750, mais le premier document daté est de 1757.

²¹³² Pour des précisions sur l'histoire et le contenu de ce fonds, voir Pilloud, S., 2003, *Histoires de maladies, histoires de vie : narrativité dans l'interaction thérapeutique*, Rapport de recherche FNRS. Nous remercions vivement Séverine Pilloud qui a accepté de nous transmettre ce document non publié.

²¹³³ Essentiellement présents dans la seconde portion du fonds entre les cotes IS3784/II/143.23 et IS/3784/II/149.01.07.19. Pour les exceptions, voir Pilloud, S., 2003, *op. cit.*, p. 68-70.

²¹³⁴ Les documents, en plus d'être numérisés, ont été décrits au sein d'une base de données réalisée sous File Maker qui permet alors d'interroger le fonds par le biais d'une soixante d'items.

²¹³⁵ Nous remercions le Pr. Vincent Barras et l'équipe de l'Institut Universitaire d'Histoire de la Médecine et de la Santé Publique de Lausanne, et tout particulièrement Séverine Pilloud, pour nous avoir accueilli à Lausanne au cours de l'année 2008 et nous avoir permis d'accéder à ce corpus informatisé.

²¹³⁶ Que nous citons désormais FT (Fonds Tissot). Il sera bientôt accessible à tous, sous la forme d'une publication accompagnée de la numérisation des documents : Pilloud, S., Louis-Courvoisier, M., Barras, V., *Le « courrier du corps » au 18e siècle. L'expérience de la maladie dans les consultations épistolaires adressées au Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797)*, Lausanne, BHMS, à paraître.

²¹³⁷ A laquelle répond le *consilium* du médecin, sa consultation.

²¹³⁸ A l'exception "d'environ quatre-vingt documents en latin, quarante en italien, ainsi que quelques-uns en allemand et en anglais" selon Pilloud, S., 2008, *Les mots du corps. L'expérience de la maladie dans les consultations épistolaires adressées au Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797)*, Thèse de doctorat ès lettres, Université de Lausanne, Faculté des lettres, p. 49. Nous remercions Séverine Pilloud de nous avoir amicalement transmis ce travail à ce jour non publié.

la part de Tissot. Ces manuscrits, rédigés soit par le ou la malade, soit par une tierce personne – un médecin, un membre de la famille, un ami ou une autre de l’entourage du malade –, se répartissent en quatre catégories documentaires distinctes²¹³⁹. Il y a tout d’abord des lettres, écrites généralement par un ou plusieurs auteurs identifiés, qui suivent les règles épistolaires de l’époque (introduction, conclusion, salutations et signature)²¹⁴⁰, et qui présentent, plus ou moins explicitement selon les cas, une demande. Parmi celles-ci, nous pouvons distinguer les *lettres de consultation*, qui exposent, de manière souvent détaillée, l’histoire du malade, les symptômes ressentis et, s’il y a lieu, les traitements déjà effectués, et les *lettres d’introduction* qui se limitent à la présentation du malade, à la formulation de la demande, mais qui n’apportent pas ou peu de détails sur la maladie, car elles accompagnent en principe²¹⁴¹ un mémoire de consultation qui y est spécifiquement dédié. Ce troisième type de document, le *mémoire de consultation* est un compte-rendu précis et détaillé de l’état du malade. Il présente donc les symptômes, les traitements, les consultations précédentes quand il y en a eu, mais relate également l’histoire du malade, le récit de ses conditions de vie, voire parfois le récit de toute sa vie. Il s’agit pour les correspondants de présenter leur cas avec le plus de détail possible afin d’obtenir un *consilium* des plus précis. Les *consilia* sont un dernier type de documents qui apparaît dans le fonds. Ces consultations médicales réalisées auprès de Tissot ou auprès d’autres soignants sont jointes par les malades à leur courrier pour présenter les conclusions diagnostiques et les choix thérapeutiques relatifs à leur mal²¹⁴². Elles sont principalement présentes dans les « dossiers de patients » qui sont des ensembles de courriers relatifs à une même personne malade, rassemblés dans le fonds ou reconstitués grâce à la base de données²¹⁴³. Ainsi, Tissot n’apparaît dans ce fonds que de manière indirecte, par les renvois de ses *consilia* ou par le biais d’annotations, souvent très courtes, qu’il apporte sur certains courriers reçus²¹⁴⁴.

Ce fonds est avant tout celui de ses malades, ou plutôt d’environ 840²¹⁴⁵ d’entre eux. Originaires de 15 pays différents²¹⁴⁶, mais dans leur grande majorité Français²¹⁴⁷, ses

²¹³⁹ *Ibid.*

²¹⁴⁰ L’art épistolaire est très codifié et ses règles font même l’objet d’ouvrages, les secrétaires, voir, Chartier, R., 1991b, « Des “secrétaires” pour le peuple ? Les modèles épistolaires de l’Ancien Régime entre littérature de cour et livre de colportage », Chartier, R., (dir.), 1991 *La correspondance. Les usages de la lettre au XIX^e siècle*, Paris, Fayard, p. 159-207.

²¹⁴¹ Certains mémoires relatifs à des lettres d’introduction ne nous sont en effet pas parvenus.

²¹⁴² Certains correspondants, avec qui Tissot échangent à plusieurs reprises, joignent à leurs courriers ses précédentes ordonnances ou lettres pour lui rappeler les traitements déjà prescrits. La base de données en relève 21, dont celui d’un certain M. Torchon Defouchet, propriétaire terrien de 40 ans, qui joint à son troisième courrier la lettre de Tissot reçue en réponse du précédent (BCUL, FT, IS3784/II/144.05.01.38, Lausanne, 5 mai [1785]) ou encore M. Lasseire, un avocat de Tübingen qui consulte pour son fils et qui envoie avec sa lettre une réplique de deux ordonnances de Tissot (BCUL, FT, IS3784/II/149.01.01.25, Tübingen, 22 avril 1778).

²¹⁴³ Séverine Pilloud repère près de 150 de ces dossiers qui relèvent soit d’un échange établi entre Tissot et son correspondant, soit de la volonté première de l’expéditeur de joindre divers documents, dont des *consilia*, à son courrier. Pilloud, S., 2008, *op. cit.*, p. 50, note 169.

²¹⁴⁴ 741 sur 1344.

²¹⁴⁵ Selon Louis-Courvoisier, M., 2001a, « Le malade et son médecin : le cadre de la relation thérapeutique dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle », *Bulletin Canadien d’Histoire de la Médecine*, 18, p. 277-296, ici, p. 291, note 2.

²¹⁴⁶ France, Hollande, Autriche, Suisse, Allemagne, Angleterre, Irlande, Écosse, Danemark, Russie, Grèce, Portugal, Espagne, Luxembourg, Croatie.

correspondants sont autant des femmes que des hommes²¹⁴⁸, appartenant pour la majorité à une classe socioculturelle plutôt élevée. Parmi les hommes, on trouve ainsi des militaires, des ecclésiastiques, des avocats, des fonctionnaires publics, des « gens de lettres » ou des artisans ; tandis que les femmes exercent des fonctions à la cour ou sont employées. Une grande majorité (au moins 17 %) des correspondants sont des nobles, tandis que seuls 3 % sont des gens modestes²¹⁴⁹. La pratique épistolaire reste en effet une activité peu accessible au peuple, ce qui fait de ce corpus une source peu représentative de la réalité de la vie des hommes du XVIII^e siècle. Mais cette limitation à une frange particulière de la population, qui s'impose à la grande majorité des corpus de cette époque²¹⁵⁰, n'enlève rien à la richesse et à l'intérêt de ce fonds.

Sa pertinence heuristique repose sur sa capacité à nous plonger au cœur de l'exercice quotidien de la médecine du siècle des Lumières et à nous offrir ainsi l'accès à une expérience individuelle et sociale de la maladie²¹⁵¹, certes spécifique, mais dévoilant néanmoins certaines modalités du mode d'être des malades du XVIII^e siècle et de l'organisation de la relation médicale²¹⁵². Il s'y dessine cette expérience dont parlait Foucault en la définissant comme « la corrélation, dans une culture, entre domaines de savoirs, types de normativités et formes de subjectivités »²¹⁵³.

²¹⁴⁷ Louis-Courvoisier, M., Mauro, A., 2002, « “Il me trouva très bien ; pour moi, je me sentois toujours malade”. La relation patient-médecin au XVIII^e et au XX^e siècle », *Médecine et Hygiène*, 2402, p. 1518-1522.

²¹⁴⁸ 54% d'hommes pour 46% de femmes.

²¹⁴⁹ Pilloud, S., 2003, *op. cit.*, p. 99-100.

²¹⁵⁰ Sur la difficulté d'accès à la parole des pauvres au XVIII^e siècle, voir les excellents travaux d'Arlette Farge dont Farge, A., 2003, *Le Bracelet de parchemin. L'écrit sur soi au XVIII^e siècle*, Paris, Bayard et Farge, A., 2007, *Effusion et tourment, le récit des corps. Histoire du peuple au XVIII^e siècle*, Paris, Odile Jacob.

²¹⁵¹ Pilloud, S., 2008, *op. cit.*

²¹⁵² Louis-Courvoisier, M., 2001a, *op. cit.* ; 2002, *op. cit.*

²¹⁵³ Foucault, M., 1984a, *op. cit.*, p. 10.

LA CONSULTATION ÉPISTOLAIRE COMME PRATIQUE DE SOI

[L]'histoire n'est jamais répétition de l'archive, mais désinstallation par rapport à elle²¹⁵⁴.

L'ambigu statut de lettre

La lettre est un document particulier qui, à la croisée de l'individuel et du social²¹⁵⁵, permet de suivre « le parcours de son auteur en tant que sujet »²¹⁵⁶, tout en explicitant le paysage social dans lequel il s'inscrit. Écriture ordinaire²¹⁵⁷ de l'intime²¹⁵⁸, la lettre appartient à ces « écritures du moi » conceptualisées par le philosophe Georges Gusdorf (1912-2000)²¹⁵⁹. Dans cette perspective, la correspondance trouve son unité, sa cohérence et son appartenance à un genre²¹⁶⁰, dans la figure du sujet scripteur qui permet de la rapprocher des autobiographies²¹⁶¹ et autres « égodocuments »²¹⁶² tels que les journaux intimes. La lettre est le reflet de l'histoire et de l'existence du sujet qui l'écrit, et peut même être considérée comme leur révélateur au sens où elle « suscite et affine pensées et sentiments qui, sans [elle], seraient demeurés latents » : elle « leur offre étoffe et existence »²¹⁶³. La lettre est toujours faite « à la manière de soi »²¹⁶⁴, ainsi que le résume

²¹⁵⁴ Farge, A., 1989, *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil, p. 93.

²¹⁵⁵ Bossis, M., (dir.), 1994, *La lettre à la croisée de l'individuel et du social*, Paris, Kimé.

²¹⁵⁶ Fabre, D., 2002, « Vivre, écrire, archiver », *Sociétés et représentations*, 13, p. 19-42, ici, p. 36.

²¹⁵⁷ Fabre, D. (dir.), 1993, *Écritures ordinaires*, Paris, P.O.L., Bibliothèque publique d'information / Centre Georges Pompidou. Voir notamment l'article de Giordana Charuty qui aborde la question de la consultation médicale. Charuty, G., « Maux dits, maux écrits », *Ibid.*, p. 223-260.

²¹⁵⁸ Dufief, P.-J., (éd.), 2000, *Les écritures de l'intime : la correspondance et le journal*. Actes du colloque de Brest. 23-25 octobre 1997, Paris, Honoré champion.

²¹⁵⁹ Gusdorf, G., 1991, *Lignes de vie. I. Les écritures du moi*, Paris, Odile Jacob, p. 145-170.

²¹⁶⁰ Le début des années 1970 fut le lieu d'un débat sur la nature générique de la lettre dans la littérature qui opposa notamment l'approche historique de Bernard Bray et l'approche textuelle ou formaliste de Roger Duchêne autour des lettres de Mme de Sévigné (Bray, B., 1969, « Quelques aspects du système épistolaire de Madame de Sévigné », *Revue d'Histoire Littéraire de la France* 1969, 3-4, p. 491-505 ; Duchêne, R., 1971, « Réalité vécue et réussite littéraire : le statut particulier de la lettre », *Revue d'Histoire Littéraire de la France*, 71/2, mars-avril 1971, p. 177-194. Pour une synthèse, voir, Beugnot, B., 1974, « Débats autour du genre épistolaire : réalité et écriture », *Revue d'histoire littéraire de la France*, 2, p. 195-202). Il est aujourd'hui admis que la lettre ne peut former un genre littéraire à proprement parler, si ce n'est à attribuer une certaine souplesse à la notion de genre (Haroche-Bouzinac, G., 1995, *L'épistolaire*, Paris, Hachette, p. 23 : « genre souple »), ou d'accepter une simple définition matérielle comme point nodal de ce genre telle celle de Gil Constable (Constable, G., 1976, *Letters and Letters-collections*, Turnhout, Éditions Brepols).

²¹⁶¹ Avec son concept d'écriture du moi, Gusdorf souhaitait rassembler sous une même bannière les récits à la première personne du singulier, notamment suite au travail de Philippe Lejeune qui opposait l'autobiographie, en tant qu'elle se fonde sur un pacte organisant une dialectique auteur/lecteur, à la lettre (Lejeune, P., *Le pacte autobiographique*, Paris, Le Seuil, 1975). La correspondance médicale soutient l'analyse de Gusdorf puisqu'elle fait l'objet d'un pacte entre le scripteur et le destinataire.

²¹⁶² Terme introduit par l'historien néerlandais Jacob Pressler (1899-1970) au milieu des années 1950 pour qualifier ces documents de formes diverses dans lesquels l'auteur exprime son propre vécu et ses propres ressentis. Pour une synthèse à ce propos, voir Dekker, R., (dir.), 2002, *Egodocuments in history. Autobiographical Writing in its Social Context since the Middle Ages*, Hilversum, Verloren Publishers.

²¹⁶³ Beugnot, B., 1978, « Style ou styles épistolaires ? », *Revue d'histoire littéraire de la France*, 78/6, *La lettre au XVII^e siècle*, p. 939-952, ici, p. 948.

²¹⁶⁴ Beugnot, B., 1990, « De l'invention épistolaire : à la manière de soi », Bossis, M., Porter, C. A., (éds.), 1990, *L'épistolarité à travers les siècles. Geste de communication et/ou d'écriture*, Centre culturel International de Cerisy la Salle, Stuttgart, Steiner, p. 27-38, ici, p. 27.

Bernard Beugnot qui insiste sur le fait qu'elle est « une mise en scène de soi »²¹⁶⁵. La lettre est en effet une descente en soi par laquelle le scripteur tente de construire « à distance de texte, dans l'infidèle miroir de l'expression, l'être qu'[il] n'est pas encore »²¹⁶⁶. Elle invente donc des liens et des lieux intimes pour nier la solitude première d'où elle émerge. Avant d'être un écrivain, un auteur, un anonyme ou un malade, le scripteur est un « artisan de soi »²¹⁶⁷ qui dans le détail de son récit dit le vrai, au sens où ses mots sont autant de biais de constitution de son identité.

Seulement, cette transparence et cette sincérité du sujet individuel dans la lettre, qui en font un document nécessairement vrai, parce que réel, doivent être nécessairement tempérées²¹⁶⁸. « La lettre donne l'illusion d'être plus vraie que toute autre forme d'écriture »²¹⁶⁹, mais l'intimité épistolaire est en fait un mythe ainsi que l'a mis en lumière Herman Parret dans son ouvrage *Le sublime du quotidien*²¹⁷⁰. L'autre est toujours présent dans l'écriture intime, et plus encore dans la lettre qui s'adresse directement à un destinataire. La lettre est en effet un geste de communication vers l'autre, un geste de partage d'une profonde sociabilité, qui la détermine indépendamment de son contenu et de sa forme qui peuvent, eux, prendre la forme du monologue comme un dialogue. La matérialité de la lettre – ses formules de politesse, son organisation particulière, son ton – rend déjà compte de l'irréductible présence d'autrui. En outre, le récit que le sujet y produit est nécessairement porteur de représentations, de normes qui lui proviennent de la culture à laquelle il appartient. Chaque épistolier²¹⁷¹ puise dans un fonds commun de mots, de représentations, d'images et de concepts, afin de produire un agencement personnel, sans cesse renouvelé, qui détermine son individualité autant qu'il révèle son rapport au monde et à la culture. Pour le dire autrement, « la correspondance institue un ordre paradoxal qui est construction d'un lien social à partir d'un geste subjectif et singulier »²¹⁷².

Il y a un contrat épistolaire aussi explicite que tacite qui organise un rapport de soi à soi qui est toujours un rapport de soi à l'autre. La lettre implique à la fois un retour sur soi au sens où elle oblige « à penser à soi pour se déterminer, mais aussi pour mimer la communication »²¹⁷³ et l'ouverture constante d'un dialogue dans la mesure où elle est tant jeu de questions-réponses avec l'autre que, dans sa narration même, forme dialoguée²¹⁷⁴. La lettre est toujours un face-à-face qui oscille entre ouverture à autrui et fermeture sur soi, elle est un intermédiaire ontologique entre la présence et l'absence. Elle révèle finalement tant

²¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 35.

²¹⁶⁶ *Ibid.*

²¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 36.

²¹⁶⁸ Cusset, C., 1994, « “Ceci n'est point une lettre” : échange épistolaire et mystique de la transparence. Le cas de Sophie Cottin (1770-1807) », Bossis, M., (dir.), 1994, *op. cit.*, p. 48-53.

²¹⁶⁹ Brunet, M., 1994, « La réalité de la fausse lettre : observations pour une épistémologie appliquée de l'épistolarité », *Tangence*, 45, p. 26-49, ici, p. 26.

²¹⁷⁰ Parret, H., 1988, *Le sublime du quotidien*, Paris, Éditions Hadès-Benjamins, notamment la section « “ma vie” : est-ce bien à moi qu'est la vie » (p. 39-43). Bernard Beugnot dénonce également le double mythe de la transparence et de la sincérité (Beugnot, B., 1990, *op. cit.*, p. 29).

²¹⁷¹ Le terme est de Duchêne, R., 1971, « Réalité vécue et réussite littéraire : le statut particulier de la lettre », *Revue d'Histoire Littéraire de la France*, 71/2, mars-avril 1971, p. 177-194.

²¹⁷² Chartier, R., Hébrard, J., 1991, « Entre public et privé : la correspondance, une écriture ordinaire », Chartier, R., (dir.), 1991, *La correspondance. Les usages de la lettre au XIXe siècle*, Paris, Fayard p. 451-458, ici, p. 456.

²¹⁷³ Haroche-Bouzinac, G., 1995, *L'épistolaire*, Paris, Hachette, p. 87.

²¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 92.

de l'individu que de la société dans laquelle il vit, certes, parce qu'elle est le discours d'un émetteur qui est reflet d'une catégorie sociale, mais également parce qu'elle est tant le discours d'un émetteur sur une société donnée, à un moment donné²¹⁷⁵ que celui produit par cette même société dans ce même moment, au sens où ses normes propres ont évolué au cours du temps. Les lettres « sont tout à la fois des faits interpersonnels et des événements communicationnels qui sont produits, enregistrés et échangés entre différents acteurs sociaux dans le temps réel de leurs interactions »²¹⁷⁶. La lettre est de l'ordre du privé et du public autant qu'elle n'appartient pleinement à aucun de ces champs puisqu'elle les pervertit profondément en passant « au-delà ou en-deçà de l'intime pour relier et interpénétrer privé et public »²¹⁷⁷. Cette participation aux différentes sphères socioanthropologiques en fait un document exceptionnel pour l'histoire²¹⁷⁸ parce que toujours aux limites²¹⁷⁹. En tant que lieu de mémoire, les lettres et la correspondance sont des documents historiques importants parce qu'imprégnés d'événements historiques, mais elles sont également de ce point de vue, les traces d'une histoire en miettes²¹⁸⁰. Ce n'est qu'envisagée comme rituel que la lettre dévoile son unité d'objet historique où les traces de l'histoire qui s'y dévoile peuvent être rassemblées sous la perspective d'un individu s'affirmant sujet d'une expérience culturelle et historique donnée.

Ainsi, indépendamment de la spécificité qui fait de chaque correspondance un objet unique, tant du fait de sa composition (selon que l'on possède les deux faces de l'échange, une seule face, des bribes ou un ensemble suivi), que de ses auteurs ou récepteurs et de l'époque de sa rédaction, l'épistolarité, comme pratique d'un sujet individuel et social, offre une unité épistémologique et historiographique à la lettre. L'épistolarité relève du champ des « pratiques de soi » qui ouvre la voie à la description des modes d'être historiques des scripteurs, autant qu'aux modes de problématisation de leur inscription dans une relation intersubjective au sein du corps social.

La correspondance des Lumières comme pratique de soi

Michel Foucault a forgé le concept de « pratiques de soi » pour qualifier ces « modes d'agir et de penser à la fois »²¹⁸¹ par lesquels un individu élabore un certain rapport de soi à soi au moyen duquel il « essaie de s'élaborer, de se transformer et d'accéder à un certain mode d'être »²¹⁸². Il rassemblait sous ce vocable tous les rapports à soi, tous les procédés et les techniques par lesquelles on élabore ces rapports, tous les exercices par lesquels on se

²¹⁷⁵ Grassi, M.-C., 1998, *Lire l'épistolaire*, Paris, Dunod, p. 7.

²¹⁷⁶ Mamali, C., 1994, « Correspondance et dialogue virtuel du niveau individuel au niveau sociétal », Bossis, M., (dir.), 1994, *op. cit.*, p. 179-185, ici, p. 179-180.

²¹⁷⁷ Védrine, H., 1994, « Lettre, texte et image. La représentation dans la correspondance de Félicien Rops », Bossis, M., (dir.), 1994, *op. cit.*, p. 165-170, ici, p. 169.

²¹⁷⁸ Sohn, A.-M., (dir.), 2002, *La correspondance, un document pour l'Histoire*, Cahiers du GRHIS, n° 12, Rouen, Publications de l'université de Rouen.

²¹⁷⁹ Dauphin, C., 2002, « Les correspondances comme objet historiques. Un travail sur les limites », *Sociétés & Représentations*, 13, p. 43-50.

²¹⁸⁰ Dauphin, C., Lebrun-Pezzerat, P., Poublan, D., 1994, « Une correspondance familiale au XIX^e siècle », Bossis, M., (dir.), 1994, *op. cit.*, p. 125-145, ici, p. 126.

²¹⁸¹ Foucault, M., 1984b, *op. cit.*, p. 1454.

²¹⁸² Foucault, M., 1984j, « L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté » (entretien avec H. Becker, R. Fernet-Betancourt, A. Gomez-Müller, 20 janvier 1984), *Concordia. Revista internacional de filosofía*, n° 6, juillet-décembre 1984, p. 99-116, *Dits et écrits*, texte 356, vol 2, p. 1527-1548, ici, p. 1528.

donne à soi-même comme objet à connaître, et toutes les pratiques qui permettent de transformer son propre mode d'être²¹⁸³. L'épistolarité s'inscrit parfaitement dans ce cadre conceptuel, et ce, d'autant plus qu'elle relève au XVIII^e siècle d'un objectif particulier.

Si la lettre fut l'outil privilégié de communication de la République des lettres, c'est parce qu'elle répondait à son objectif d'« invention de la liberté »²¹⁸⁴. L'histoire de l'intimité a en effet montré qu'on assistait, au cours du XVIII^e siècle à un relâchement des liens de l'individu aux solidarités collectives, féodales et communautaires²¹⁸⁵, délitement qui ouvrait la voie à de nouvelles modalités d'individualisation sociale. Dans ce contexte, où les espaces de la famille, des communautés d'appartenance et finalement de la société se chevauchent, les territoires autrefois séparés du public et du privé tendent à s'entremêler²¹⁸⁶ de manière à créer une sphère de l'intimité renouvelée « à la fois retraite et refuge pour l'individu soustrait aux contrôles de la communauté »²¹⁸⁷. La lettre, puisqu'elle qu'elle (se) joue du mélange entre privé et public, est au cœur de ce changement d'attitude à l'égard de soi. Elle participe en effet de la construction d'un discours privé relatif à l'intime et à la subjectivité vécue qui prend corps dans l'espace public de l'interaction avec le destinataire. C'est ce qui fait dire à Mireille Bossis qu'elle est l'« expression naissante du moi »²¹⁸⁸. L'épistolarité est au cœur de l'apparition d'une écriture nouvelle, dite du « for privé »²¹⁸⁹, où se nouent de nouvelles modalités de connaissance et d'affirmation de soi-même. Aux côtés des journaux intimes et des confessions qui se multiplient également à cette période, les lettres contribuent pleinement au développement de cette littérature autographe qui, dans le courant d'alphabétisation de la société, construit un rapport renouvelé entre écriture, lecture et connaissance de soi. Les lettres relatives à la maladie sont d'autant plus représentatives de cette période que ce rapport entre les supports écrits et le soi prend pour objet le corps. L'histoire du corps a en effet mis en lumière un changement de l'attitude individuelle et collective à l'égard du corps s'opérant entre le XVI^e siècle et le XVIII^e siècle²¹⁹⁰. Le corps se privatise, devient le lieu même de l'individualité, l'espace d'expression de l'unicité de l'individu, et donc tout naturellement l'objet de cette écriture nouvelle du « for privé ». Mais, ainsi que l'a montré Madeleine Foisil, cette écriture privée va investir principalement le corps malade²¹⁹¹, tandis que le corps en bonne santé faisait l'objet de discours publics, comme les mémoires d'histoire ou les livres de raison. En ce sens, les lettres de malades, telles celles présentes dans le fonds Tissot, sont les représentantes exemplaires de cette conquête de l'intimité qui s'opère au sein d'un certain individualisme des mœurs dans des espaces laissés en friche par le recul des communautés

²¹⁸³ *Ibid.*, p. 42.

²¹⁸⁴ Bandelier, A., 2002, « Postface », Beaurepaire, P.-Y., (éd.), 2002, *La plume et la toile. Pouvoirs et réseaux de correspondance dans l'Europe des Lumières*, Arras, Artois Presses Université, p. 331-337.

²¹⁸⁵ Ariès, P., 1986, « Pour une histoire de la vie privée », Chartier, R., (dir.), 1986, *Histoire de la vie privée. III. De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil, p. 7-19, ici, p. 7.

²¹⁸⁶ Castan, N., 1986, « Le public et le particulier », Chartier, R., (dir.), 1986, *op. cit.*, p. 413-453.

²¹⁸⁷ Chartier, R., 1986, « Les pratiques de l'écrit », Chartier, R., (dir.), 1986, *op. cit.*, p. 113-162, ici, p. 113.

²¹⁸⁸ Grassi, M.-C., 1990, « La correspondance comme discours du privé au XVIII^e siècle », Bossis, M., Porter, C. A., (éds.), 1990, *op. cit.*, p. 180-183, ici, p. 180.

²¹⁸⁹ Servais, P., Van Ypersele, L., Mirguer, F., 2007, *La lettre et l'intime. L'émergence d'une expression du for intérieur dans les correspondances privées (17^e -19^e siècles)*, Louvain-la-Neuve, Bruylant Academia.

²¹⁹⁰ Voir notamment à ce propos, Vigarello, G., (dir.), 2005, *Histoire du corps. I. De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil.

²¹⁹¹ Foisil, M., 1986, « L'écriture du for privé », Chartier, R., (dir.), 1986, *op. cit.*, p. 331-369, notamment p. 356.

féodales d'une part et la conquête de l'espace social par l'État d'autre part. Elles sont proprement des pratiques par lesquelles les individus, dans un rapport de nature dialogique²¹⁹² avec son corps et avec l'autre, se forment un rapport spécifique de soi à soi²¹⁹³ qui déterminent son devenir de sujet.

L'enjeu anthropologique du fonds de Tissot

Dès lors, ainsi envisagées comme pratiques de soi, les lettres du fonds Tissot s'offrent comme le média par excellence pour aborder la subjectivation, entendue comme « processus par lequel on obtient la constitution d'un sujet, plus exactement d'une subjectivité »²¹⁹⁴, de l'individu malade au sein de la relation médicale du second XVIII^e siècle. Les pratiques de soi – c'est en ce sens qu'elles sont les points d'appui des modes de subjectivation²¹⁹⁵ – sont le lieu où l'individu vivant, en se confrontant aux dispositifs²¹⁹⁶, se forge une subjectivité propre. Dès lors, en tant qu'elles rendent intelligible la « constitution corrélatrice du sujet et de l'objet »²¹⁹⁷, elles permettent d'accéder au moment même où se noue dans l'empirique le plus essentiel la distinction de l'objet et du sujet, et où le transcendantal, à la fois celui de l'objectivité qui précède cette distinction, et celui de l'objectivité qui la poursuit, se trouve désamorcé. Elles sont, pour le dire autrement, une voie d'accès au sol anthropologique fondamental. En nous situant dans cette région de l'anthropologie pragmatique²¹⁹⁸ où « l'observation de soi n'accède ni à un sujet en soi, ni au Je pur de la synthèse, mais à un *moi* qui est [...] présent [...] dans sa seule *vérité phénoménale* »²¹⁹⁹, les lettres adressées à Tissot nous permettent, comme l'avait déjà compris Frédéric Sardet, d'analyser ce compromis entre ce que la nature fait de l'homme et ce que l'homme libre peut et doit faire de lui-même²²⁰⁰. En retrouvant cette épaisseur²²⁰¹ anthropologique de l'homme concret qui est la trace, relative à sa position ambivalente d'objet de connaissance et de sujet connaissant, de son existence dans le milieu, la correspondance médicale adressée à Tissot rend finalement compte de cette subjectivité, entendue à la fois comme donnée ontologique de l'expérience de la maladie et élément politique de l'expérience de la médecine. La modestie autobiographique de ces égodocuments permet, autrement dit, de corriger l'arrogance philosophique²²⁰² de nos théorisations généalogiques, et ainsi d'éviter l'illusion anthropologique de l'anthropocentrisme, comme l'illusion dogmatique du transcendantalisme exacerbé, pour accéder à la médecine dans sa réalité d'irréductible

²¹⁹² Wild, W., 2000, « Doctor-Patient correspondence in Eighteenth-Century Britain: a change in rhetoric and relationship », *Studies in Eighteenth century culture*, 29, p. 47-64.

²¹⁹³ Rieder, P., Barras, V., 2001, « Écrire sa maladie au siècle des Lumières », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 201-222.

²¹⁹⁴ Foucault, M., 1984c, « Le retour de la morale » (entretien avec G. Barbedette et A. Scala, 29 mai 1984), *Les Nouvelles littéraires*, n° 2937, p. 36-41, *Dits et Ecrits*, texte 354, vol. 2, p. 1515-1526, ici, p. 1525.

²¹⁹⁵ Foucault, M., 1984a, *op. cit.*, p. 40.

²¹⁹⁶ Agamben, 2007, *op. cit.*, p. 26-27.

²¹⁹⁷ Foucault, M., 1984b, *op. cit.*, p. 1454.

²¹⁹⁸ Kant, E., 1800, *op. cit.*, p. 83.

²¹⁹⁹ Foucault, M., 2009, *op. cit.*, p. 23.

²²⁰⁰ Sardet, F., 2001, « Consulter Tissot : hypothèses de lecture », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 55-66, ici, p. 56.

²²⁰¹ Dekens, O., 2000, *L'épaisseur humaine. Foucault et l'archéologie de l'homme moderne*, Paris, Kimé.

²²⁰² Le Blanc, G., 2007, *op. cit.*, p. 13.

empirisme²²⁰³. En saturant ainsi notre analyse d'empirique, nous évitons donc le retour vicieux d'un transcendantal qui ne vaudrait que pour lui et non plus comme outil de mise en ordre, et nous retrouvons la subjectivité entendue, non plus comme condition épistémologique de savoirs visant la scientificité ou comme résultat de l'interaction de ces savoirs avec leurs propres effets de pouvoirs, mais comme l'effet pratique de vérité qui se dévoile dans le jeu des discours relevant du partage du vrai et du faux avec les pratiques qui les concrétisent comme technologies de pouvoir. Finalement, la perspective des pratiques de soi permet de se situer au plus près des usages qui déterminent, comme « mille et une créations de la vie ordinaire »²²⁰⁴, la subjectivité, tout en élargissant la perspective vers les modes historiques de problématisation. En effet, comme le précise Foucault, ces pratiques ne sont pas, à proprement parler, inventées par les individus, mais sont « des schémas qu'il trouve dans sa culture et qui lui sont proposés, suggérés, imposés par sa culture, sa société et son groupe social »²²⁰⁵. Ainsi, tout en analysant les hommes ordinaires, dans l'individualité de leur corps vulnérable et de leur subjectivité encombrante, nous pouvons envisager de mettre à jour les « modèles de conscience et d'action »²²⁰⁶ autour desquels se problématisent les grandes lignes du monde médical moderne²²⁰⁷.

Précautions et perspectives méthodologiques

Un tel projet, s'il s'affirme philosophiquement cohérent, demande néanmoins de respecter certaines exigences méthodologiques induites tant par le matériau utilisé que par les enjeux historiographiques de notre projet. Ainsi que l'a brillamment décrit l'historienne Arlette Farge, l'archive est en effet un matériau retors pour l'historien qui en a le goût. Les feuillets et les dossiers d'un fonds sont, comme autant de traces échouées d'un réel disparu, des amas de vrai au sein duquel l'historien doit tenter, autant qu'il lui est possible, d'arracher un sens supplémentaire²²⁰⁸ là où déjà le sens est en excès²²⁰⁹. Pour ce faire, il doit se déprendre de la trace brute, « difficile dans sa matérialité »²²¹⁰, pour traquer en elle, un événement entendu comme « expression morcelée de l'être, livrée comme trace, souvenir amnésié en même temps qu'accompagné de l'écho des vibrations du monde qui l'entoure »²²¹¹. Autrement dit, l'archive, même dépouillée, classée et organisée n'est pas encore un objet pour l'historien, elle est toujours une matière aussi vivante que les visages et les vies qu'elle a figés dans l'encre, puis sous la poussière sont morts. « L'archive n'écrit

²²⁰³ Vincent Barras soulignait déjà en 2001 que par le biais des égodocuments, et particulièrement des correspondances, on pouvait « espérer mettre à jour une part de cela même qui semble constituer l'essence de l'exercice quotidien de la médecine » (Barras, V., 2001, « Épistolarité et maladie », Danou, G., (éd.), 2001, *Littérature et médecine ou les pouvoirs du récit*, Paris, Bpi/Centre Pompidou, p. 195-206, ici, p. 195).

²²⁰⁴ Le Blanc, G., 2007, *op. cit.*, p. 190.

²²⁰⁵ Foucault, M., 1984j, *op. cit.*, p. 1538.

²²⁰⁶ Porter, R., 1985, « The Patient's View: doing medical history from below », *Theory and Society*, 14 (2), p. 175-195, ici, p. 185. Notre traduction.

²²⁰⁷ Nous considérons ici avec Manon Brunet que les lettres, indépendamment de la « vérité » de leur contenu et de la possibilité que les scripteurs mentent, sont, prises dans le réseau épistolaire auquel elles appartiennent, toujours vraies au sens où elles engagent des réponses et des pratiques. Cet aspect performatif au sein d'un ensemble leur assure une authenticité (Brunet, M., 1994, *op. cit.*, p. 47-48).

²²⁰⁸ Farge, A., 1989, *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil, p. 43.

²²⁰⁹ « L'archive est excès de sens », *Ibid.*, p. 42.

²²¹⁰ *Ibid.*, p. 10.

²²¹¹ *Ibid.*, p. 101.

pas de pages d'histoire. Elle décrit avec les mots de tous les jours le dérisoire et le tragique »²²¹². Elle ne devient objet historique qu'au moment où on lui pose « un certain type de questions »²²¹³. Ce nécessaire décentrement à l'égard de l'archive avait également été signalé par l'historien britannique Roy Porter.

Dans un article, devenu célèbre, qu'il publia en 1985 dans la revue *Theory and Society*, Porter invitait les historiens de la médecine à changer leur perspective limitée à une histoire de la médecine envisagée du seul point de vue du médecin, car elle impliquait, selon lui, une double distorsion historique fondamentale. D'une part, elle laissait croire que la rencontre médicale s'opère entre un médecin et un malade – alors même qu'elle implique, dans ses rituels et ses représentations autant que dans sa pratique, un tiers familial et/ou social – et, d'autre part, et par conséquent, elle ne permettait pas de rendre compte du fait que dans le passé, comme aujourd'hui d'ailleurs, le professionnel n'est impliqué dans le soin que de manière marginale. Pour revaloriser ce fait historique essentiel selon lequel l'histoire de la santé est avant tout une histoire de prise en charge autonome ou communautaire, c'est-à-dire que les initiatives de soins, et donc le pouvoir, proviennent avant tout des malades et des « laïcs » (*lay persons*) plutôt que du médecin individuel ou de la profession, il en appelait à une histoire de la médecine « par en bas » (*from below*) réalisée du point de vue du patient²²¹⁴. Conscient qu'il partait de zéro, il proposait de construire tout d'abord une histoire des souffrants, sorte d'« atlas de l'expérience de la maladie et de ses réponses »²²¹⁵, qui permettrait de se « défamiliariser »²²¹⁶ des connaissances que l'on pensait avoir sur la médecine du passé, et fournirait un nouveau cadre de référence à partir duquel les historiens pourraient ensuite s'engager dans l'histoire du point de vue du patient évitant notamment ainsi le regard rétrospectif qui ferait considérer le passé à partir des catégories du présent²²¹⁷. Cette histoire des souffrants devait prendre avant tout appui sur les « égodocuments » – journaux intimes, lettres, autobiographies de maladie – dans lesquels sont enregistrés « la douleur, les autoexamens, l'automédication, les régimes et la résignation »²²¹⁸. Il s'agissait ainsi d'éviter de manquer le malade comme ont pu le faire certains travaux qui, tout en souhaitant décrire le patient ne l'ont finalement abordé que du point de vue des médecins²²¹⁹. La culture populaire – contes, proverbes, récits, folklore, superstitions, *etc.* – peut venir, selon Porter, compléter ces matériaux premiers, tout comme les arts visuels, aux travaux de sociologie ou d'anthropologie médicales, voire, même, aux travaux d'histoire sociale qui, pris avec précaution, permettent de comprendre le paysage dans lequel sont produits les égodocuments. Mais les récits faits par les souffrants eux-mêmes restent l'objet privilégié de cette histoire qui se fixe pour objectif de mettre en lumière les « modèles de conscience et d'action »²²²⁰ à partir de l'étude par « en bas » des pratiques quotidiennes. C'est en effet

²²¹² *Ibid.*, p. 13.

²²¹³ *Ibid.*, p. 19.

²²¹⁴ Porter, R., 1985, *op. cit.*, p. 175-176.

²²¹⁵ *Ibid.*, p. 181, notre traduction.

²²¹⁶ « to “defamiliarize” », *Ibid.*, p. 176.

²²¹⁷ C'est pour éviter ce risque que Porter propose de faire référence aux souffrants plutôt qu'au patient, terme qui implique déjà un certain rapport avec la médecine professionnelle. Cette distinction terminologique, sur laquelle nous reviendrons, est au cœur des difficultés de l'histoire du point de vue du patient.

²²¹⁸ *Ibid.*, p. 183.

²²¹⁹ Il cite notamment les travaux d'histoire sociale réalisés en France dans la lignée de l'École des Annales, tels ceux de Jean-Pierre Peter (*Ibid.*, p. 182) ou de Jean-Pierre Goubert (*Ibid.*, p. 185).

²²²⁰ Porter, R., 1985, *op. cit.*, ici, p. 185, notre traduction.

à partir de l'analyse du langage des malades, de la manière dont les ils expriment leur douleur (est-elle physique, morale, émotionnelle, localisée, comportementale ?²²²¹) dans ces égodocuments qu'elle pourra faire ressortir le vécu de la douleur, mais aussi la perception de soi, de son corps, et la signification des maladies qui y est en jeu. Cette étude sémiologique devra également se pencher sur les termes utilisés par les malades pour qualifier leur maladie (sont-ils populaires ou scientifiques, médicaux ou vernaculaires, finement différenciés ou bruts, descriptifs ou causaux, symptomatiques ou ontologiques, chrétiens ou païens, *etc.* ?) afin d'éclairer « leurs hypothèses sur la cause, le type, le pronostic et le remède »²²²². C'est par ce biais que Porter envisageait de constituer une histoire des souffrants qui, en dévoilant une autre vision de la médecine du passé, plus proche du quotidien de ses usagers, pourrait redonner un visage humain à l'histoire de la médecine²²²³.

Si l'article de Porter tend finalement à semer un doute quant à la nature exacte de cette histoire par le bas, histoire des souffrants et histoire du patient semblant à terme se juxtaposer²²²⁴, les éléments qu'il met en place sont riches d'enseignement pour notre propre étude qui a finalement la même ambition de retour aux pratiques quotidiennes et vise les mêmes objectifs de mise en lumière des modèles d'agir et de penser à l'œuvre dans l'expérience médicale des patients de Tissot. Nous sommes en effet, comme lui, confronté à une somme d'informations empiriques au sein de laquelle il nous faut bien naviguer. Et si nous avons pu déterminer les grandes lignes de notre questionnement, en cherchant à analyser la manière dont les malades de Tissot peuvent se constituer comme sujets autonomes de leur expérience médicale au contact du praticien lausannois, la détermination des points précis à partir desquels une telle analyse pourra se mettre en place exige un préalable.

Il nous faut tout d'abord comprendre globalement comment s'organise l'expérience médicale pour les malades de Tissot, c'est-à-dire délimiter les territoires et les lieux de passages qui la qualifient, afin de pouvoir ensuite repérer les limites, les frontières à partir desquelles opérer un questionnement critique. Mais cette première étape aura surtout pour but d'éviter les écueils attendant à une histoire réalisée du point de vue du patient. Comme le résumait Frédéric Sardet et Vincent Barras, en s'inspirant des constats de Porter, l'étude de la figure du « patient » est une démarche complexe²²²⁵ qui doit d'emblée se prémunir contre deux risques qui lui sont immanents. Le premier est la tentation de réification de la figure du patient qui conduirait à oublier son caractère essentiellement furtif et tendrait à superposer les connaissances que nous croyons détenir à propos de sa figure actuelle sur sa figure historique. Le second risque, qui s'inscrit dans une même perspective rétrospective, consiste à n'envisager le patient qu'au sein de la relation médecin-malade, « laquelle est probablement trop grevée de projections éthiques propres à nos relations avec la médecine contemporaine »²²²⁶. Ainsi, étudier dans un premier temps la manière dont les malades de Tissot envisageaient la santé et la maladie et organisaient leur rencontre avec les soignants nous permettra de nous « départir des valeurs et des normes qui sont aujourd'hui attachées à cette figure », afin d'établir les conditions d'interrogation d'une possible autonomie du

²²²¹ *Ibid.*, p. 186, notre traduction.

²²²² *Ibid.*, p. 187, notre traduction.

²²²³ *Ibid.*, p. 194.

²²²⁴ Rieder, P., 2003, *op. cit.*, p. 262.

²²²⁵ Rieder, P., Barras, V., 2001, *op. cit.*, p. 204.

²²²⁶ *Ibid.*, p. 203-204.

patient des Lumières, et ainsi entamer, dans un second temps, l'étude des modes de problématisations par lesquels s'opère son devenir autonome au sein de cette expérience médicale singulière.

Pour mener à bien cette nécessaire déconstruction du subjectif²²²⁷ tel qu'il est exprimé dans les lettres adressées à Tissot qui est l'objectif de notre première étape, nous confronterons, comme nous y invite notre matériau épistolaire²²²⁸, les récits des malades singuliers produits dans l'environnement local de leur réseau privé et familial aux contextes institutionnels d'appartenance de leurs auteurs à la société des individus que pourront nous fournir les travaux historiques déjà réalisés sur cette époque. Au moyen de cette double perspective, qui fait jouer les échelles²²²⁹ de la microanalyse et de la macroanalyse, nous pourrons envisager de manière adéquate l'expérience des correspondants de Tissot dans l'interaction entre le savoir qui organise le dire de la lettre et la lettre qui donne vie, nuance et détail au savoir.

²²²⁷ « [...] la meilleure approche pour accéder à cette complexité est [...] de commencer par déconstruire le subjectif », *Ibid.*, p. 205.

²²²⁸ Bossis, M., 2007, « Perspectives méthodologiques », Bossis, M., Bergamasco, L., (dir.), 2007, *Colloque Archive épistolaire et Histoire*, Centre culturel international de Cerisy-la-salle, Paris, Connaissances et savoirs, p. 337-343, ici, p. 339.

²²²⁹ Revel, J., (dir.), 1996, *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, EHESS/Gallimard/Seuil.

LE MONDE MÉDICAL PLURIEL DES MALADES DE TISSOT

[L]a lettre où l'on raconte ses maladies en détail veut signifier la condition d'être malade elle-même²²³⁰.

L'histoire érudite de la médecine, en privilégiant les traités médicaux, nous apporte peu de détails sur l'expérience effective de la médecine au XVIII^e siècle. L'histoire sociale et culturelle, qui s'est développée en écho au tournant historiographique engagé par l'École des Annales, permet davantage de cerner l'exercice quotidien de la médecine en situant son approche au ras du sol²²³¹. Jacques Léonard, dans son histoire globale de la santé²²³², participa à mettre en lumière la complexité de l'univers médical du passé, précisant notamment le décalage important entre les discours savants et les pratiques quotidiennes de l'hygiène et de la santé, entre les savoirs et les effets de pouvoirs²²³³. Dès sa thèse de doctorat²²³⁴, il relativisait l'idée d'une médicalisation verticale assurée, dans le XIX^e siècle flamboyant, par un corps médical unifié et plein possesseur du pouvoir, en signalant au contraire l'existence d'une multiplicité de soignants et d'auxiliaires qui étaient parties prenantes de l'expérience médicale des malades. Cette perspective fut confirmée et enrichie par Matthew Ramsey qui décrit le monde social de la pratique médicale²²³⁵ en France à partir dernier tiers du XVIII^e siècle en insistant notamment sur le rôle de « soignants » à part entière de ces empiriques que l'histoire avait trop rapidement renvoyés au rang de charlatans. Sur cette base, et dans la lignée de l'appel de Roy Porter, de nombreux travaux s'attachèrent à expliciter le rôle des patients dans l'évolution de la médecine moderne et particulièrement dans le développement de la médicalisation²²³⁶. À la croisée des diverses perspectives historiographiques, la France du XVIII^e siècle se dessinait comme « monde médical »²²³⁷ complexe, dont les lettres adressées à Tissot rendent compte.

Un corps soignant pluriel et peu établi

Ainsi que nous l'avions déjà abordé dans notre premier chapitre, le XVIII^e siècle se qualifie par l'existence d'une multiplicité de soignants divers et variés auxquels le malade peut recourir en cas de mal. Aux professionnels établis, qu'étaient le docteur, le chirurgien et l'apothicaire, s'ajoutaient toutes sortes de soignants plus ou moins clairement identifiés : des sages-femmes, rhabilleurs ou opérateurs dont les champs d'expertise étaient assez bien

²²³⁰ Brunet, M., 1994, *op. cit.*, p. 48.

²²³¹ Revel, J., 1989, « L'histoire au ras du sol », Levi, G., 1989, *Le Pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVII^e siècle*, Paris, Gallimard, trad. fr. M. Aymard, p. I-XXXIII.

²²³² Bénichou, C., 1993, « Jacques Léonard : Pour une histoire, globale mais désabusée, de la santé », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 40, p. 115-117.

²²³³ Léonard, J., 1981, *op. cit.*

²²³⁴ Léonard, J., 1978a, *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*, Paris, Champion, 3 vols.

²²³⁵ Ramsey, M., 1988, *Professional and Popular Medicine in France, 1770–1830: The Social World of Medical Practice*, Cambridge, Cambridge University Press.

²²³⁶ Colin Jones montrait ainsi en 1987 comment les étudiants montpelliérains avaient revendiqué un enseignement pratique, notamment du fait des pressions d'une clientèle croissante. Jones, C., 1987, « Montpellier medical students and the medicalisation of the 18th Century France », Porter, R., Wear, A., 1987, (éds.), *Problems and methods in the History of medicine*, Croom and Helm, London, p. 57-80.

²²³⁷ Brockliss, L., Jones, C., 1997, *The Medical World of Early Modern France*, Oxford, Clarendon Press.

définis,²²³⁸ mais également une multitude de thérapeutes, de vendeurs de remèdes, de praticiens obscurs que l'histoire a eu tendance à trop rapidement ranger dans la catégorie fourre-tout de charlatans. Pourtant, comme le rappelle Matthew Ramsey²²³⁹, la question n'est pas si simple : si le monopole professionnel n'existe pas au XVIII^e siècle en France, sa contrepartie, l'exercice illégal de la médecine, n'existe pas non plus. Au contraire, le monopole est alors relatif au privilège d'exploiter un produit ou un service, et nombre d'empiriques le possèdent. Ainsi, l'historien britannique rapporte l'histoire de cette poudre destinée à lutter contre les vers intestinaux qui était vendue par la veuve d'un chirurgien nommée Nouffer et dont le succès était tel²²⁴⁰ que l'État français racheta la recette secrète afin de la rendre publique²²⁴¹. La correspondance Tissot éclaire parfaitement ce monde médical pluriel en démontrant que les malades, avant de consulter Tissot, ont majoritairement²²⁴² été chercher conseils et secours auprès d'autres soignants de tous types.

Les soignants

Monsieur Lecoutre²²⁴³, comédien du roi installé à Bordeaux, écrit à Tissot une lettre de consultation datée du 13 décembre 1774, à propos de la maladie de sa femme, une comédienne à la cour de 26 ans. Ce courrier nous éclaire sur les diverses voies que pouvait prendre le parcours de soin d'un malade du XVIII^e siècle. Souffrant d'un délabrement des viscères du bas-ventre, certainement issu, selon son mari, de l'arrêt de ses menstruations au cours de leur première année, qui fut probablement causé par la mort de sa mère, elle a développé nombres de troubles connexes tels qu'un état vaporeux, de mauvaises digestions, des vomissements, et un état convulsif qui l'ont conduite à consulter. Arrivant à Bordeaux en 1772, elle appela donc des médecins et des chirurgiens qui reconnurent, après examen, qu'elle était « obstruée autant de la part des glandes conglobées que des conglomerées »²²⁴⁴ et qui lui prescrivirent plusieurs traitements, notamment d'aller « prendre les eaux », ce qui fut malheureusement sans effets. De retour de sa cure thermale, et s'apercevant du peu de soulagement obtenu, elle se décida à rencontrer « un homme qui sans aucun titre passoit pour avoir fait des cures merveilleuses sur des personnes affligées de la même maladie »²²⁴⁵ qu'on lui avait indiqué. Son mari précise qu'avant de recourir à cet empirique, elle prit information et que finalement « le désir de parvenir à un état de guérison lui inspira la confiance d'appeller cet homme »²²⁴⁶. Ce dernier lui promit une guérison en trois mois, grâce à des eaux, des lavements et des emplâtres de cigüe sur le bas-ventre, mais au bout d'un mois seulement, son état s'était aggravé du fait de ces remèdes. Elle se décida donc à

²²³⁸ Louis-Courvoisier, M., 2001b, « Rhabilleurs, experts, chirurgiens, sages-femmes et pasteurs : les malades et leurs soignants en suisse Romande au XVIIIe siècle », Barras, V., Louis-Courvoisier, M., (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 187-200.

²²³⁹ Ramsey, M., 2001, *op. cit.*, p. 36.

²²⁴⁰ Tissot n'hésitait pas à le recommander à ses malades comme l'a mis en lumière Philip Rieder (Rieder, P., 2005, « Médecins et patients à Genève : offre et consommations thérapeutiques à l'époque moderne », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 52 (1), p. 39-63, ici, p. 41).

²²⁴¹ Ramsey, M., 1982, « Traditional medicine and medical enlightenment: The regulation of secret remedies in the Ancien Régime », Goubert, J.-P., (dir.), 1982, « La médicalisation de la société française, 1770-1830 », *Historical Reflections/Réflexions historiques*, 9/1-2, n° spécial, p. 215-232, ici p. 216.

²²⁴² Sur 1344 documents, 1300 font état d'autres consultations.

²²⁴³ BCUL, FT, IS/3784/II/131.01, p. 69-71, Bordeaux, 13 décembre 1774.

²²⁴⁴ *Ibid.*, p. 69-verso.

²²⁴⁵ *Ibid.*

²²⁴⁶ *Ibid.*

abandonner tout traitement. Mais, au cours du mois de novembre 1774, elle fut à nouveau victime d'un accident, « une faiblesse et un grand étouffement suivis de douleurs considérables dans le bas ventre »²²⁴⁷, qui l'obligea à s'adresser, une nouvelle fois, à des médecins. Le Dr Caze et le Dr Douzan qu'elle rencontra à Bordeaux lui fournirent d'autres indications thérapeutiques qui furent malheureusement sans grand résultat. Son mari embaucha alors le Dr Caze et un certain Monsieur Gregoire, lui aussi médecin à Bordeaux, « tous deux de grande réputation »²²⁴⁸, pour qu'ils l'examinent à nouveau, chacun de leur côté et avec le plus grand soin. Leurs conclusions furent « qu'elle n'avait que peu ou point d'obstruction, le foye seulement un peu attaqué, le mal venant de ce qu'elle n'a jamais été réglée comme il faut, qu'elle a la matrice crispée, que ses maux d'estomac et autres accidents ne sont que les suites de cette suppression des menstrues »²²⁴⁹, ce qui correspondait à ce que pensait le mari, mais également à l'avis du chirurgien major du régiment de Condé qu'il avait consulté l'année précédente du fait de « tout le bien que l'on [lui] avait dit de lui »²²⁵⁰. Le couple, qui a lu les ouvrages de Tissot, s'est finalement décidé à lui écrire pour obtenir « quelques réflexions sérieuses son état [...] les moyens de lui procurer dès à présent quelque soulagement et d'opérer par la suite son entière guérison »²²⁵¹.

Un tel recours à différents soignants est loin d'être rare, la majorité des malades qui consultent Tissot et qui ont consultés d'autres soignants avant lui, ont multiplié les avis, parfois de manière répétée. Le Dr Lessard Duvignaux²²⁵² rapporte ainsi le cas d'une de ces patientes, une fille de 32 ans, qui, pour soigner des douleurs splénalgiques (qui affectent la rate), essaya différents traitements ordonnés « par des médecins, des chirurgiens, des apothicaires, des comères, des charlatans »²²⁵³, mais sans succès. Un certain Pierre Gay, ancien maître d'école de 45 ans travaillant désormais dans une pension, et qui écrit à Tissot en 1773²²⁵⁴ à propos d'une « maladie très facheuse »²²⁵⁵ le conduisant à avoir des émissions nocturnes de sperme auxquelles s'ajoutent des maux de tête et des maux d'estomac, joint à son courrier rien de moins que quatre ordonnances (dont chacune corrige d'ailleurs la précédente) issues de deux médecins, un chirurgien et un apothicaire qu'il a précédemment consultés et qui n'ont pu soigner son mal.

Le récit que fait, dans une longue lettre datée du 10 juin 1774, le Lieutenant Roussy²²⁵⁶, un militaire parisien de 37 ans, à propos d'une douleur persistante à la cuisse gauche, nous offre un exemple paradigmatique de ces recours multiples. Son mal est apparu, vingt ans auparavant, le 16 mai 1754 exactement, au lendemain d'un bal au cours duquel il avait dansé avec ardeur de minuit à sept heures du matin²²⁵⁷. Après quelques jours, et alors que la douleur n'avait pas disparu, il consulta un médecin qui diagnostiqua un rhumatisme et lui ordonna des frictions qui restèrent malheureusement sans effet. La

²²⁴⁷ *Ibid.*, p. 70.

²²⁴⁸ *Ibid.*, p. 71.

²²⁴⁹ *Ibid.*

²²⁵⁰ *Ibid.*

²²⁵¹ *Ibid.*, p. 69.

²²⁵² BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.06.05, s.l., s.d.

²²⁵³ *Ibid.*, p. 03.

²²⁵⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.10, s.l., s.d.

²²⁵⁵ *Ibid.*, p. 01.

²²⁵⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.23, Paris, 10 juin 1774.

²²⁵⁷ *Ibid.*, p. 02.

douleur ne le quitta alors plus, rendant tous ses mouvements difficiles et le forçant même à boiter tant sa jambe gauche était devenue faible. Il ressentait un froissement dans l'articulation de la cuisse et entendait parfois un bruit de craquement qui lui firent penser que le mal se situait « dans l'intérieur même de l'articulation »²²⁵⁸ ; ce qui expliquait, selon lui, l'inefficacité des différents remèdes dont il usa et qui ne pouvaient pénétrer « dans une partie aussi profonde »²²⁵⁹. Et pourtant ce n'est pas faute d'avoir essayé : la rubrique « Remèdes » de sa lettre dresse une liste impressionnante des traitements qu'il essaya. Il s'attacha tout d'abord à garder la partie malade au chaud en portant une peau de lapin, puis des collants de flanelle ; il se fit frotter la jambe de la main et avec des linges chauds et passa même sur sa cuisse un fer à repasser qu'il avait au préalable chauffé²²⁶⁰. Il employa également toutes sortes de graisses, d'huiles et de liqueurs spiritueuses pour atteindre l'intérieur, même du marc de raisin sur les conseils d'un médecin anglais²²⁶¹. Il se fit en outre purger, saigner et baigner dans des bains domestiques, médicinaux, de vapeur ou encore des douches. Il prit différentes poudres et liqueurs que lui indiquèrent des charlatans, et avala nombre de bouillons aux ingrédients exotiques : tortue, écrevisses, grenouilles, poulet ou petit lait. Il rapporte même avoir, « pour satisfaire à un medecin » qui pensait qu'il était atteint d'une maladie vénérienne, effectué, en 1764, 16 frictions mercurielles. Le dernier remède qu'il expérimenta fut des bains de cire au sortir desquels il se frottait de « sinovie de boeuf »²²⁶² et buvait des bouillons de pattes de volailles et de jarret de veau. Mais rien n'y fit, son mal persista et empira, le décidant à écrire à Tissot, après avoir essayé tous les remèdes possibles pour guérir, soins issus de diverses origines : « Les uns m'ont été conseillé par des medecins, des chirurgiens, même des charlatans, d'autres par des amis, ou je les imaginois moy-même, l'envie de guerir m'a fait tout entreprendre, et malheureusement, je n'en suis pas plus avancé »²²⁶³.

L'offre multiple du marché thérapeutique

Ainsi qu'on le constate dans ce récit, dans des situations aussi critiques que chroniques, comme elles sont légion dans le fonds Tissot²²⁶⁴, tous les conseils sont les bienvenus et les malades n'hésitent pas à multiplier les consultations et à essayer des thérapeutiques de toutes sortes en vue d'obtenir une « guerison ou au moins quelque soulagement », ainsi que l'exprime le lieutenant Roussy²²⁶⁵. De ce point de vue, les champs de compétences propres aux soignants, que nous avons mises en lumière dans notre généalogie du discours médical²²⁶⁶, importent peu. Les classes de soignants volent littéralement en éclats : les médecins ne se limitent en rien aux maladies internes, les chirurgiens n'attendent pas la prescription des médecins pour soigner, ou se font aider du

²²⁵⁸ *Ibid.*, p. 04.

²²⁵⁹ *Ibid.*, p. 04.

²²⁶⁰ *Ibid.*, p. 08.

²²⁶¹ *Ibid.*, p. 09.

²²⁶² *Ibid.*, p. 09. « La synovie est un liquide exhalé par une membrane mince qui entoure les articulations mobiles », selon Orfila, M. J. B., 1828, *Éléments de chimie, appliquée à la médecine et aux arts*, Paris, J.-B. Baillière, Gabon et Cie, 4^e édition, vol. 2, p. 493.

²²⁶³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.23, Paris, 10 juin 1774, p. 08.

²²⁶⁴ Sardet, F., 2001, *op. cit.*, p. 60.

²²⁶⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.23, Paris, 10 juin 1774, p. 10.

²²⁶⁶ Voir ci-dessus, p. 50-61.

curé de la paroisse²²⁶⁷, les apothicaires fournissent des ordonnances autant que des remèdes, et les frères des hôpitaux-Dieu concoctent des potions²²⁶⁸. Comme le résume Philip Rieder :

[...] les groupes de praticiens ne sont pas définis en fonction de leur légitimité épistémologique, de la qualité supposée de leur formation, voire de leur proximité avec des figures médicales contemporaines, mais bien plutôt de leur capacité à proposer des biens et des services et à convaincre des non-médecins de les acheter²²⁶⁹.

La classe des charlatans subit une remise en question similaire. Alors même qu'elle devait contenir tous les praticiens non sanctionnés par les facultés et leurs diplômes, on constate ici que de nombreux « spécialistes » sont en fait reconnus comme soignants, tant par les malades que par les médecins, que ce soient les oculistes, les accoucheurs, les garde-malades, les droguistes, les rebouteux, les rhabilleurs, les veilleurs, les sages-femmes, ou même les magnétiseurs. À cela s'ajoutent encore les ecclésiastiques qui conseillent, soignent ou inventent des remèdes secrets²²⁷⁰, sans pour autant être qualifiés de charlatans, mais aussi une classe de conseillers laïques, tel ce professeur d'Angers, semble-t-il philosophe, qui prescrit une tisane de racines de pivoine, de valériane sauvage, de réglisse et de fleurs de tilleul à un jeune épileptique de ses élèves²²⁷¹, ou encore ce vieillard que le Dr Duval, médecin diplômé de Montpellier, va consulter pour soigner ses problèmes oculaires²²⁷². Ainsi que l'avait déjà constaté Colin Jones²²⁷³ et comme le confirma Isabelle Stengers²²⁷⁴, la notion de charlatan sert avant tout aux médecins à se distinguer d'autres soignants qu'ils nomment ainsi de manière péjorative, mais elle ne représente pas, en soi, une catégorie spécifique de praticiens.

Les sphères de la médecine populaire et de la médecine savante ou des professionnels et des charlatans, que l'histoire de la médecine nous avait décrites comme séparées, s'enchevêtrent au contraire au XVIII^e siècle dans une « pénombre médicale »²²⁷⁵ dont nous découvrons, seulement depuis peu, la profondeur. Différents soignants, aux champs d'expertise plus ou moins bien définis, cohabitent, voire collaborent, pour apporter des réponses et des solutions à la demande de santé du malade. Parmi les concepts proposés pour décrire le monde médical du XVIII^e siècle, celui de « marché thérapeutique » s'est peu à peu imposé, car il permet, comme l'a montré Philip Rieder, de rendre compte des échanges entre les différentes sphères de compétences, en dehors d'une logique

²²⁶⁷ Le Dr Durand, qui écrit à Tissot à propos d'un commerçant de ses patients atteint de la goutte, rapporte que celui-ci, avant de faire appel à lui, fut pris en charge par un « chirurgien aidé des conseils du curé de la paroisse » (BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.30, Tournus, 20 décembre 1774, p. 01). Jean-Pierre Goubert a également démontré que les chirurgiens entretenaient une certaine proximité avec les empiriques (Goubert, J.-P., 1979, « Les marginaux de la thérapeutique en France à la fin du XVIII^e siècle », *Les marginaux et les exclus dans l'histoire, Cahiers Jussieu*, 5, p. 333-353, ici, p. 337-338).

²²⁶⁸ Une jeune femme de 27 ans dont on ignore le nom raconte pour sa part à Tissot avoir consulté, pour soigner une dartre que les bains ne parvenaient pas à faire disparaître, un frère de l'Hôtel-Dieu de sa ville qui avait trouvé, lui avait-on assuré, une « recette infaillible contre cette maladie », BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.07.22, s.l., s.d., p. 03.

²²⁶⁹ Rieder, P., 2005, *op. cit.*, p. 42.

²²⁷⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.06.03, Versailles, 24 janvier 1775, p. 06.

²²⁷¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.19, s.l., s.d., p. 04.

²²⁷² BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.04.43, s.l., 1^{er} octobre 1784.

²²⁷³ Jones, C., 1996, *op. cit.*, p. 33.

²²⁷⁴ Stengers, I., 1995, *op. cit.*

²²⁷⁵ Jones, C., Brockliss, L., 1997, *op. cit.*, p. 1-33.

dichotomique qui opposerait le savant et le populaire ou le régulier à l'irrégulier²²⁷⁶. Cette approche favorise la reconnaissance d'un « corps de soignants »²²⁷⁷ unifié autour de la notion d'offre thérapeutique, mais qu'il convient d'entendre en dehors d'une logique purement mercantile, ainsi qu'en témoigne un autre acteur de ce corps des soignants : le malade lui-même.

L'automédication

Ainsi que nous l'avions noté dans notre généalogie, la médecine quotidienne, de nature familiale, populaire ou traditionnelle, figure en bonne place parmi les offres thérapeutiques du XVIII^e siècle. Beaucoup de malades de Tissot recourent eux aussi à des régimes, des tisanes, des décoctions, des infusions, des exercices, des bains à domicile ou des remèdes de « bonne femme »²²⁷⁸, en parallèle ou en préalable, des traitements et conseils des soignants « professionnels ». Cette médecine quotidienne prend le plus souvent²²⁷⁹ la forme d'une automédication. Monsieur de Gonde de Villelagrand, un militaire de 51 ans basé en Sardaigne, commença par exemple à soigner seul une faiblesse de ses membres inférieurs relative à un accident de chasse, « avec des graisses, comme celle d'ours, celle humaine, des petits chiens cuits, dissous en onguant »²²⁸⁰ avant de consulter un rhabilleur qui « ne connoissant autres choses que les déplacements des parties, ne trouv[a] aucun remède de fortifier et consolider pour prevenir ses sortes d'accidents »²²⁸¹. Pour M. Corbeil²²⁸², garde du roi qui consulte Tissot à propos d'une rougeur sur le gland et le prépuce, cette pratique autonome intervient au contraire suite à des consultations et prescriptions inefficaces. Après avoir longtemps conservé cette incommodité sans en parler, le militaire se décida, lors de l'apparition de petits boutons et d'une « matiere blanche », à aller voir un chirurgien qui diagnostiqua une dartre vive et lui prescrivit des remèdes qui furent malheureusement sans effets. C'est alors qu'il prit l'initiative de se traiter seul :

Sans consulter personne, je me fis saigner deux fois dans la quinzaine ; je me crus guerri [...] Quelques tems après, je me marié ; le mal revint ; je fut guerri pour quelques tems en me servant d'un chien qui me lèche la partie affligé, mais au bout d'un certain tems, cela m'est revenu de plus belle²²⁸³.

On le voit, les pratiques autonomes de santé des malades dépassent ici, à l'image des pratiques de soignants, les modèles établis, en mélangeant allégrement des techniques médicales « professionnelles », des remèdes savants, traditionnels ou familiaux et des usages populaires. Les prises en charge autonomes de la santé dévoilent ainsi un monde médical où les offres ne sont pas uniquement des produits ou des techniques mises à disposition contre rémunération par des « professionnels » de santé, mais représentent

²²⁷⁶ Rieder, P., 2005, *op. cit.*, p. 42.

²²⁷⁷ *Ibid.*, p. 49.

²²⁷⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.01.12, Chaalons, 17 avril 1790, p. 02.

²²⁷⁹ Le corpus Tissot ne fait part que d'une seule malade qui est soignée, aux moyens de remèdes familiaux, par des proches, mais c'est une enfant. *Ibid.*

²²⁸⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.06, Annecy, 7 octobre 1773, p. 02.

²²⁸¹ *Ibid.*, p. 01.

²²⁸² BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.07.11, Kanys, 26 mars 1793.

²²⁸³ *Ibid.*, p. 02-03.

toutes les possibilités qu'a un malade pour répondre à sa demande de santé. C'est toute la pertinence du concept de marché, une fois dégagé d'une compréhension en termes de simple consommation, que de permettre, par le biais de la notion d'offre, d'envisager dans un ensemble unifié un corps de soignants qui paraît pourtant dispersé aux vents des intentions, des pratiques, des revendications et des identités de chacun de ses membres. En outre, cette perspective d'un marché « démercantilisé », dévoile le malade, comme demandeur de santé, sous un angle nouveau.

Un malade autonome

Loin d'un être souffrant se remettant complètement entre les mains de fournisseurs de service de santé pour s'assurer un salut, le malade du second XVIII^e siècle n'hésite pas, au contraire, à jouer de la concurrence entre les praticiens, à mélanger les conseils et les traitements, dans une perspective qui est toujours celle de rester maître de son expérience médicale. Les premiers mots du courrier que Monsieur de Montfort²²⁸⁴, un capitaine d'artillerie de 45 ans, adresse à Tissot rendent compte de cette situation :

Rebutté des medecins et des remedes qui n'ont fait qu'empirer mes meaux pendant longtemps, je cherche à trouver, dans le regime, le tems et la patience, un soulagement qu'il[s] n'ont pu me procurer. Dans la vüe de devenir mon medecin à moy-meme, je tache de receüillir dans les ouvrages de ce genre, qui ont de la reputation, tout ce qui peut etayer ce que ma petite experience peut m'avoir appris à mes depens²²⁸⁵.

Tout en exprimant un rejet des médecins et des usages établis, ce malade assoit sa pratique autonome sur des ouvrages de vulgarisation médicale, dévoilant ainsi le rapport ambigu que les malades entretiennent alors avec la médecine, entre désaveu et espoir. Monsieur Barbazan, un militaire toulonnais de 28 ans, exprime ainsi son désarroi à l'égard des médecins qu'il a consulté :

Je ne trouve que des incertitudes et des contradictions dans tous les medecins que j'ai consulté ; il me donent tous une maladie differente ; l'un m'ordonne ce que l'autre me deffent ; l'un veut le lait, l'autre le comdamne, un autre m'ordonne des acides, un autre des sudorifiques ; d'autres veulent me soumettre au mercure, quoique je n'aie jamais eu le moindre symptôme de maladie vénérienne ; parmi ces variations, mon imagination se fatigue et je dépéris²²⁸⁶.

La marquise de Champenetz qui écrit à Tissot à propos de son « malheureux etat »²²⁸⁷ fait part d'une méfiance similaire à l'égard des médecins qu'elle a vus :

[Ils] m'assurent que ma maladie n'est pas dangereuse, mais ils ne me guerissent pas ; ils me conseillent de voyager ce printemp, d'aller aux eaux ; je crois qu'ils ne seroient pas plus heureux dans le choix qu'ils feroient de ces eaux, que dans leur traitement²²⁸⁸.

²²⁸⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.06.20, s.l., s.d.

²²⁸⁵ *Ibid.*, p. 01.

²²⁸⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.04.18, Toulon en Provence, 5 octobre 1772, p. 01-02.

²²⁸⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.01.22, Paris, 11 février 1773, p. 01.

²²⁸⁸ *Ibid.*

Il faut dire que les différents praticiens offrent un panorama peu enviable de la médecine. Nombreux sont les malades rapportant que toutes les consultations qu'ils ont eues n'ont débouché que sur des diagnostics et des traitements différents²²⁸⁹, ou que leurs praticiens étaient peu prudents,²²⁹⁰ voire négligents²²⁹¹. Mademoiselle de Maltzan parle ainsi de son « vilain médecin »²²⁹², tandis qu'une malade, qui préfère rester anonyme, se désespère d'avoir « appliqu[é] ou aval[é] tous les remèdes imaginables ou imaginés » pour que, finalement, ses médecins, « Pibrac, Sorbier, Moran, Moreau, et trois autres »²²⁹³, décident que la glande qui était apparue au dessus de son sein était incurable. Elle se sent naturellement « abandonnée »²²⁹⁴. Globalement, les médecins semblent ne pas voir « ce qui est sous leur nez »²²⁹⁵ et s'entêtent dans des préjugés « qui tiennent encore et malgré leur expérience, au système destructeur dont ils ne veulent point se départir »²²⁹⁶. Monsieur Gualtieu, conseiller privé veuf et père de famille, confirme cette omniprésence des systèmes médicaux et les fâcheuses conséquences que cela a sur la confiance que l'on peut accorder aux médecins diplômés :

Je n'ai nulle confiance dans nos médecins, ce sont des gens à système, et qui plient tout à cela ; ils n'ont pas du tout le coup d'oeil observateur et leur fanatisme pour les systèmes et les hypothèses ne leur permet pas de voir ou d'étudier la nature²²⁹⁷.

Bien sûr, ces jugements sans appel ne concernent pas tous les médecins et certains, Tissot en tête évidemment, redonnent espoir aux malades. Le comte de Genouilly explique ainsi au praticien suisse comment il l'a réconcilié avec la médecine :

Je me suis donné, étant plus jeune, avec une forte avidité à la lecture des meilleurs ouvrages de médecine, mais bientôt dégoûté de ce système systématique, des erreurs sans nombre qui obscurcissent un petit nombre de vérités, il ne fallait pas moins que la lecture de vos ouvrages pour me réconcilier avec un art que je regardais en général comme bien plus dangereux qu'utile, que des médecins contribuent tous les jours à confirmer cette opinion²²⁹⁸.

Les ouvrages de Tissot, principalement ceux adressés au peuple, sont des recours précieux pour les malades qui y trouvent finalement un appui à leur volonté d'autonomie. Monsieur Amédée Boissière, un père de famille de 30 ans et demi, confie ainsi avoir soigné une esquincie (une angine) en suivant les recommandations indiquées dans l'*Avis au*

²²⁸⁹ Notamment le capitaine Herbelot qui écrit à Tissot que les soignants qu'il a consultés ne sont d'accord ni sur le diagnostic, ni sur la thérapeutique à prescrire pour soigner sa maladie de peau (BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.12, Antibes, 9 juin 1773, p. 06).

²²⁹⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/143.33, Sarzanne, 26 septembre 1782.

²²⁹¹ M. Fabre rapporte que certains médecins ont diagnostiqué « une putridité dans les rognons, les autres l'ont attribué à trop d'efforts donnés dans [s]a jeunesse; peut-être que les derniers devinent la cause, mais ils ne l'ôtent point pour cela » (BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.07.03, Coblence, 9 juin 1776, p. 01).

²²⁹² BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.07.26, Florence, 12 mai 1776, p. 04.

²²⁹³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.01.18, Paris, 26 avril 1773, p. 02.

²²⁹⁴ *Ibid.*

²²⁹⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.01.13, s.l., juillet [1773], p. 01.

²²⁹⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.21, s.l., 5 août 1774, p. 03.

²²⁹⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.09.20, s.l. s.d., p. 03.

²²⁹⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.07.05, Rochefort, 18 mai 1773, p. 01.

*peuple*²²⁹⁹. Le chevalier de Rotalier a, lui, refusé de suivre les prescriptions de son médecin parce que les pilules qu'il lui ordonnait étaient désapprouvées par Tissot dans son *Avis*²³⁰⁰. Certains, à l'instar du Capitaine Romatet, utilisent même le précieux ouvrage pour se faire les soignants des autres²³⁰¹.

Les malades entretiennent donc des rapports ambigus avec le monde médical auquel ils attribuent les pires maux, tout en y fondant les plus vifs espoirs. En ce sens, les malades sont totalement pris dans le dilemme qui est celui des Lumières et, à l'instar des médecins, il leur revient d'opérer des choix pour profiter au plus des lumières médicales sans subir leur immanente iatrogénie. C'est dans cet espace ténu que semble se dessiner leur image de sujet autonome. L'absence de monopole de la médecine professionnelle implique en effet, comme le remarquait déjà Roy Porter, que le malade soit le possesseur du pouvoir médical. Parce qu'il peut choisir, dans le marché thérapeutique, l'offre qui correspond le mieux à sa demande, et qu'il peut négocier avec le monde médical qui se présente à lui, le malade reste, peu importe le rôle qu'il choisit d'adopter, agent de son expérience.

Les malades du XVIII^e siècle acquièrent donc un rôle central qui remet en question le rôle du patient tel que nous le concevons aujourd'hui²³⁰². Le cadre général de l'expérience médicale, que nous venons de présenter, dévoile un malade qui, lors de sa confrontation avec le monde médical, n'abandonne pas son agentivité, mais semble au contraire déployer à nouveaux frais cette capacité d'être tout autant auteur qu'acteur de son parcours de vie. L'*Encyclopédie* de Diderot et d'Alembert fait écho à cette réalité dans son article « Patient »²³⁰³. Précisant que cette notion, qui définit la « personne qui est sous la direction d'un médecin ou d'un chirurgien, pour être guéri de quelque maladie », est peu utilisée en français, l'auteur ajoute qu'on lui préfère le terme de malade qui est « rendu plus communément par celui d'*aeger* ». Le malade est donc perçu à cette époque comme un agent, c'est-à-dire celui ou celle « qui se fait ou qui se donne quelque chose à soi-même ; de sorte qu'il est tout à la fois & celui qui fait ou qui donne la chose, & celui à qui elle est donnée, ou à qui elle est faite »²³⁰⁴, plus que comme un patient. Cet exemple terminologique rejoint les constats de différents travaux menés sur le patient de l'Ancien Régime qui mettent en lumière « un personnage qui, loin d'être immobile, simple image historique et passive de la souffrance, constitue une figure dynamique, en interaction à la fois avec son propre passé, avec son entourage, avec les professionnels de santé, et avec le savoir de son temps »²³⁰⁵. Le malade est agent de son expérience médicale au sens où il réinvestit constamment, à l'aune de sa propre histoire, de son parcours biographique, les recommandations des soignants et du savoir médical ; parce qu'il est en constante négociation avec les différents acteurs médicaux aptes à lui fournir conseils et remèdes. Il y a, autrement dit, une marge de manœuvre dans l'expérience médicale qui permet aux malades, ainsi que nous l'avons constaté précédemment, de déterminer eux-mêmes les conditions d'exercice de certaines activités qu'ils pourront ensuite accomplir. Par exemple, Monsieur Poliansky raconte qu'ayant perdu toute confiance en son médecin, après qu'il eut

²²⁹⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.07.02, Sèves, 3 janvier 1793, p. 03.

²³⁰⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.08.08, Lons-le-Saunier, 1^{er} octobre 1771, p. 07.

²³⁰¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.03.10, Metz, 22 mars 1769, p. 01.

²³⁰² Pour des détails à ce propos, voir le chapitre 4, notamment p. 282-285.

²³⁰³ Anonyme, 1765, « Patient », Diderot, D., D'Alembert, J., (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 12, p. 172

²³⁰⁴ Toussaint, F.-V., 1751, « Agent & Patient », Diderot, D., D'Alembert, J., (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 1, p. 173.

²³⁰⁵ Rieder, P., Barras, V., 2001, *op. cit.*, p. 205.

montré en public une mauvaise manière de penser, a décidé d'arrêter tout traitement venant de lui avant de se tourner vers un autre soignant²³⁰⁶. Il y a une autonomie du malade dans l'expérience qu'il fait du rôle de patient, une agentivité qui semble se maintenir de l'expérience de la maladie à celle de la médecine.

Pour confirmer et expliciter cette autonomie du malade du XVIII^e siècle à l'égard de la médecine, il nous faut donc revenir sur cette demande qui, dans la perspective du marché de soins, semble pouvoir unifier un corps de soignés comme l'offre a pu le faire pour le corps des soignants. Il convient, pour le dire autrement, de se pencher sur les espaces de réalisation de cette agentivité afin d'y déterminer les modes d'autonomisation relatifs à tous les individus. Pour ce faire, nous nous intéresserons tout d'abord à la manière dont les malades déterminent de manière autonome leur maladie, et donc leur condition de malades, en jouant avec les normes du savoir médical. Sur la base de cette description de l'expérience de la maladie, nous envisagerons ensuite comment les malades font part à Tissot de cette interprétation personnelle de manière à opérer une co-construction du sens de la maladie autour de la demande formulée. Autrement dit, il s'agira d'établir les conditions de possibilité d'une autonomie dans l'expérience de la maladie, avant d'envisager comment cette agentivité est maintenue, au moyen de la négociation, dans la relation médicale. L'étude de cette double négociation, théorique avec le savoir médical, et pratique avec Tissot, nous permettra de cerner les contours tant ontologiques qu'épistémologiques de l'autonomie des malades du second XVIII^e siècle dans l'expérience médicale.

²³⁰⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.04.38, s.l., s.d., p. 04.

LA NÉGOCIATION AVEC LE SAVOIR MÉDICAL : DEVENIR UN SUJET MALADE

« Défendre les histoires » et les faire saisir par l'histoire, c'est s'astreindre à montrer comment l'individu constitue son propre agencement avec ce qui est historiquement et socialement mis à sa disposition²³⁰⁷.

En 1972, Jacques Revel et Jean-Pierre Peter se sont associés pour expliciter le devenir objet historique de l'homme malade²³⁰⁸. À la croisée d'une histoire socioculturelle de la santé et d'une histoire philosophique des sciences médicales²³⁰⁹, ils dessinaient la possibilité de réaliser une histoire de la maladie qui ne manque pas son objet qu'est le corps malade. S'il ne s'agissait pas à proprement parler, dans ces lignes, d'aborder une possible histoire du patient, comme la réclamera quelques années plus tard Roy Porter, l'ambition des deux auteurs français était avant tout de tracer les linéaments d'une histoire philosophique et sociale du corps malade, ce qui les conduisit à produire une riche réflexion sur le statut historiographique du corps. Objet ambigu, à la fois « la raison et la source de l'être », et cet « Autre, logé en nous-mêmes [...] qui nous menace et nous nie »²³¹⁰, le corps humain est problématique au sens où il est la condition de possibilité du savoir, mais également « la borne où s'achoppe et s'arrête le savoir »²³¹¹. Cette difficulté des rapports entre le corps et la connaissance, entre la corporéité et le langage²³¹², rend la question de la souffrance et de la maladie délicate pour l'historien. L'homme malade est un objet historique essentiellement fuyant :

Quand, dans la souffrance et dans la maladie, celui qui sent son corps infiniment mortel et toujours plus disparaissant, essaye de le dire, il ne peut que prendre la mesure de la distance qui le sépare de ce qu'il vit²³¹³.

²³⁰⁷ Farge, A., 1989, *op. cit.*, p. 113.

²³⁰⁸ Revel, J., Peter, J.-P., 1972, « Le corps. L'homme malade et son histoire », Le Goff, J., Nora, P., (dir.), 1974, *Faire l'histoire. III. Nouveaux objets*, Paris, Gallimard, p. 169-191.

²³⁰⁹ Il est intéressant de remarquer que les deux hommes représentent chacun une des traditions qui ont participé au renouveau de la perspective historiographique en histoire de la médecine. Jacques Revel est un éminent représentant de l'École des Annales (devenu secrétaire de la revue en 1975, il en est nommé co-directeur en 1981) qui influença la naissance de l'histoire sociale de la santé. De son côté, Jean-Pierre Peter, s'il fut également influencé par l'histoire sociale et la tradition des Annales qui siégeait alors, comme lui, à l'EHESS, reste un élève de la tradition d'histoire épistémologique des sciences médicales qu'inaugura Canguilhem et que poursuivit Foucault (dont il fut un proche collaborateur, notamment pour l'ouvrage consacré à Pierre Rivière (qui paraîtra d'ailleurs dans la collection codirigée par Revel) (Foucault, M., (éd.), 1973, *Moi Pierre Rivière ayant égorgé ma mère, ma sœur, mon frère...*, Paris, Gallimard/Julliard, collection « Archives »)). Or c'est bien au carrefour d'une critique historiographique et épistémologique du positivisme que l'histoire de la médecine pu sortir du paradigme positif incarné par Daremberg pour s'ouvrir aux approches « par en bas » et plus particulièrement à une histoire du patient. Nous nous permettons de renvoyer à ce propos à notre article Klein, A., 2013, « Le sujet peut-il être objet d'histoire ? L'exemple des discours de malades dans la correspondance de Samuel-Auguste Tissot », à paraître.

²³¹⁰ Revel, J., Peter, J.-P., 1972, *op. cit.*, p. 184.

²³¹¹ *Ibid.*, p. 185.

²³¹² « Le corps émet une parole. Mais elle est l'indicible », *Ibid.*

²³¹³ *Ibid.*, p. 185-186.

Autrement dit, si dans la maladie le corps sort du silence de l'habitude incorporée²³¹⁴, sa parole venue à la bouche est toujours-déjà silencieuse. Pourtant, cette réalité inaliénable de l'incommunicabilité de l'expérience vécue, de l'incapacité du langage à dire entièrement le corps, n'interdit en rien de trouver l'homme malade. Au contraire, elle nous indique la voie à suivre pour le débusquer. Puisque « dans les mots et dans le corps, la maladie est une expérience de la limite : limite de l'identité (l'autre s'y découvre dans le même), limite du langage (la souffrance y inscrit la mort dans du vivant) »²³¹⁵, c'est naturellement à la limite des discours qu'elle est possiblement appréhendable. L'homme malade se trouve dans l'interstice entre l'intérieur et l'extérieur, entre le vécu intime de son corps et le discours qui peut être produit à son égard. En d'autres termes, et en faisant basculer la perspective, ce qui peut être dit de l'expérience de la maladie s'aperçoit, s'appréhende, dans l'espacement entre les discours sur le corps et le discours subjectif sur son propre corps, à la frontière ténue, mais tangible, entre l'objectivation du corps et son immanente subjectivité. Le corps malade ne se trouve ni dans les nosologies ou les nosographies des textes savants, ni dans l'expérience brute de la mort qui s'approche, mais dans l'espace qui sépare ou rapproche ces deux domaines l'un de l'autre. Or, s'il est un lieu où cet espace prend forme, se concrétise, c'est, ainsi que nous l'avons explicité, dans la lettre. Nous nous proposons donc d'interroger, dans les courriers adressés de Tissot, la manière dont les malades opèrent une relecture, un réinvestissement, une réécriture des modèles corporels produits par le savoir médical de l'époque afin de spécifier leur maladie singulière, et ce, dans le but de dévoiler comment ils constituent par là une expérience autonome de malade qui participe de leur subjectivation en tant qu'agent médical.

Les différentes représentations du corps au siècle des Lumières

Le corps des Lumières est un corps ambivalent car pétri d'une multiplicité de théorisations²³¹⁶. Ainsi que nous l'avons vu²³¹⁷, les systèmes iatromécanique, iatrophysique et vitaliste tentent de prendre la place des anciennes théories, alors même que l'hippocratisme et le galénisme, loin d'être morts, trouvent, au moins pour le premier, un nouveau souffle. Ajoutons à cela des représentations corporelles médicales qui, sans faire à proprement parler système, marquent ce siècle de leur empreinte, à l'image des modèles fibreux ou nerveux mis en lumière par Georges Vigarello²³¹⁸, et nous comprenons l'essentielle complexité du corps des Lumières. Ces différentes théories du corps qui ont pu être repérées dans les traités médicaux ou les dictionnaires de l'époque sont également parties prenantes des représentations que se font les individus de leur propre corps. À ce titre, on retrouve, ainsi que l'a montré Séverine Pilloud²³¹⁹, ces différents modèles dans les écrits des malades de Tissot, mais souvent sous des formes détournées ou réappropriées,

²³¹⁴ Mauss, M., 1934, « Les techniques du corps ». Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934, *Journal de Psychologie*, XXXII, 3-4, 15 mars - 15 avril 1936, p. 271-293.

²³¹⁵ Revel, J., Peter, J.-P., 1972, *op. cit.*, p. 187.

²³¹⁶ Jahan, S., 2006, *Le corps des Lumières. Émancipation de l'individu ou nouvelles servitudes ?*, Paris, Belin.

²³¹⁷ Voir ci-dessus, chapitre 1, notamment p. 55-69.

²³¹⁸ Vigarello, G., 1993, *op. cit.*, p. 141-175.

²³¹⁹ Pilloud, S., 2008, *op. cit.*, p. 220-258.

propres aux pratiques de lecture et d'écriture de l'époque²³²⁰. Nous nous proposons ici d'en aborder trois : le modèle humoral, le modèle mécaniste et le modèle fibreux.

Le modèle humoral

La théorie humorale qui trouve ses racines dans la médecine hippocratique²³²¹ s'est inscrite de manière durable dans la pensée occidentale notamment, comme l'a mis en lumière Noga Arikha²³²², par le biais de la notion de tempérament que Galien avait établi en système²³²³. Le XVIII^e siècle reprend à son compte l'idée selon laquelle les humeurs (sang, flegme, bile noire, bile jaune) et les qualités (chaud, sec, humide, froid) forment des tempéraments types entendus comme « complexion, constitution du corps, mélange des humeurs dans le corps »²³²⁴. Le *Dictionnaire de l'Académie française* entre sa première édition de 1694 et sa quatrième de 1762 explicite le maintien dans la langue française des quatre tempéraments classiques : le bilieux qui est « enclin à la colère »²³²⁵, l'atrabilaire qui « se dit de celui qu'une bile noire et aduste rend triste et chagrin »²³²⁶, le flegmatique qui se rapporte à l'homme calme et imperturbable, qui garde son « sang-froid »²³²⁷, et le sanguin pour « [c]elui en qui le sang prédomine sur les autres humeurs »²³²⁸. Le tempérament permet de donner un aperçu général de la constitution corporelle et morale, et les malades qui écrivent à Tissot sont donc nombreux à y recourir pour offrir, dans les premières lignes de leur lettre ou de leur mémoire de consultation, un aperçu de leur histoire et de leur être. Mais souvent, cette description est faite à partir d'un mélange de références médicales qui permet aux malades de décrire le plus exactement possible leur état. Monsieur Gaspary, un horloger de 46 ans résidant à Paris et consultant pour une douleur au côté droit, précisément au niveau des deux dernières côtes, se décrit ainsi comme d'un tempérament « bilieux, mélancolique, et, je crois, un peu pitoyeux »²³²⁹, à l'image de celui de son père. Les combinaisons sont nombreuses dans les courriers de malades et on croise ainsi toutes sortes de tempéraments hybrides : « sanguin flegmatique »²³³⁰ chez cet abbé de Saint-Gervais,

²³²⁰ Voir notamment, Chartier, R., 1984, « Culture as appropriation: Popular Cultural Uses in Early Modern France », Kaplan, S. L., (éd.), 1984, *Understanding Popular Culture: Europe from the middle ages to the nineteenth century*, Berlin-New York, Mouton, p. 175-191 ; Chartier, R., (dir.), 1991, *La correspondance. Les usages de la lettre au XIX^e siècle*, Paris, Fayard. Pour une approche synthétique du concept d'appropriation chez Chartier, voir Kraus, D., 1999, « Appropriation et pratiques de la lecture. Les fondements méthodologiques et théoriques de l'approche de l'histoire culturelle de Roger Chartier » *Labyrinthe*, 3, p. 13-25.

²³²¹ Klein, A., 2005, *op. cit.*

²³²² Arikha, N., 2007, *Passions and Tempers: A History of the Humours*, New York, Ecco.

²³²³ Hippocrate, 1839-1861, *op. cit.*, vol. 3, p. 96, note 11.

²³²⁴ Article « Tempérament », *Dictionnaire de l'Académie française*, Paris, B. Brunet, quatrième édition, 1762, p. 808.

²³²⁵ Article « Bilieux, bilieuse », *Dictionnaire de l'Académie française*, Paris, J.-B. Coignard, première édition, 1694, p. 101.

²³²⁶ Article « Atrabilaire », *Dictionnaire de l'Académie française*, Paris, B. Brunet, quatrième édition, 1762, p. 117.

²³²⁷ Article « Flegmatique », *Dictionnaire de l'Académie française*, Paris, J.-B. Coignard, première édition, 1694, p. 751.

²³²⁸ Article « Sanguin, sanguine », *Dictionnaire de l'Académie française*, Paris, J.-B. Coignard, première édition, 1694, p. 440.

²³²⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.05, 18 mai 1773, Paris, p. 01

²³³⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.22, Saint-Gervais, 15 février 1774, p. 02.

« tirant un peu sur la mélancolique »²³³¹ pour un gentilhomme anglais, « mélancolique et bileux »²³³² pour le marquis de Romira, « pituiteux, abondant en salives »²³³³ pour Monsieur Torchon Defouchet ou encore « lymphatico-sanguin »²³³⁴ pour un certain Jacques le Meilleur.

Les malades, on le voit, se sont appropriés des références médicales qu'ils utilisent alors de manière libre, leur but étant moins de correspondre aux modèles médicaux que de coller au plus près de leur réel. S'éloignant davantage des sources savantes, nombre d'entre eux utilisent la notion de tempérament pour décrire leur caractère, selon une acception qui nous est aujourd'hui plus courante²³³⁵. Il peut dès lors être « fort » comme chez Madame De Rüys²³³⁶, « fort et vigoureux » chez le Baron de Beaucouse²³³⁷, « vif et emporté » chez Monsieur Gochuat²³³⁸, « fort Echauffé » chez Monsieur Cherot du Marois²³³⁹, « très délicat » chez Monsieur J. de Lavau²³⁴⁰ ou encore « effeminé » chez le chirurgien Rouvière²³⁴¹. Le tempérament sert alors à décrire globalement le malade dans une complexion individuelle qui détermine ses comportements à l'égard de la santé et de la maladie. Le Capitaine Chateaneuf, qui écrit pour irritation des nerfs, précise ainsi qu'il a un tempérament « très chaud, très impatient, très sensible et très vif »²³⁴² qui ne lui permettait pas « d'être ni délicat ny difficile dans ses choix » de femmes, qu'il consumma alors sans modération, ce qui lui valut quelques chaudes pisses²³⁴³. Monsieur Olivier, curé-prieur de 37 ans sujet à l'onanisme depuis ses 12 ans, évoque pour sa part un tempérament « chaud, vif, sanguin, courageux, et très sensible »²³⁴⁴. Monsieur Rossary, un jeune homme de 25 ans qui écrit à Tissot à propos du même « pernicieux exercice »²³⁴⁵ raconte qu'il n'a découvert la masturbation qu'entre seize et dix-sept ans lorsqu'il s'installa chez son oncle en Bretagne. Cette pratique que son « temperament tardif [I]'avoit jusqu'alors laissé ignorer »²³⁴⁶ fut accentuée par une réserve à l'égard des femmes due à la « faiblesse » de ce même tempérament.

Le tempérament est donc une condition première, naturelle, innée, qui organise la vie des malades et qui est décrite par eux de manière variée et toujours singulière. Il peut en outre être associé à d'autres notions qui ont pour but d'augmenter la précision de la description. Monsieur Claret précise ainsi que son tempérament est « d'une constitution seche, forte et vigoureuse »²³⁴⁷, tandis que le Dr Bouteille se décrit « d'une constitution

²³³¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.09, Naples, 28 octobre 1774, p. 01.

²³³² BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.06.24, Gênes, 28 novembre 1775, p. 03.

²³³³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.06.19, s.l., s.d., p. 01.

²³³⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.06.17, Montpellier, 26 mars 1770, p. 01.

²³³⁵ *Le petit Robert* définit ainsi l'acception courante du terme tempérament comme l'« ensemble de caractères innés chez une personne, complexe psychophysiologique qui détermine ses comportements » (Article « Tempérament », *Le petit Robert*, p. 2524).

²³³⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.01.04, Strasbourg, 26 mai 1777, p. 01.

²³³⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.03.17, Château de Beaucouse, 25 septembre 1783, p. 01.

²³³⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.06.24, Bischoffsheim, 1^{er} novembre 1785, p. 02.

²³³⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.01.02, Troyes, 16 janvier 1786, p. 01.

²³⁴⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.07.23, Plombières, 14 juillet 1793, p. 02.

²³⁴¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.03.24, Nîmes, 26 mai 1783, p. 02.

²³⁴² BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.32, Aix en Provence, 26 juillet 1774, p. 03.

²³⁴³ *Ibid.*

²³⁴⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.10, Croissenville, 2 mars 1774, p. 01.

²³⁴⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.11, Paris, 13 juin 1774, p. 01.

²³⁴⁶ *Ibid.*

²³⁴⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.02.28, Genève, 7 avril 1790, p. 01.

faible d'un tempérament bilieux d'un caractère vif et d'une humeur mélancolique »²³⁴⁸. Les malades utilisent en fait les notions galéniques²³⁴⁹ de manière très large, voire polysémique. Le terme « humeur » est ainsi utilisé pour signifier parfois un état moral, selon l'acception contemporaine et comme dans le cas du Dr Bouteille, parfois un liquide corporel, comme chez Monsieur de Bournouville qui s'inquiète que son traitement ait pu engendrer « un épaissement considérable dans les humeurs et dans toutes les liqueurs »²³⁵⁰ ou, dans certains cas, une réalité toute autre, à l'image de cette « humeur vague » que la comtesse de Champagne pensait cause de son mal²³⁵¹.

Le corps machine : mécanique, hydraulique et circulation

Aux références humorales s'ajoutent souvent des éléments relatifs à la théorie iatomécaniste et à la conception du corps-machine, notamment le terme même de « machine ». Monsieur Marcard remarque ainsi que les remèdes agissent facilement sur sa machine²³⁵², tandis que Madame Pourtalès parle d'un « anéantissement »²³⁵³ de la sienne qui lui rendait tout mouvement difficile. Monsieur Torchon Defouchet tente, de son côté, de faire de l'exercice pour voir si cela pouvait remonter sa machine qui fait face à une tension dans la région de l'estomac et à un engorgement des aisselles²³⁵⁴. Cette idée d'une mécanique corporelle offre un cadre conceptuel pertinent aux usages de la théorie humorale. Comme l'a démontré Georges Vigarello, la mécanisation du corps s'accompagne, dans la lignée de la découverte de la circulation lymphatique et sanguine, d'une compréhension « hydraulique » des humeurs. Ces dernières, comme les autres liquides corporels, circulent dans ce corps qui est « devenu “pompe”, “fontaine” ou même “horloge” »²³⁵⁵ en allusion aux nouvelles machines qui ont vu le jour au XVII^e siècle. Monsieur de Croyer, qui ne trouve pas de solutions à ses troubles digestifs et constate que sa machine « ne se repare point »²³⁵⁶, se demande ainsi si cela n'est pas dû à la bile qui, trop épaisse, ne passe pas dans les intestins comme il convient ou qui ferait un séjour trop prolongé dans l'estomac²³⁵⁷. La saignée ou la purge participent alors de l'équilibre des fluides au sein de la machine : selon les cas, elles permettent l'évacuation d'humeurs ou de liquides devenus trop âcres²³⁵⁸ ou trop épais²³⁵⁹, ou au contraire affaiblissent la mécanique

²³⁴⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.06.27, Manosque, 19 juin 1775, p. 01.

²³⁴⁹ Hippocrate qualifiait le mélange individuel des humeurs de « constitution » qu'il définissait comme la nature individuelle de l'homme à laquelle participaient également les éléments extérieurs comme le climat (voir à ce propos, Bourgey, L., 1953, *Observation et expérience chez les médecins de la Collection hippocratique*, Paris, Vrin, P ; 258, note 1). Galien reprendra cette idée sous la notion de tempérament, rapportant la constitution aux seules conditions physiques. C'est cette distinction du médecin de Pergame qui est à l'œuvre dans les récits de malades de Tissot.

²³⁵⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/139.01.11, Versailles, 7 octobre 1768, p. 02.

²³⁵¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.01.21, Paris, 11 avril 1773, p. 01.

²³⁵² BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.06.12, Florence, 1er-6 décembre 1785, p. 08.

²³⁵³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.01.17, s.l., 31 octobre 1789, p. 01.

²³⁵⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.06.19, s.l., s.d.

²³⁵⁵ Vigarello, G., 1993, *op. cit.*, p ; 95.

²³⁵⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.09, Laon, 10 décembre 1772, p. 08.

²³⁵⁷ *Ibid.*, p. 09.

²³⁵⁸ Monsieur de Vitry prend des purgatifs pour évacuer une humeur âcre et visqueuse qu'une longue et opiniâtre fièvre lui a laissée dans la poitrine. BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.05.55, s.l., s.d., p. 01.

²³⁵⁹ M. Dorc se fait saigner pour évacuer un sang qu'il sent « plein de glaire et d'humeur, ou trop espay ou trop usé » et qu'il soupçonne d'être la cause de ses multiples maux. BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.01, Bannans, 5 décembre 1773, p. 03-04.

en réduisant la circulation en son sein²³⁶⁰. L'étiologie des maux repose dès lors, souvent, sur les notions d'embarras, d'obstruction, de rétention ou d'engorgement. Monsieur Gaspary, l'horloger parisien que nous avons rencontré précédemment, se demande si la douleur qu'il ressent entre les deux dernières côtes ne proviendrait pas « d'un engorgement dans les vaisseaux du foy, ocasioné par un amas de bile, et peut-etre par une humeur rhumatisante, et par l'acrimonie et tenacité de la lymphe »²³⁶¹. La duchesse de Civrac, qui craint d'être atteinte d'un ulcère du fait d'une douleur entre la dernière côte et la hanche, propose son analyse de la situation en des termes qui reprennent également la terminologie hydraulique :

[Q]ue il me semble que l'engorgement est grand dans toutes ces parties, surtout dans cette douleur que j'ai au côté gauche ; il semble que c'est un tuyau trop petit pour la matière qui veut y passer, et qui force enfein [enfin] son passage²³⁶².

Monsieur Thomassin, un militaire de 21 ans stationné à Carpentras, nous donne également, dans une hypothèse qu'il formule à propos de ses pollutions nocturnes, un très bon aperçu de cette perspective de circulation hydraulique qui associe la maladie à un blocage mécanique :

[I]l pourroit seulement se faire que les parties qui tiennent cette liqueur en réservoir, ayant par quelque accident ou défaut de construction, une communication difficile avec le reste de la machine, dans ce cas, il ne seroit pas etonnant qu'elles en fussent surabondamment abreuvées²³⁶³.

Le corps est une machine faite de tuyaux, de réservoirs, de jointures, de rétrécissements et de toutes sortes de voies dans lesquelles les fluides et les humeurs circulent, mais pas uniquement. D'autres composants, impliquant eux aussi une circulation entre en jeu dans l'architecture organique de la machine corporelle : les fibres.

Le modèle fibreux : solidité du corps et nervosité de l'âme

Les fibres favorisent en effet la description des parties solides du corps humain autour ou dans lesquelles les liquides circulent. Les tiraillements, les tensions, les tremblements, les convulsions, la lassitude, la faiblesse ou la fatigue trouvent ainsi une assise organique sur laquelle vont pouvoir alors s'appliquer les remèdes que sont les bains, les frictions ou les relaxants. Tout un vocabulaire physique nouveau peut ainsi se greffer sur les maux propres aux humeurs. La machine peut être dite « tendue et fatiguée »²³⁶⁴, tandis que les parties peuvent subir des « relachements » ou se « fortifier »²³⁶⁵. Le chevalier Valpergue, qui subit un état « foible [faible] et languissant » fait de fatigue et de douleurs, suppose que son mal « provient d'une fibre trop sensible au moindre impression causé par les vents ; l'air, et tous les changements de tems, selon la qualité qu'il est, la fait trop tendre ou trop

²³⁶⁰ L'abbé de Saint-Véran rapporte qu'au lieu de le guérir par le mouvement et le changement d'air, ainsi que le conseille Tissot, on le purgea, le saigna et on lui fit prendre des bains, l'affaiblissant au point de le « jeter dans la phtisie » (BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.35, s.l., s.d., p. 01).

²³⁶¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.05, Paris, 18 mai 1773, p. 07.

²³⁶² BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.05.14, Château de Blagnac, 15 janvier 1785, p. 05.

²³⁶³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.08.14, Carpentras, 28 mai 1776, p. 03.

²³⁶⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.09, Laon, 10 décembre 1772, p. 05.

²³⁶⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.06, Annecy, 7 octobre 1773, p. 01.

relacher »²³⁶⁶. Mais ce paradigme fibreux, dont on sait qu'il fera beau jour des politiques de prévention contre la dégénérescence et d'affaiblissement de la population²³⁶⁷, permet également de donner une dimension nouvelle à la machine corporelle : celle de l'âme. En effet, parmi la multitude des fibres qui composent le corps humain, un type va particulièrement être investi des relations entre le corps et l'esprit : les nerfs.

Descartes avait déjà mis en lumière l'existence de canaux spécifiques, semblables aux veines, permettant à l'âme de recevoir des impressions de la part des objets²³⁶⁸. Ces « tuyaux »²³⁶⁹ qui transmettent la sensation de chaleur du pied proche du feu au cerveau, dans une célèbre figure²³⁷⁰ du *Traité de l'homme*, ont aussi pour fonction de mouvoir le corps et s'imposent, en ce sens, comme un médium essentiel à l'unité de l'être humain²³⁷¹. Si le philosophe français dénonçait, dans sa *Dioptrique*, l'insuffisance des médecins et des anatomistes²³⁷² à ce propos, les traités s'étaient ensuite multipliés et le « paradigme nerveux »²³⁷³ était parfaitement installé dans le monde médical du second XVIII^e siècle. La thématique est d'autant plus présente dans les courriers des malades de Tissot que le médecin lausannois fut l'un des principaux acteurs de la médicalisation des maladies nerveuses au siècle des Lumières²³⁷⁴, invitant même, dans son *Traité des nerfs*, ses collègues à prendre au sérieux ses pathologies.

Les nerfs font eux aussi l'objet d'une multiplicité d'interprétations et d'usages de la part des malades. Ils sont tout d'abord considérés, en tant que fibres, comme l'élément tonique de la machine corporelle. Élie de Beaumont, l'un des célèbres malades de Tissot²³⁷⁵, se plaignant d'embonpoint et d'impuissance, envisage ainsi de « redonner du ton et du ressort à ses nerfs erecteurs et à toute la machine, c'est-à-dire à tout son corps affaissé pour [par] le travail »²³⁷⁶. D'autre part, ils peuvent être définis, c'est le cas dans le *Traité* de Tissot²³⁷⁷, comme des canaux assurant la circulation des fluides. Madame Contrisson de Villié parle ainsi de « l'humeur acre qui circule dans [s]on sang et sur [s]es nerfs »²³⁷⁸, tandis que le Dr La Fage rapporte le cas d'un de ses patients ayant une « secretion

²³⁶⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.08.17, Tortone, 24 juillet, 1776, p. 04.

²³⁶⁷ Vigarello, G., 1993, *op. cit.*, p. 156-164.

²³⁶⁸ Descartes, R., 1637a, *La dioptrique. Six premiers discours*, Descartes, R., 1953, *op. cit.*, p. 180-229, Quatrième discours, p. 201-205.

²³⁶⁹ *Ibid.*, p. 202.

²³⁷⁰ Descartes, R., 1664, *Traité de l'homme*, Descartes, R., 1953, *op. cit.*, p. 807-873, figure 7, p. 823

²³⁷¹ Sur la fonction des nerfs dans la pensée cartésienne de la vie, voir notamment : Bitbol-Hespériès, A., 1990, *Le principe de vie chez Descartes*, Paris, Vrin.

²³⁷² Descartes, R., 1637a, *op. cit.*, p. 202.

²³⁷³ Barbara, J. G., 2010, *Le paradigme neuronal, de la physiologie expérimentale à la cognition*. Paris, Hermann.

²³⁷⁴ Owsei Temkin rendra hommage au *Traité de l'épilepsie*, premier volume du *Traité des nerfs* que Tissot fit paraître en 1778 (Tissot, S.-A., 1778, *op. cit.*), pour avoir démystifié cette maladie et l'avoir inscrite définitivement dans le giron de la médecine (Temkin, O., 1971, *The Falling Sickness: a history of epilepsy from the Greeks to the beginning of modern neurology*, Baltimore-London, Johns Hopkins Press).

²³⁷⁵ Voir à ce propos le travail que Daniel Teysseire a consacré à son dossier : Teysseire, D., (éd.), 1995, *Obèse et impuissant : le dossier médical d'Elie-de-Beaumont : 1765-1776*, Grenoble, J. Million.

²³⁷⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.04.09, s.l., 15 juillet 1775, p. 02.

²³⁷⁷ Tissot, S. A. D., 1778-1780, *op. cit.*, p. 241 : les nerfs sont « comme des tuyaux très-fins, dans lesquels un fluide d'une finesse proportionnée peut être mû en différens sens ». Pour un aperçu plus général de la modélisation des nerfs chez Tissot, voir, Cernuschi, A., 2001, *op. cit.*

²³⁷⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.04.36, s.l., 25 janvier 1784, p. 02.

imparfaite des fluides nerveux »²³⁷⁹. Monsieur Falaiseau est, quant à lui, incommodé par une « humeur qui luy tomboit de la teste, et luy couloit le long des nerfs du col », provoquant alors des tremblements et autres symptômes convulsifs²³⁸⁰. Enfin, les nerfs sont plus généralement envisagés comme le support d'une certaine sensibilité entendue comme une condition à la fois physique et morale à l'égard du monde. La comtesse de Vury de Remiremont, qui se décrit d'un caractère « vif et sensible »²³⁸¹ et écrit à Tissot à propos de maux des nerfs, parle par exemple des douleurs vives « qui errent, et s'attachent [...] plus souvent dans les jointures ou à quelques nerfs, soit des pieds, des mains, ou de la nuque »²³⁸², ainsi que d'une grande « susceptibilité »²³⁸³ aux bruits, aux odeurs et à l'air ambiant. Le chevalier de Champorcin fait pour sa part état de vapeurs qui sont apparues avec sa retraite, expliquant que si « les voyages et la dissipation les ont un peu calmées », il lui reste « une sensibilité extrême » : « tout m'affecte vivement, surtout dans les repas, ou lorsqu'un bruit imprévu vient me frapper »²³⁸⁴. Ces incommodités ont engendri des douleurs d'estomac et des difficultés d'alimentation que les prescriptions du Dr Bordeu ont en partie améliorées (il avoue ne les avoir pas entièrement respectées). Mais, et c'est la raison pour laquelle il écrit à Tissot, le chevalier ressent encore des « variations de tristesse et de gayeté involontaires, la moindre chose [l']affecte jusqu'à l'âme et [s]on impatience est extrême en toutes choses »²³⁸⁵ que la difficulté à absorber des aliments vient renforcer. Il conclue finalement son courrier par ces mots : « Le genre nerveux et l'imagination sont encore très sensibles et fort susceptibles d'ébranlement et d'impressions facheuses »²³⁸⁶.

Les nerfs, comme on le constate dans ces récits, font l'objet de descriptions multiples, parfois très éloignées des théories nerveuses des traités médicaux : ils peuvent ainsi être essayés par la fatigue²³⁸⁷ s'ébranler²³⁸⁸, s'irriter sous l'action des passions²³⁸⁹, souffrir plus ou moins²³⁹⁰, être l'objet d'attaques²³⁹¹ ou le siège d'un certain embarras²³⁹², être plus ou moins bien nourris, convulser ou même sauter²³⁹³, voire, encore, être « d'une telle mobilité » qu'on ne sait plus comment les « conduire »²³⁹⁴. La marge d'interprétation est large et l'usage des notions médicales se fait sans considération de leur définition première, à l'instar de Monsieur Boisereault qui se dit d'une « grande sensibilité du genre nerveux »²³⁹⁵.

²³⁷⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/146.01.04.03, s.l., s.d., p. 02.

²³⁸⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.02.16, s.l., s.d., p. 02.

²³⁸¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.24, s.l., 2 avril 1774, p. 01.

²³⁸² *Ibid.*

²³⁸³ *Ibid.*, p. 02.

²³⁸⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.06.13, Toul, 29 avril 1775, p. 02.

²³⁸⁵ *Ibid.*, p. 04.

²³⁸⁶ *Ibid.*

²³⁸⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.06, s.l., s.d., p. 06.

²³⁸⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.03.20, s.l., s.d., p. 02.

²³⁸⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.08, s.l., s.d., p. 01.

²³⁹⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.03.28, s.l., s.d., p. 01.

²³⁹¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.06, Lyon, 26 mai [1776], p. 02.

²³⁹² BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.07, s.l., s.d., p. 01.

²³⁹³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.32, Aix en Provence, 26 juillet 1774, p. 01-02.

²³⁹⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.06.34, Ligny, 22 juillet 1776, p. 02.

²³⁹⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.04, s.l., 11 septembre 1772, p. 01.

Subversion et superposition des modèles

Ce qui est le plus frappant dans ces récits, au-delà de l'appropriation que les malades font des références médicales, c'est la superposition des différents modèles. Le modèle fibreux et nerveux, loin de venir remplacer le modèle humoral, comme le souhaitait Diderot²³⁹⁶ lorsqu'il affirmait en 1765 qu'« en physiologie la fibre est ce que la ligne est en mathématique »²³⁹⁷, semble le compléter. La machine corporelle acquiert simplement, de ce point de vue, de nouveaux composants. Le modèle nerveux vient, en quelque sorte, redoubler le modèle humoral, et ce, tout en s'inscrivant dans une représentation mécaniste du corps, ainsi que l'explique le récit de Monsieur Vauvilliers²³⁹⁸, gouverneur d'enfant d'environ 35 ans et homme de lettres. D'un tempérament, « sérieux, mélancholique, même un peu sauvage »²³⁹⁹, il a entretenu une bonne santé jusqu'à l'âge de 17 ans, année où il fut le témoin de l'attaque d'épilepsie de l'un de ses camarades. Cet épisode le marqua profondément au point que la moindre mention de ce camarade, ou même un passage devant sa maison, faisait frémir son corps tout entier : « toute ma machine fut alors affectée de tremblements involontaires vifs fréquens »²⁴⁰⁰. Pour vaincre cette terreur qui s'était infiltrée en lui, il se décida à étudier l'anatomie, « mais l'esprit resta frappé et la santé altérée »²⁴⁰¹ et il devint alors « sujet à des maux de tête horribles, des suffocations nocturnes [...] à mille autres misères »²⁴⁰². Conduit à côtoyer le « grand monde »²⁴⁰³ du fait de son emploi, il ressentait toujours de la gêne et de la timidité qu'accompagnaient des tensions nerveuses, des étouffements et des « idées persecutrices »²⁴⁰⁴. Les années suivantes ne furent guère meilleures : tout en luttant contre ces épisodes que les changements de saison venaient renforcer, il dût faire face à d'autres incommodités, notamment une ophtalmie, dont les traitements successifs ne firent qu'aggraver son cas. Des « douleurs affreuses d'estomac, des migraines plus violentes, des éblouissements, des vertiges, des vapeurs, des coliques »²⁴⁰⁵ le ramenèrent au plus triste état. La saignée d'un chirurgien améliora quelque peu sa situation, mais si les « accidents diminuerent », malheureusement, « les vapeurs resterent »²⁴⁰⁶ :

[S]ans perdre connaissance, sans éprouvé de faiblesse mon ame fut aussi vaporeuse que mon corps ; mon imagination trop vive franchit le chemin de la vie à la mort, ma vue fixée continuellement sur les tombeaux. Je pris mon etat dans la plus affreuse déplaisance, un degout universel pour toutes choses. Heureusement et par grace, la providence m'envoya quelques idées de religion, qui après m'avoir encore plus effrayé, me consolerent un peu²⁴⁰⁷.

²³⁹⁶ Voir à ce propos, Vigarello, G., 1993, *op. cit.*, p. 150-152.

²³⁹⁷ Diderot, D., 1780, *Éléments de physiologie*, Paris, Didier, 1964, p. 63.

²³⁹⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.26, Bavielle, 14 mai 1774.

²³⁹⁹ *Ibid.*, p. 01.

²⁴⁰⁰ *Ibid.*, p. 02.

²⁴⁰¹ *Ibid.*

²⁴⁰² *Ibid.*

²⁴⁰³ *Ibid.*, p. 03.

²⁴⁰⁴ *Ibid.*

²⁴⁰⁵ *Ibid.*, p. 05.

²⁴⁰⁶ *Ibid.*, p. 05.

²⁴⁰⁷ *Ibid.*

Mais, finalement, ses anciens tremblements revirent le jour accompagnés d'idées noires et tristes. Deux médecins lui diagnostiquèrent un engorgement du petit lobe du foie et parvinrent à lui fournir des traitements qui améliorèrent sa condition. Mais une série de symptômes n'avait pas disparue et c'est pour cette raison qu'il écrivait à Tissot, en lui proposant un diagnostic qui lui avait été inspiré par un charlatan nommé Printemps, consulté quelques mois auparavant et selon lequel il avait pour tout mal « une petite exulceration dans le canal de l'esophage et que l'humeur qui en découloit était la cause de tous mes maux en irritant la membrane nerveuse de l'estomac »²⁴⁰⁸. Il conclut alors son long récit en affirmant un diagnostic :

Il est clair que je suis hypocondre vapoureux, et peut-etre pis encore. Je soupçonne que ce pourroit fort bien etre un rhumatisme chronique qui seroit joint à une maladie de nerfs et à quelques obstructions cachées²⁴⁰⁹.

Ce récit est exemplaire de la réappropriation des modèles comme leur superposition dans une explication cohérente. L'atteinte d'un des tuyaux de machine fait s'écouler une humeur hors de son circuit habituel, ce qui vient irriter le réseau nerveux et explique finalement la nature tant morale que physique des symptômes ressentis. Dans le truchement des causes et des effets, l'étiologie se constitue à partir de différents modèles sans rencontrer de réelles difficultés d'ordre épistémologique ou simplement de sens. Une telle compréhension n'est pas uniquement le fait de malade profane ou de charlatan sans diplôme, puisque l'on retrouve une analyse similaire sous la plume de différents médecins, dont le Dr La Fage.

Ce dernier écrit à Tissot à propos d'un de ses malades, un militaire âgé de 48 ans au tempérament « fort, et vigoureux tenant beaucoup du mélancolique, comme cela est prouvé par le caractere de son goûts, de ses passions, et par la nature de son sang, epais et visqueux »²⁴¹⁰ qui avait réussi à guérir du scorbut jusqu'au moment où « sa tête s'est derangée, ses jambes se sont affoiblies »²⁴¹¹. Alors que beaucoup y voyaient le retour de son ancien mal, le Dr La Fage était lui persuadé que

le chagrin et les excès de vin et de liqueur ont seuls produits tous les accidents ; ils ont affoibli le ton des solides et donné au sang du malade un epaississement et une viscosité qui fait tout le mal ; de là s'en suit necessairement une secretion imparfaite des fluides nerveux, de là le trouble dans les idées, de là le tremblement dans les membres et cette lenteur dans les mouvements ; de là enfin cette consommation et ce marasme, qui le conduit lentement et sans souffrances au terme commun²⁴¹²

À nouveau, on peut observer que les différents modèles corporels participent d'une même étiologie et se renvoient, pour ainsi dire, les uns aux autres puisque l'affaiblissement des fibres du corps engendre une modification du fluide sanguin qui a alors une action néfaste sur la nature des humeurs nerveuses engendrant des troubles tant corporels que moraux. Les modèles se croisent et se mélangent, car ils apportent chacun quelque chose de spécifique à la description des maux. La théorie humorale, par le biais de la notion de tempérament, offre une approche déjà individualisée de la machine corporelle, à laquelle

²⁴⁰⁸ *Ibid.*, p. 08.

²⁴⁰⁹ *Ibid.*, p. 07.

²⁴¹⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/146.01.04.03, s.l., s.d., p. 01.

²⁴¹¹ *Ibid.*

²⁴¹² *Ibid.*, p. 01-02.

vient s'ajouter un vocabulaire nerveux permettant le plus souvent de préciser les interactions psycho-somatiques. Comme l'a montré Claire Jaquier, la notion de sensibilité est en effet opportuniste²⁴¹³ et permet de parler tant du corps que de l'âme. Les nerfs sont au cœur d'une description du vivant en termes tant physiologiques que moraux, puisqu'ils sont définis comme les courroies de transmission de l'activité dynamique du vivant (d'où l'intérêt que leur portèrent d'ailleurs les vitalistes²⁴¹⁴). Tissot lui-même explicite ce double rôle des nerfs : selon lui, les fibres nerveuses permettent de faire circuler, sous l'action de la volonté, le fluide nerveux du cerveau aux fibres musculaires du corps pour les mettre en mouvement, et assurent en retour la remontée des sensations des extrémités du corps vers le cerveau²⁴¹⁵. Les nerfs participent à la fois du sens interne²⁴¹⁶ et des sens externes, de la pensée et de la perception autant que du mouvement et de l'action. Leur centralité dans l'explication du vivant ayant cours à cette époque est rendue par la notion de *sensorium commune* que les penseurs des Lumières qu'ils soient philosophes ou physiologistes²⁴¹⁷ utilisent pour parler de cette jonction dans le cerveau où les nerfs des cinq sens se rencontrent et partagent, littéralement, leurs impressions, ce territoire de l'âme sensible²⁴¹⁸. Cet espace physique, fait de « différens territoires »²⁴¹⁹, permet de penser à la fois la duplicité psycho-physiologique de l'individu et son unité à l'égard de son environnement. C'est donc à l'individu dans son intégrité sensorielle de soi conscient²⁴²⁰, selon le terme de Karl Figlio, que la théorie nerveuse nous donne finalement accès. C'est cette perspective globalisante qui explique que le modèle nerveux ait été le plus à même de remplacer la théorie des humeurs²⁴²¹, puisque la sensibilité permettait d'expliquer les réactions de l'organisme, tout comme la crase²⁴²² le faisait traditionnellement.

Dans les récits de malades de Tissot, le modèle nerveux, loin de remplacer le modèle humoral, lui apporte au contraire une dimension vécue, sensible, spirituelle : il ajoute à l'étiologie une pertinence relativement aux maux touchant à la fois le corps et l'esprit. C'est ce que confirme le récit de Madame Contrisson de Villié, qui écrit le 25 janvier 1784 à Tissot à propos de ce qu'elle pense être une fluxion. Elle suppose que son mal a pour origine la circulation même de cet engorgement²⁴²³ :

²⁴¹³ Jaquier, C., 2005, *La sensibilité dans la Suisse des Lumières. Entre physiologie et morale, une qualité opportuniste*, Genève, Slatkine.

²⁴¹⁴ Rey, R., 2000, *Naissance et développement du vitalisme de la deuxième moitié du 18^e siècle à la fin du Premier Empire*, Oxford, Voltaire Foundation.

²⁴¹⁵ Tissot, S. A. D., 1778-1780, *op. cit.*, p. 27.

²⁴¹⁶ Voir à ce propos, De Jaucourt, L., 1765, « Sens interne », Diderot, D., D'Alembert, J., (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 15, p. 31-33.

²⁴¹⁷ Voir à ce propos, Riskin, J., 2002, *Science in the Age of Sensibility: The Sentimental Empiricists of the French Enlightenment*, Chicago, University Of Chicago Press, p. 25-27.

²⁴¹⁸ Anonyme, 1765, « Sensorium », Diderot, D., D'Alembert, J., (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 15, p. 55.

²⁴¹⁹ De Jaucourt, L., 1765, *op. cit.*, p. 31.

²⁴²⁰ Figlio, K. M., 1975, « Theories of Perception and the Physiology of Mind in the Late Eighteenth Century », *History of Science*, 13, p. 177-212, ici, p. 181.

²⁴²¹ Peter, J.-P., 1971a, « Le corps du délit », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 3, p. 71-108.

²⁴²² Sur la notion de crase dans la médecine hippocratique, voir Klein, A., 2005, *op. cit.*

²⁴²³ L'article « fluxion » de l'Encyclopédie précise que le terme « ne sert aux Medecins, que pour s'exprimer avec le vulgaire sur le genre de maladie qui consiste dans un engorgement de vaisseaux formé comme subitement, c'est-à-dire en très-peu de tems, ordinairement ensuite d'une suppression de l'insensible transpiration, qui augmente le volume des humeurs; ensorte que l'excédent, qui tend d'abord à se répandre dans toute la masse, est jetté par un effort de la nature, formé comme un flux sur quelque partie moins

Si ma fluxion avait eu son cours ordinaire comme les autres, elle m'aurait peut-être causé du soulagement, en dissipant l'humeur acre qui circule dans mon sang et sur mes nerfs, mais je ne sais pourquoi, elle s'est arrêtée avant d'avoir fait son tour; de l'autre côté elle s'est rejetée en dedans²⁴²⁴.

Énumérant ensuite les douleurs intérieures que causa un tel voyage de sa fluxion, elle poursuit sa réflexion par ces mots :

Tout cela n'annonce-t-il pas un sang appauvri, presque dissous, qui ne circule que des humeurs acres, et qui me porte surtout à la tête, et m'y cause ces pesanteurs douloureuses, ces bourdonnements, ces vertiges, et surtout ces songes dangereux, en irritant les fibres de mon cerveau, ce qui monte mon imagination pendant le sommeil et finira par me causer la mort, car ils sont la somme de tous mes maux et les augmentent sans cesse²⁴²⁵.

Cette interrogation de Madame Contrisson de Villié nous indique parfaitement la cohérence qui pouvait être établie entre les différents modèles, à partir de l'idée de circulation, et le rôle de liant « psycho-physiologique » joué par la théorie nerveuse. L'arrêt de la circulation de la fluxion n'a pas permis de dissiper l'humeur âcre qui a, alors, par le biais du sang, atteint le cerveau, altéré ses fibres (les nerfs) et engendré un dérangement de l'imagination ayant des conséquences pathologiques sur l'ensemble de la malade. Le modèle nerveux et le modèle humoral se complètent au sein de la complexion individuelle de la malade dans une étiologie où les nerfs et les humeurs assurent la circulation, en double sens, entre une faiblesse de la machine corporelle et un déséquilibre de l'esprit. L'idée de circulation assure finalement l'unification des différentes cartographies corporelles selon un principe de causalité qui passe outre les conflits épistémologiques inhérents aux différences de modèles. L'incroyable récit de Madame Contrisson de Villié, qui trace un parcours corporel difficilement accessible au lecteur contemporain tant les mouvements de la fluxion nous sont étrangers, fait pourtant sens pour la malade comme pour le médecin, et ce, parce que leur compréhension de l'étiologie leur permet d'échanger sur une base commune. En effet, comme l'a mis en lumière Jean-Pierre Peter dans son étude des archives de la Société royale de médecine, les maladies se présentaient, au XVIII^e siècle, comme des « collections orientées de symptômes »²⁴²⁶ organisées autour d'une logique circulaire. Dans ce modèle épistémologique de la médecine des Lumières, le diagnostic boucle le système étiologique sur lui-même sans envisager de mettre à jour une substance de la maladie. Les symptômes sont simplement renvoyés à eux-mêmes sans que soit envisagée la détermination d'une essence de la maladie²⁴²⁷. Les pathologies ne rendent compte que d'un monde livré à l'hétérogénéité fondamentale de la nature, et leur observation attentive ne conduit qu'à la mise en lumière de la polymorphie énigmatique²⁴²⁸ du milieu dans lequel évolue l'individu malade. La maladie n'exprime, pour ainsi dire, que la contingence de la vie, sa profonde normativité, et n'a, de ce fait, pour enjeu ontologique que l'individualité propre du malade.

résistante, plus faible à proportion que toutes les autres », Lenglet Du Fresnoy, N., 1756, « Fluxion », Diderot, D., D'Alembert, J., (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 6, p. 923-924, ici, p. 923.

²⁴²⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.04.36, s.l., 25 janvier 1784, p. 02-03.

²⁴²⁵ *Ibid.*, p. 03.

²⁴²⁶ Peter, J.-P., 1971, « Les mots et les objets de la maladie. Remarques sur les épidémies et la médecine dans la société française de la fin du XVIII^e siècle », *Revue historique*, 499, p.13-38, ici, p. 23.

²⁴²⁷ *Ibid.*

²⁴²⁸ *Ibid.*

Le récit qui en est fait vise donc avant tout à spécifier l'individualité du malade et de ses maux et peut par conséquent, sans problème, « emprunter à différents systèmes pour retenir ce qui paraît le plus vraisemblable et le plus positif dans chacun » afin de « fondre en un nouveau système cohérent les éléments ainsi empruntés »²⁴²⁹.

Éclectisme et subjectivation

L'éclectisme interprétatif²⁴³⁰ est un moyen pour les malades d'affirmer la spécificité de leur récit, de décrire au plus près, scrupuleusement guidé par la vérité à l'instar du Chevalier Marmont²⁴³¹, de leur ressenti et de leur vécu, des maux et des douleurs qui leur sont propres. Monsieur Thommassin résume parfaitement, au début de son courrier, cette volonté de dire-vrai :

Ma maladie est interieure ; il n'y a que moi qui la sente ; j'ai cru aussi qu'il n'y avoit que moi qui put la décrire ; c'est pourquoi je ne prends point pour interprete quelque docteur de la faculté, qui en se servant de termes de l'art, m'expliqueroit peut-être moins bien que ne fera mon foible jargon²⁴³².

L'usage fait par les malades de leurs propres mots répond à une volonté d'authenticité du récit à l'égard du vécu corporel. Monsieur Ousrard de Linière parle ainsi de son mémoire comme d'un « recit, sans ordre, fait par quelqu'un qui n'a aucun principe et qui a plus appris à sentir son mal qu'à le decrire »²⁴³³. Un autre malade, Monsieur de Croyer, prie Tissot de lui pardonner si, par son ignorance, il fait un mauvais usage des termes ou des expressions de l'art médical, mais il n'a pas souhaité appeler des médecins pour cette consultation, car « ils ne sentent point comme [lui] les maux qu'ils decrivent mieux »²⁴³⁴. Le chevalier de Rotalier exprime un avis similaire dans un mémoire qu'il adresse le 1^{er} octobre 1771²⁴³⁵. Ne pouvant se rendre à Lausanne, il écrit à Tissot et tente de lui décrire son état le mieux qu'il lui sera possible²⁴³⁶ au cours de huit longues pages. À la fin de cette description de son existence et de ses maux, il conclut en s'excusant de la longueur de son courrier et revient sur les raisons qui l'ont conduit à le rédiger de sa propre main :

Je suis honteux de vous faire un si long verbiage, mais j'ai cru, Monsieur, qu'il valoit mieux vous en dire plus que moins. J'aurois pu le faire rediger par quelqu'un du metier, mais j'ai crains qu'il ne donnât à son exposé la teinte de la maladie qu'il m'auroit jugée, plutot que de celle que j'ai. Je suis fondé à le craindre, puisque ceux à qui je me suis adressé ne s'accordent point²⁴³⁷.

²⁴²⁹ Article « Éclectisme », *TLFi*.

²⁴³⁰ Pilloud, S., 2008, *op. cit.*, p. 247-255.

²⁴³¹ « [...] elle ne présente qu'un journal de faits peut-etre mal liés, mais qu'au moins j'ay presenté de mon mieux ; la vérité m'a guidé scrupuleusement », BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.27, Chatillon-sur-Seine, 14 octobre 1772, p. 01.

²⁴³² BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.08.13, Besançon, s.d., p. 01.

²⁴³³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.26, Le Mans, 12 août 1772, p. 05.

²⁴³⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.03.14, s.l., s.d., p. 01.

²⁴³⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.08.08, Lons-le-Saunier, 1^{er} octobre 1771.

²⁴³⁶ *Ibid.*, p. 01.

²⁴³⁷ *Ibid.*, p. 07.

La crainte de voir leur état mal compris et mal décrit par les médecins est commune à beaucoup de malades qui écrivent avant tout pour narrer leur vécu douloureux et difficile. C'est ce que résume parfaitement Madame Bordenave de Disse : « j'ai cru qu'un homme de l'art vous diroit ses idées ; moi je vous ai conté mes douleurs »²⁴³⁸.

Un corps singulier

L'éclectisme étiologique qui pourrait apparaître aujourd'hui comme un éclatement du sens est, au contraire, dans ce contexte, le socle d'écriture d'une explication cohérente de la chronologie et de la causalité dans l'apparition des divers phénomènes morbides. Il est le meilleur moyen de rendre compte du vécu, puisque la mise en intrigue des différentes trames explicatives permet de déterminer la spécificité des cas individuels. Un exemple nous est donné par l'histoire de Monsieur Lavergne, un Lyonnais de 57 ans travaillant dans un bureau, qui envoie un long mémoire à Tissot²⁴³⁹ pour lui demander conseil quant à ses traitements. Il débute le récit de son existence et de ses épisodes pathologiques en affirmant que de 17 à 25 ans, il était « sec et valétudinaire », mais que jusqu'à 30 ans, il jouissait néanmoins d'une « santé parfaite avec gaieté, appetit et fraîcheur, mais le genre nerveux délicat au possible et susceptible d'irritabilité à un point inconcevable »²⁴⁴⁰. Ce n'est qu'à partir d'août 1770, à l'âge de 55 ans, que son état s'est aggravé. Étant alors à Genève, il décida de partir se promener suite à des lectures à haute voix qu'il avait effectuées, et senti, dans l'air sec, « l'organe fatigué et une petite douleur extérieure au côté droit de la poitrine »²⁴⁴¹. Le « feu » lui montait au visage qu'il soit assis ou couché. Une saignée apaisa cette chaleur, mais n'ayant pas eu la liberté de garder le repos, il ne put complètement guérir. Plusieurs accidents similaires se reproduisirent alors à échéances régulières et on lui prescrivit des bains, qui furent inefficaces, et des breuvages de lait, qui semblèrent faire leurs effets notamment sur les suees nocturnes qu'il ressentait depuis le premier épisode. Il pensait bien, comme le lui avait dit un étranger passant à Lyon, que la cause de ces maux tenait dans « des pertes involontaires et dans une humeur rhumatismale »²⁴⁴², mais les traitements, faits d'exercices et de potions de cannelle et d'absinthe, qu'il prenait ne l'empêchaient pas de passer de mauvaises nuits. Le 20 ou le 22 avril 1771, il lui sembla que le mouvement et l'air frais ramenèrent un peu ses forces et qu'il ressentait « moins de paresse dans la totalité de la machine et notamment dans le jeu des reins »²⁴⁴³. Mais il ne parvenait toujours pas à guérir de sa fatigue, de ses boursoufflures nocturnes des membres et de ses échauffements des reins : il hésita à prendre de la glace car il avait jusqu'alors évité tout mal de tête. D'ailleurs sa tête, d'un point de vue moral, « avait si peu à perdre qu'elle n'a rien perdu »²⁴⁴⁴, il n'a, pour le dire autrement, jamais ressenti de troubles dans ses idées. Et, finalement, on lui a assuré que ses viscères avaient conservé leur intégrité. Il serait aujourd'hui tenté de s'humecter, plus afin de donner plus de jeu aux circulations et aux urines, mais il ne sait à quel moment prendre

²⁴³⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.26, Orthez, 13 juin 1774, p. 11.

²⁴³⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.20, s.l., 19 mai 1772.

²⁴⁴⁰ *Ibid.*, p. 01.

²⁴⁴¹ *Ibid.*

²⁴⁴² *Ibid.*, p. 02.

²⁴⁴³ *Ibid.*, p. 03.

²⁴⁴⁴ *Ibid.*, p. 04.

ses boissons et craint surtout qu'elles ne lui relâchent le ventre. C'est pour cette raison qu'il sollicite le conseil de Tissot.

Cette description ne contient pas moins de trois systèmes de référence entièrement mêlés : le modèle humoral qui détermine sa constitution comme principalement sèche et fait de l'humeur rhumatismale une cause possible de ses troubles, le modèle mécaniste et hydraulique où le corps est une machine dans laquelle circulent différents fluides, et enfin un modèle nerveux qui apparaît notamment dans son penchant constitutif pour l'irritabilité. Les différents modèles se croisent dans une explication où le localisme organique dialogue avec une perspective plus globale et holiste issue du modèle humoral. L'annotation faite par Tissot sur le mémoire, « Maladie singulière »²⁴⁴⁵, fait ici proprement sens. Le mélange de références médicales, le recours à différents discours d'objectivations du corps malade, participe d'une volonté du scripteur de décrire fidèlement leur état, leur maladie, leur être. Chaque malade décrit moins une maladie que son état de malade, un état corporel toujours singulier. Monsieur Puihabilié, avocat de Bordeaux, se décrit ainsi comme un « malade d'une espee nouvelle et particuliere »²⁴⁴⁶, tandis que Monsieur de La Condamine (1701-1774)²⁴⁴⁷ pense être atteint d'une « maladie inconnue »²⁴⁴⁸ (que Tissot diagnostiquera comme une paralysie) tant, de son point de vue, sa maladie relève d'une inédite « singularité » (idée renforcée par le fait que « aucun médecin françois ni étranger parmi ceux [qu'il a] consultés n'a vû la pareille »²⁴⁴⁹). Comme l'ont mis en lumière Vincent Barras et Philip Rieder, il faut comprendre ici que « chaque corps comporte bien sa “physiologie” propre (au sens étymologique du terme) »²⁴⁵⁰, reflet d'un équilibre particulier entre différentes influences dont le recours à différents modèles explicatifs permet de rendre compte. Il y a une originalité du corps individuel que l'usage d'une multiplicité de référents théoriques tente autant que possible de cerner. Cette singularité corporelle repose également sur le vécu individuel du sujet, car, comme nous avons pu l'entrevoir avec Monsieur Lavergne, le récit de la maladie, à travers lequel se constitue la description du corps, est habité d'éléments biographiques qui prennent une place aussi importante que les données proprement physiques ou « médicales ».

Des sujets particuliers au vécu spécifique

Les courriers de malades sont en effet de véritables théâtres biographiques²⁴⁵¹ où chaque élément de l'existence peut intervenir dans la description de l'origine ou du développement des symptômes. La maladie est indissociable du vécu ; elle y est intégrée, au côté de toutes les expériences vécues par le sujet, qui, elles aussi, laissent des empreintes, des traces, sur le corps et sur l'âme, autrement dit, sur la constitution individuelle.

Le récit de Madame Bordenave de Disse est, à ce propos, éloquent. Pour décrire fidèlement son état, elle début son récit à sa naissance en 1741, puisque, comme elle le dit,

²⁴⁴⁵ *Ibid.*, p. 01.

²⁴⁴⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.05.18, Bordeaux, 21 août 1770, p. 01.

²⁴⁴⁷ Charles Marie de La Condamine est un célèbre explorateur et scientifique français.

²⁴⁴⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.03.01, Château d'Etouilli, Picardie, 20 août 1767, p. 01.

²⁴⁴⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.03.02, s.l., juin 1767, p. 01.

²⁴⁵⁰ Rieder, P., Barras, V., 2005, « Corps et subjectivité à l'époque des Lumières », *Dix-huitième siècle*, 37, p. 211-223, ici, p. 216.

²⁴⁵¹ Pilloud, S., Hächler, S., Barras, V., 2004, *op. cit.*, p. 242.

« [s]es malheurs commencèrent avec [s]on existence »²⁴⁵². En effet, elle fut placée chez une nourrice qui n'avait pas de lait et qui l'a donc nourrie pendant quatre mois en lui faisant sucer des pommes. Après avoir ainsi frôlé la mort, elle eut une enfance « orageuse »²⁴⁵³ entre une mère sévère et une gouvernante qui la maltraitait. Elle était donc « malade et malheureuse » dès son enfance, faisant déjà l'objet de saignées, et elle ne parvenait à survivre que grâce à la gaieté de son caractère et à sa vivacité. Elle rapporte ensuite un épisode au cours duquel elle s'est évanouie à la messe à cause d'un corset trop serré et certainement d'une déformation de la colonne vertébrale ; elle n'avait alors que neuf ans. Elle passa ainsi sa vie « entre les maladies, les remèdes et quelques soulagemens »²⁴⁵⁴, jusqu'au moment où elle se maria, à l'âge de 19 ans. Veuve deux ans plus tard, elle fut malheureuse en veuvage comme elle l'avait été en mariage et « plus malade dans ces deux états que dans celui de fille »²⁴⁵⁵. Le chagrin vint en effet alourdir les maux qu'elle avait hérités de son enfance et que venaient accroître « beaucoup d'autres », en particulier une « inflammation à la matrice » résultant d'une couche. Les douleurs au ventre causées par cette inflammation ne la quittèrent plus et elle pense que sa maladie actuelle résulte de ce premier problème gynécologique. Le mal qui l'accable désormais est une enflure, apparue au côté gauche de son col en mai 1772 et qui s'est rapidement étendue vers les reins, le ventre et les membres inférieurs, avant de disparaître et de laisser place à des petits boutons sur l'épaule accompagnés de langueur et de coliques. Elle supporta, du fait de son tempérament, cette situation sans en parler au médecin jusqu'en octobre où l'enflure revint. Le praticien lui recommanda plusieurs traitements qui eurent différents effets, mais qui ne la guérirent pas. Les symptômes restèrent similaires pendant des mois, et elle décida donc d'interrompre tous les traitements dont plusieurs lui avaient causée du trouble, et d'écrire à Tissot. Suite à ce récit médico-biographique, Madame Bordenave de Disse poursuit son courrier en décrivant son apparence physique, son mode de vie et son alimentation, précisant notamment que sa pratique de l'équitation l'incommode plus qu'elle ne la soulage, contrairement à ce qu'en dit Tissot dans ses ouvrages. Elle termine sa longue missive en affirmant être consciente que « la cure est impossible et le soulagement difficile », mais qu'à trente-quatre ans, elle ne peut guère « se déterminer à ne pas tenter quelque chose pour adoucir son état »²⁴⁵⁶ et demande donc au médecin lausannois de l'aider.

Raconter ses maux ne se limite pas, comme on le constate ici, à énumérer les symptômes, les traitements où les consultations. Les malades s'ingénient au contraire à toujours réinscrire les éléments médicaux nécessaires à la consultation à distance dans une trame narrative biographique très personnelle où les activités quotidiennes, les événements marquants de l'existence, et les prédispositions physiques et morales des individus sont parties prenantes de la genèse du mal. Le mariage et le veuvage de cette malade sont des éléments aussi importants dans son récit que la description de son enflure ou des traitements qu'elle a utilisés. En écrivant l'« histoire » de leur santé, selon le mot de Monsieur Vauvilliers dans son mémoire de consultation du 14 mai 1774²⁴⁵⁷, les malades

²⁴⁵² BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.26, Orthez, 13 juin 1774, p. 01.

²⁴⁵³ *Ibid.*

²⁴⁵⁴ *Ibid.*, p. 03.

²⁴⁵⁵ *Ibid.*

²⁴⁵⁶ *Ibid.*, p. 10.

²⁴⁵⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.26, Bavielle, 14 mai 1774, p. 02.

écrivent, au-delà de l'anamnèse médicale habituelle, leur propre histoire ; ils construisent le récit de leur être singulier.

Le vocabulaire nerveux participe d'ailleurs de cette dimension biosubjective, en offrant, comme le note Nahema Hanafi²⁴⁵⁸ à propos des malades féminines du corpus Tissot, « une théâtralisation nouvelle du corps ». En permettant d'aborder la sensibilité, selon des registres que nous avons découverts multiples, le modèle nerveux offre aux malades l'opportunité d'explicitier avec plus de détails leur condition « psychophysiologique », leur vécu propre. Monsieur Soubeyran raconte ainsi son mal avec force de précisions quant à ses sentiments, à sa sensibilité morale :

[J]e suis si inquiet dans mon sens et emu et j'ai meme de la peine à prononcer pour pouvoir dire ma raison et si je sort, je suis tout éfarouché, tout me fait ombrage, je ne peut quavec bien de la peine me produire pour faire mes affaire aucune mémoire enfin je n'ay point de fermeté. si ombrageux que je suis et si timide je bouli dans moi tantôt des jambes qui me tremble des voltiges des batemen d'estomac et ne voudraoit jamais sortir pour éviter le mauvais sans que je me fait si j'entent rire je soufre dans moi²⁴⁵⁹.

Le modèle nerveux permet d'entrer dans une intimité morale et psychologique, plus importante que le modèle humoral, constituant ainsi des descriptions de maux qui participent à l'instauration d'une sympathie, d'une compassion, d'une empathie plus grande de la part du médecin destinataire des courriers. Wayne Wild²⁴⁶⁰ avait déjà remarqué une certaine coïncidence historique entre l'émergence de l'étiologie nerveuse et la transformation du contenu des consultations médicales vers des données plus dialogiques. Le déplacement terminologique dû au modèle nerveux engage un glissement rhétorique qui, en favorisant la description plus précise du ressenti et des états vécus par les individus, accentue le rapport dialogique qui s'instaure dans les échanges de la médecine postale²⁴⁶¹. Bien que cette interprétation reste encore historiquement discutée, elle a pour avantage d'insister sur un fait indubitable : la réalité profondément biosubjective des récits de malades.

Devenir sujet de son expérience corporelle

L'usage de contenus médicaux divers et préalablement réappropriés à l'aune de son expérience individuelle, permet à chaque malade de produire une description singulière de son corps et de son être, qui relève d'une singularisation de sa physiologie relative à l'expérience biographique particulière que les sujets font de leur corps au cours de leur maladie. En écrivant le récit de leurs maux, les malades ressaisissent chaque pratique, chaque habitude, chaque épisode de leur existence, comme autant d'objets médicaux participant à caractériser leur expérience de malade. Ils opèrent une « mise en intrigue »²⁴⁶²

²⁴⁵⁸ Hanafi, N., 2012, « Des plumes singulières. Les écritures féminines du corps souffrant au XVIII^e siècle », *Clio*, 35, p. 45-66.

²⁴⁵⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.03.08, Genève, 30 juillet 1767, p. 01.

²⁴⁶⁰ Wild, W., 2000, « Doctor-Patient correspondence in Eighteenth-Century Britain: a change in rhetoric and relationship », *Studies in Eighteenth century culture*, 29, p. 47-64.

²⁴⁶¹ Wild, W., 2006, *Medicine-by-Post: The Changing Voice of Illness in Eighteenth-Century British Consultation Letters and Literature*, Amsterdam, Rodopi.

²⁴⁶² Good, B., 1994, *op. cit.*, p. 299.

qui organise les événements et donne sens à leurs histoires. Cette objectivation médicale de soi est d'ailleurs une pratique délicate comme en atteste Monsieur Lavergne lorsqu'il précise, au début du long mémoire qu'il adresse à Tissot le 19 mai 1772, qu'il a longtemps repoussé l'écriture de ce récit du fait de ses symptômes variables et équivoques qui lui avaient fait perdre « le fil de l'histoire »²⁴⁶³. Il en est de même pour Madame de Chastenay qui met près d'un mois à écrire son courrier²⁴⁶⁴. L'écriture est une véritable pratique de soi qui permet aux sujets de repenser les éléments de leur existence à l'aune de la construction d'un certain rapport de soi à soi visant à se constituer comme sujet malade, comme agent de son expérience de la maladie. Ainsi que l'avait décrit l'anthropologue Byron Good, les histoires « ne constituent pas seulement le moyen par lequel l'expérience de la maladie est objectivée [...] elles sont aussi un moyen essentiel de donner forme au vécu et de rendre le passé disponible aux malades eux-mêmes »²⁴⁶⁵. L'objectivation de soi doit coller au plus près du vécu subjectif de la maladie, ce qui justifie le recours à des contenus variés. Le risque est ici de produire une image non-conforme de soi, à l'instar de Madame Bordenave de Disse qui prend conscience au cours de la rédaction de son courrier que son cas peut paraître bénin, et qui insiste donc sur la réalité de son mal-être : « Je m'aperçois, Monsieur, qu'il résulte de ma lettre, que je mange, que je dors, et que cependant, je suis fort malade. Soyez bien sûr, malgré cela, que je ne suis point du tout malade imaginaire »²⁴⁶⁶. En se définissant comme sujet grammatical de la narration de leur expérience pathologique – à l'image du curé Forget de Nantes qui, tout en écrivant son mémoire à la troisième puis à la première personne du singulier, se désigne comme « le sujet »²⁴⁶⁷ de son histoire – les individus s'instaurent, au sens performatif du terme, sujets de l'expérience vécue de la maladie. Ainsi, l'écriture de soi selon ses propres normes est le média d'un devenir sujet autonome dans l'expérience de la maladie. En écrivant l'histoire de leurs maux, les individus se constituent comme des sujets malades autonomes, à l'égard tant du savoir médical qu'ils se réapproprient et qu'ils instrumentalisent, que de leur propre être qu'ils peuvent alors redécouvrir sous un angle nouveau. En créant un décalage avec le vécu habituel du corps, la pathologie, la souffrance ou la douleur conduisent le sujet à opérer un retour sur son existence corporelle, une prise de recul à l'égard d'un corps qu'il pensait connu, pour tenter de le ressaisir de manière à intégrer sa nouvelle condition dans un sens renouvelé, dans une trame existentielle réorganisée. La correspondance médicale participe bien, en ce sens, de la concrétisation d'un sens nouveau pour l'individu. Monsieur Lavergne, après avoir consulté Tissot à plusieurs reprises pour des troubles persistant durant près de deux ans, commence ainsi un sixième et dernier courrier par ces mots : « Ma maladie n'est plus un problème »²⁴⁶⁸. Il n'est pas, à proprement parler, guéri, mais il a désormais compris les principes qui organisent les manifestations de sa maladie. Il décrit d'ailleurs longuement à Tissot, en quoi elle consiste, quand et pourquoi les symptômes cessent, et la raison pour laquelle ils reviennent. Ayant appris à connaître les principaux mécanismes de son mal, Lavergne sait aussi, à présent, mieux les contrer et les éviter. « Je suis infiniment mieux à tous égards », déclare-t-il, « Mon existence est plus corroborée [...] ».

²⁴⁶³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.20, s.l., 19 mai 1772, p. 01.

²⁴⁶⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.05.03, Chartres, 9 septembre-8 novembre 1784. Cette lettre est datée du 9 septembre 1784 sur la première page et du 8 novembre sur la dernière page.

²⁴⁶⁵ Good, B., 1994, *op. cit.*, p. 335.

²⁴⁶⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.26, Orthez, 13 juin 1774, p. 09.

²⁴⁶⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.07, s.l., s.d., p. 01.

²⁴⁶⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.25, s.l., octobre 1772, p. 01.

J'ai troqué cette chaleur continuelle et insupportable contre une disposition naturelle à recevoir les impressions du froid dans la naissance d'une saison humide »²⁴⁶⁹. En réussissant à donner du sens à sa maladie, il est parvenu à la dompter, à l'intégrer à son existence, à devenir proprement agent de son expérience de malade. Il a fait acte de normativité et peut désormais vivre dans un équilibre nouveau entre son existence, son corps et sa maladie.

En rédigeant, parfois sur plusieurs jours, leur histoire, les malades réalisent un exercice de remémoration et de synthèse de leur existence et de leur condition à la fois corporelle et psychologique, ils opèrent un processus d'objectivation d'eux-mêmes qui, en instaurant un rapport singulier de soi à soi, les constituent comme sujets de leur propre expérience. Mais si les malades construisent ainsi dans le processus d'écriture un rapport autonome de soi à soi qui participe de leur devenir de sujet agent de son expérience de la maladie, cette autonomie première a pour visée de se confronter à un autre, au médecin. Les récits des malades, s'ils participent de l'émergence d'un sens propre à l'expérience individuelle de la maladie, ont avant tout pour but d'informer Tissot de l'état des scripteurs. Les histoires sont écrites pour être transmises, et le sens institué demande à être validé comme objet médical par Tissot. L'autonomie de malade acquise dans l'écriture et le retour sur soi ne reste, en ce sens, que potentielle tant qu'elle ne se trouve pas redoublée par une autonomie effective de patient. La question du passage d'une expérience à l'autre, du transfert de l'autonomie d'un rôle à l'autre, reste entière.

Certes, Tissot et ses malades partagent une même approche des maladies, une même grammaire pathologique, puisque le médecin fait lui aussi appel à différents modèles étiologiques et corporels pour décrire les maladies de ses patients. Sur le courrier d'une certaine Madame De Percing, le médecin vaudois note ainsi : « Humeur acre stimule les vaisseaux et les nerfs ; obstruction du foye augmente les symptômes ; salivation affaiblit »²⁴⁷⁰. Cette analyse, qui associe rien de moins que trois principes morbides, démontre bien l'existence d'une proximité langagière qui permettait aux acteurs de fonder un sens commun et qui ouvre la voie à une possible validation par Tissot des procédures interprétatives déployées par ses malades. Mais au-delà de cette complicité grammaticale permise par l'épistémologie même de la maladie que nous avons explicitée précédemment, comment s'organisait la poursuite de l'autonomie acquise par les malades dans l'écriture au sein de la relation médicale ? Comment s'opère, pour le dire autrement, la subjectivation des malades comme patient de Tissot ? Et, est-ce que leur autonomie se maintient, se transforme, se recrée ou disparaît dans le passage d'un rôle à l'autre ? Bref, quelles sont les modalités du devenir sujet autonome de l'expérience médicale ?

²⁴⁶⁹ *Ibid.*, p. 02.

²⁴⁷⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.03.14, s.l., s.d., p. 01.

LA DEMANDE COMME NÉGOCIATION ET CO-CONSTRUCTION DU SENS DE LA MALADIE

*Il me trouva très bien ; pour moi je me sentois toujours malade*²⁴⁷¹.

L'expérience de la maladie, dont les malades font le récit dans leur courrier, s'est présentée comme une négociation du sens entre le vécu du malade et les référents médicaux disponibles pour le narrer. Seulement, les significations ainsi exprimées ne prennent véritablement sens que dans la mesure où elles sont réceptionnées par le destinataire du courrier. L'expérience de la maladie n'est retracée par les malades que dans le but d'amorcer une expérience médicale intersubjective. Le travail de mise en intrigue, de constitution d'un sens serait vain s'il n'était ensuite accepté par Tissot. Les malades qui lui écrivent font d'ailleurs souvent part de la déception qu'ils ont connue lorsque les soignants qu'ils ont précédemment consultés n'étaient pas réceptifs au message qu'ils souhaitaient leur transmettre. Monsieur de Jungkenn, un colonel de 39 ans, se plaint ainsi de n'avoir pas été pris au sérieux : « Plusieurs medecins, dont je me suis servi pendant trois ans, ne traitent pas mon mal assez serieusement ; ils ne le jugent point comme ils devroient le faire »²⁴⁷². Le chevalier de Belfontaine, noble parisien de 43 ans, rapporte également avoir été mal compris par ses précédents soignants : « Toutes mes plaintes n'ont servi qu'à me faire regarder de leur part comme un hypocondriaque, et à obtenir presque point de soulagement »²⁴⁷³. Un médecin raconte, un peu désesparé, que son malade « s'imagine que son medecin ne le croit pas aussi malade qu'il est, parce qu'il n'est point persuadé de sa prétendue folie, à raison de quoi le malade a fait plusieurs fois divers traits de folie volontaire, pour persuader à son medecin qu'il était fol »²⁴⁷⁴. Monsieur Gayot, avocat à Paris, qui avoue avoir rencontré un nombre important de médecins, dont il donne d'ailleurs les noms, se plaint également de leur réaction lorsqu'il leur a conté ses douleurs et montré ses crachats pleins de sang :

Ils ont ri, et cela parce que je ne tousse jamais, je n'ai point de fièvre ni de sueurs nocturnes, point d'oppression [...], enfin, point de poitrine délicate dans ma famille ; tous ces messieurs m'ont presque traité de malade imaginaire tandis que je vous jure, Monsieur, par ce qu'il y a de plus sacré, que j'ai envié nombre de fois sincèrement le sort de ceux que je voyois descendre au tombeau²⁴⁷⁵.

L'enjeu, comme on l'aperçoit ici, est pour les malades de faire entendre à Tissot la vérité de leurs maux et la justesse de l'interprétation qu'ils en ont faite. Pour atteindre cet objectif, ils développent, après avoir utilisé librement du vocabulaire médical pour coller au plus près de la réalité, différentes stratégies narratives permettant l'ouverture d'une négociation du sens de la maladie ainsi produit.

²⁴⁷¹ Le Comte de La Porte. BCUL, FT, IS/3784/II/146.01.03.08, Saint-Symphorien d'Oppor, 27 mai 1781, p. 05.

²⁴⁷² BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.09.05, s.l., s.d., p. 05.

²⁴⁷³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.02, Paris, 25 novembre 1772, p. 01.

²⁴⁷⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.03.27, s.l., s.d., p. 03.

²⁴⁷⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.01.09, Paris, 14 septembre 1779, p. 03.

Les égards du médecin

La première étape de cette négociation vise à s'attirer les faveurs du praticien. Pour ce faire, les techniques utilisées par les malades sont nombreuses allant de la flatterie à la tentative d'apitoiement, en passant par le témoignage de dévotion. Pour obtenir la sympathie de Tissot, beaucoup de malades mettent en exergue ses qualités professionnelles et humaines afin de valoriser le fait qu'il est pour eux la « seule espérance » de sortie de leur « malheureux état »²⁴⁷⁶. On retrouve donc souvent l'idée selon laquelle Tissot est un « bienfaiteur »²⁴⁷⁷, le « consolateur de l'humanité souffrante »²⁴⁷⁸ son plus « vertueux ami »²⁴⁷⁹ ou qu'il lui porte un véritable « amour »²⁴⁸⁰. Beaucoup louent son âme « noble et compatissante »²⁴⁸¹ « qui ne s'intéresse que du bien être de ses semblables »²⁴⁸². Outre ses qualités humaines, les correspondants de Tissot font souvent état de ses qualités de médecin : on vante alors ses « sciences sublimes »²⁴⁸³, ses connaissances supérieures²⁴⁸⁴, sa « capacité [...] connue de tout le monde »²⁴⁸⁵, son « expérience », ses « lumières » qui participent de sa grande réputation²⁴⁸⁶ et de sa célébrité²⁴⁸⁷, voire même son « génie »²⁴⁸⁸. Les termes empruntés pour faire l'éloge de Tissot sont nombreux et souvent forts. Monsieur Cranfurd parle ainsi de sa vénération à l'égard du praticien dont il célèbre les qualités :

Je vous venere comme l'ami du genre humain, ayant toujours employé vos grands talents & connoissances pour son bien, en les occupant, non pas de vaines speculations & theories, comme bien de vos confreres, mais à la composition des ouvrages de pratique, solides & utiles, et qui portent les marques les plus evidentes de la philanthropie de leur auteur²⁴⁸⁹.

D'autres jouent sur des registres quelque peu différents, trouvant toutes sortes de moyens pour s'attirer la sympathie ou l'attention de Tissot. M. Gay tente sa chance en insistant sur son statut de « presque » compatriote de Tissot, « étant né dans le Pays de Gex, dans un village (Sauverny) qui confine à la Suisse par les Chavanes »²⁴⁹⁰, tandis que le Dr Frédéric Guillaume Klarich fait, lui, appel à la solidarité professionnelle : « j'aime mieux, me soumettre à vos bons conseils [...] vous savez, Monsieur, combien la santé est importante à un médecin praticien »²⁴⁹¹.

²⁴⁷⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.01.22, Paris, 11 février 1773, p. 01.

²⁴⁷⁷ Monsieur Krizler. BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.03.08, Lonay, 12 novembre 1791, p. 01.

²⁴⁷⁸ Madame Durand Bousson. BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.05.04, Poligny, 8 février 1792.

²⁴⁷⁹ Lieutenant Roussy. BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.25, s.l., s.d., p. 01.

²⁴⁸⁰ Monsieur Cherot du Marois. BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.01.02, Troyes, 16 janvier 1786, p. 01.

²⁴⁸¹ Monsieur Goret. BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.02.06, Roye, 20 août 1791, p. 01.

²⁴⁸² Monsieur Polianski. BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.04.37, Montpellier, 14 janvier 1784, p. 01.

²⁴⁸³ Monsieur G. Lippe, BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.01.07, Coblenz, 20 juillet 1772, p. 01.

²⁴⁸⁴ Chevalier de Soran. BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.08.11, s.l., 17 octobre 1771, p. 01.

²⁴⁸⁵ Le comte Favet de Bosses. BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.05.18, Turin, 7 novembre 1792, p. 01.

²⁴⁸⁶ Le chevalier de Rotalier. BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.08.08, Lons-le-Saunier, 1^{er} octobre 1771, p. 01.

²⁴⁸⁷ Le Comte de La Porte. BCUL, FT, IS/3784/II/146.01.03.08, Saint-Symphorien d'Oppor, 27 mai 1781, p. 01.

²⁴⁸⁸ Monsieur G. Lippe. BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.01.07, Coblenz, 20 juillet 1772, p. 01.

²⁴⁸⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.09, Naples, 28 octobre 1774, p. 03.

²⁴⁹⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.09, Lyon, 21 janvier 1773, p. 01.

²⁴⁹¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.09.08, Göttingen, 2 février 1772, p. 03.

Mais l'un des recours les plus communs reste d'en appeler à la compassion du médecin, voire à sa pitié, en présentant son cas comme la plus malheureuse des situations. Monsieur Ousrard de Linière débute son mémoire ainsi en en appelant explicitement à la pitié de Tissot :

Sensible, comme vous l'êtes, aux maux qu'éprouve l'Humanité & par l'étendue de vos lumières étant parvenu l'un des plus avant dans l'art précieux de les faire fuir ou des les ou soulager, J'ose m'adresser à vous Monsieur, Dans la douce espérance que vous voudrez bien prendre pitié d'un Malheureux qui à la fleur de l'âge (vingt & un an) est en proie, depuis plus de deux ans, aux progrès d'une Maladie aussi opiniâtre que destructive [...] Mon unique espoir est en vous, vous regardant comme étant presque le seul qui puisse m'indiquer les vrais moyens qui peuvent opérer ma guérison. J'ose espérer que ma triste situation vous touchera²⁴⁹².

Monsieur Vauvilliers use d'un vocabulaire similaire pour convaincre Tissot de prendre en charge son cas : « Je suis digne de pitié », dit-il, « et comme tel j'ai droit de prétendre vous intéresser » ; avant d'ajouter : « Après Dieu vous serez mon sauveur, car mon état est pire que la mort »²⁴⁹³. Madame Contrisson de Villié recourt à une pareille stratégie, insistant sur la mort certaine qui la guette si Tissot ne l'aide pas : « Si je n'étais pas soutenue par l'espérance que vous viendrez à mon secours, je m'abandonnerais entièrement à ma cruelle destinée, qui je crois, finirait bientôt »²⁴⁹⁴. Les malades prient, à proprement parler, Tissot de leur venir en aide : un certain Jean Frédéric Borel, homme de lettres de 21 ans, achève ainsi son mémoire de consultation sur cette prière : « Monsieur, je veux vous prier, s'il vous plaît, avec l'aide du Seigneur, de me donner tout le soulagement possible »²⁴⁹⁵. D'autres promettent encore de se soumettre à toutes les exigences du praticien et de suivre au plus près ses conseils. C'est le cas de Mme de Meysler de Verthamon, qui écrit à Tissot pour résoudre un problème de fécondité. Elle débute son courrier par un éloge en règle du praticien :

[J]e crois Monsieur, ne pas vous apprendre que la réputation de vos talents supérieurs dans l'art que vous professés avec tant de succès ; l'ont répandue dans toute l'Europe, elle a frappé mes oreilles dès mon plus bas âge, j'ai toujours lu vos ouvrages avec admiration, et j'ai la plus grande vénération pour vos lumières, avec tout cela vous imaginerai aisément jusqu'où va ma confiance en vous Monsieur. J'ai tant ouï vanter votre amour pour l'espèce humaine que je prie que vous voudrai bien m'en donner une preuve, en venant à mon secours par vos conseils, que je suivrai aveuglément, étant persuadée que si quelqu'un peut me guérir de mes incommodités C'est vous²⁴⁹⁶.

Et le clôt finalement par ses mots : « Si vous avés la bonté de vous occuper de moy, Monsieur, soyez persuadé que ma reconnaissance sera infinie et que je ne négligerai rien pour vous en donner des preuves »²⁴⁹⁷. La confiance absolue que les malades expriment à

²⁴⁹² BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.26, Le Mans, 12 août 1772, p. 01.

²⁴⁹³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.26, Bavière, 14 mai 1774, p. 08.

²⁴⁹⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/146.01.01.02, Bar, 25 octobre 1783, p. 01.

²⁴⁹⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.01.06, Mont de Couvet, 4 mai 1767, p. 03.

²⁴⁹⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.01.06, Bordeaux 6 janvier 1777, p. 01.

²⁴⁹⁷ *Ibid.*, p. 04.

Tissot peut même prendre la forme d'une adoration quasi divine, surtout lorsqu'un homme d'Église envisage de faire de la parole du médecin sa règle de vie, à l'instar de l'Abbé de St-Veran qui promet de suivre avec « docilité » l'avis de Tissot avant d'ajouter :

Je suis resolu de me regler desormais sur le sentiment d'un homme qu'un heureux genie a elevé au dessus des anciens prejugués. C'est dans cette vue que je prens la liberté de recourir à vos lumieres pour qu'elles soient desormais la regle de ma maniere de vivre²⁴⁹⁸.

Enfin, le dernier biais d'entrée en relation avec Tissot est la référence à ses ouvrages. Nombreux sont les malades qui ont eu connaissance des publications du médecin lausannois²⁴⁹⁹. Nous retrouvons donc régulièrement leur mention dans les éloges, à l'image de celui de Madame de Meysler de Verthamon, ou dans les recommandations que font valoir les malades²⁵⁰⁰. Mais c'est également la formulation même du récit qui porte la trace de ces lectures. Les correspondants de Tissot organisent en effet, pour la plupart, que ce soit explicite ou non, leur récit en fonction du questionnaire rédigé par le praticien dans son *Avis au peuple sur sa santé* présentant les « questions aux quelles il est *absolument nécessaire* de savoir répondre quand on va consulter à médecin »²⁵⁰¹. Monsieur Lecoutre reprend ainsi, ce canevas narratif dans la description des maux de son épouse, dans le but, explicitement énoncé de s'attirer les faveurs de Tissot :

C'est dans l'espoir, monsieur que vous voudrés bien faire quelques réflexions sérieuses sur son état et m'indiquer les moyens de lui procurer dès à présent quelque soulagement et d'opérer par la suite son entière guérison que je vais vous faire autant qu'il me sera possible et d'après votre indication dans l'avis au peuple, un détail de sa naissance, des progrès et des suites de sa maladie jusqu'à présent²⁵⁰².

Toutes ces stratégies, loin de témoigner d'une soumission du malade au médecin selon une image anachronique du patient, participent au contraire d'une démarche de négociation habile de la part des correspondants de Tissot qui, pour la majorité, se jouent des normes médicales, non seulement, nous l'avons vu, théoriques, mais également pratiques. Les récits des malades de Tissot témoignent de la construction progressive d'un accord entre le médecin et ses malades, d'une forme de « contrat »²⁵⁰³ dont Gianna Pomata a montré l'importance dans la relation médicale telle qu'elle se constitue dans l'Europe moderne.

²⁴⁹⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.35, s.l., s.d., p. 04.

²⁴⁹⁹ 53 références à l'*Avis au peuple sur santé*, 37 à l'*Onanisme*, 16 au *Traité des nerfs*, 14 à *La santé des gens de lettres*, 14 au *Traité sur l'épilepsie*, 7 à l'*Essai sur les maladies des gens du monde*, 3 à *Epistolae medico-practicae*, 2 à l'*Inoculation justifiée*, 1 à la *Dissertatio de febribus biliosis*, 1 à l'*Essai sur les moyens de perfectionner les études de médecine*, 1 à la *Lettre à M. Zimmermann sur l'épidémie courante* et à la *seconde lettre à M. Zimmermann sur l'épidémie de 1766*, sans compter les 82 références implicites à des ouvrages du praticien lausannois.

²⁵⁰⁰ M. Amédée Boissière. BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.07.02, Sèves, 3 janvier 1793, p. 01. La pratique de la recommandation, sur laquelle nous reviendrons, été un usage commun de la lettre au XVIII^e siècle.

²⁵⁰¹ Tissot, S.A., 1761, *op. cit.*, p. XL-XLIV, nous soulignons.

²⁵⁰² BCUL, FT, IS/3784/II/131.01, pp. 69-71, Bordeaux, 13 décembre 1774, p. 01.

²⁵⁰³ « agreement for a cure ». Pomata, G., 1994, *La promessa di guarigione: malati e curatori in antico regime, Bologna, secoli XVI-XVIII*, Rome-Bari, Laterza ; *Contracting a cure, Patients, Healers and the Law in Early Modern Bologna*, Baltimore-London, The Johns Hopkins University Press, 1998.

La négociation du malade

Le mémoire que Monsieur Gayot écrit à Tissot en septembre 1779 est très représentatif des techniques d'adhérence / résistance²⁵⁰⁴ que les malades déploient à l'égard des normes de la relation médicale afin de s'y assurer une place qui leur convient. Après avoir exprimé les éloges de rigueur, son auteur précise d'emblée qu'il va suivre les recommandations du médecin lausannois : « Pour vous détailler ma maladie je tiens a la main l'avis au peuple, d'après lequel je vais répondre aux questions que vous faite au lecteur », mais il s'empresse d'ajouter « après avoir préliminairement décrit ma situation générale »²⁵⁰⁵. Il commence donc par décrire dans le détail ses différents symptômes qui semblent tous liés à sa « plus grande incommodité qui est une difficulté douloureuse en parlant »²⁵⁰⁶. Il explique ensuite qu'à son avis, cette difficulté à parler est « occasionnée par une lympe epaissie qui empâte les cordes vocales et que rien ne peut détruire »²⁵⁰⁷. Il raconte avoir fait du lait sa seule nourriture pendant deux ans, avant d'en arrêter l'usage, et de s'être appliqué de l'« écorce de Garou appelé communément saint bois »²⁵⁰⁸, mais sans résultats. Il décrit alors sa conduite et sa sensibilité, puis en vient au questionnaire de l'avis auquel il apporte seulement cinq réponses, avant d'énumérer une longue liste de médecins auxquels il a eu recours, mais qui ne l'ont pas compris. Il aborde ensuite sa sexualité, revient sur quelques maux de son passé, avant d'exprimer sa demande à Tissot avec précision et de manière quelque peu directive :

Daignés monsieur lire ma lettre et réfléchir son mon état. Vous voyés qu'il n'est question a présent que de me faire parler sans efforts sans douleur, de détendre les nerfs du col et ceux qui passent du bras a dessous la mamelle, faire prendre nourriture a une peau seche et graveuleuse, détruire le principe des vents et faire cesser le tremblement que j'éprouve a l'aprophe d'une femme²⁵⁰⁹.

Suite à ce récapitulatif exigeant de ses attentes, il prend le temps et la liberté de présenter une critique à Tissot avec une pointe d'ironie qui tranche avec la révérence du début de son courrier :

[V]ous dites dans l'avis au peuple que toutte maladie qui ne guérit pas fait des progres journaliers j'invoque ici la raison des contraires parce que je suis moins malade qu'il y a 9 années, mais si les progrès en bien allaient toujours aussi lentement, j'attraperoi l'âge de 100 ans avant d'être parfaitement rétabli²⁵¹⁰.

²⁵⁰⁴ Sur l'interaction de ces deux notions eu égard à la normativité, nous nous permettons de renvoyer à notre article Klein, A., 2010c, « *Se jouer des corps pour se parer de liberté*. Du bijou contemporain comme espace de normativité », *.dpi*, 17 « adhérence : résistance visqueuse », [en ligne consulté le 10 mars 2010] <http://dpi.studioxx.org/demo/?q=fr/no/17/se-jouer-des-corps-pour-se-parer-liberte-par-Alexandre-Klein>.

²⁵⁰⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.01.09, Paris, 14 septembre 1779, p. 01.

²⁵⁰⁶ *Ibid.*, p. 01.

²⁵⁰⁷ *Ibid.*

²⁵⁰⁸ *Ibid.*

²⁵⁰⁹ *Ibid.*, p. 04.

²⁵¹⁰ *Ibid.*

Il ajoute espérer devoir à Tissot le reste des beaux jours de sa jeunesse et le prie finalement de « vouloir bien garder la présente soigneusement pour y avoir recours [s'il se] trouverois encore dans le nécessité de [le] consulter »²⁵¹¹.

Cet exemple nous laisse entrevoir l'« autorité narrative »²⁵¹² du malade dans les correspondances adressées à Tissot, si l'on entend sous ce terme les modalités d'adhésion au récit produites par la subjectivité du narrateur. Monsieur Gayot est aux commandes de la consultation, dans le sens où il présente des demandes particulières eu égard au diagnostic autant qu'au traitement. Or, loin d'être une exception, ce type de demande à la fois précise et exigeante est légion dans le fonds Tissot²⁵¹³. Élie de Beaumont résume, dans une lettre d'introduction du 9 juin 1776, le propos du mémoire qui l'accompagne en ces termes :

Je vous supplie instamment, Monsieur, de considerer que mon existence est attachée à votre reponse et en consequence de vouloir bien m'en faire une bien meditée, bien detaillée, relative aux trois objets, et que je puisse recevoir dans le commencement de juillet²⁵¹⁴.

Les demandes spécifiques des malades, très diverses dans leur forme et leur contenu, ont pour constante de rendre compte d'une tentative d'introduction de leur autonomie dans la relation médicale. Elles engagent un jeu entre les scripteurs et le destinataire au sein duquel se négocie le diagnostic autant que le traitement et où se noue finalement la répartition de l'autorité narrative entre les différents acteurs.

La négociation du sens de la maladie

Gianna Pomata avait mis en lumière, dans son étude des archives du Collège de médecine de Bologne, le contrat qui caractérisait la relation médicale au siècle des Lumières en insistant sur la primauté de l'avis du malade dans la qualification de la maladie : « illness was defined entirely according to the patient's bodily self-perception »²⁵¹⁵. La représentation que le malade s'est constituée par l'appropriation et la superposition éclectique des savoirs médicaux de son époque, et qui constitue le propos même des courriers de consultation, est en effet au cœur de la négociation avec Tissot.

Pour exemple, le lieutenant Roussy²⁵¹⁶, dont nous avons suivi précédemment la tentative de guérison de sa cuisse qui dura plus de vingt ans, est si persuadé de l'interprétation de son mal qu'il a forgée au fil des années et des consultations qu'il n'hésite pas, pour finir sa lettre à littéralement l'imposer à Tissot. Se demandant si Tissot ne souhaitera pas ausculter « du doigt et de l'œil » sa cuisse malade, il lui assure que c'est inutile et qu'elle n'est en rien différente de la cuisse saine : « j'ai l'honneur de vous répéter que cette partie est entièrement conforme à l'autre et que tous les gens de l'art qui l'ont examinée n'y ont pas

²⁵¹¹ *Ibid.*

²⁵¹² Nous pensons notamment aux travaux récents de Frances Fortier et Andrée Mercier, dont Fortier, F., Mercier, A., 2010, « L'autorité narrative en question dans le roman contemporain. Enjeux théoriques et esthétiques d'une notion » Bouju, E., (dir.), 2010, *L'autorité en littérature*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 109-120 et Fortier, F., Mercier, A., 2006, « L'autorité narrative dans le roman contemporain. Exploitations et redéfinitions », *Protée*, 34, n^{os} 2-3, p. 139-152.

²⁵¹³ Pilloud, S., 2008, *op. cit.*, notamment, p. 23-26, 205-214 et dans une moindre mesure, p. 340-368.

²⁵¹⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.04.11, Paris, 9 juin 1776, p. 01.

²⁵¹⁵ Pomata, G., 1994, *op. cit.*, p. 28.

²⁵¹⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.05.23, Paris, 10 juin 1774.

trouvé la moindre différence »²⁵¹⁷. Il poursuit en présentant son interprétation de la maladie dont il souffre, convaincu que les remèdes dont il a usé furent inutiles puisqu'ils ne pouvaient atteindre la cause qui est « certainement que le siège du mal se trouve très charnue et très profonde puisqu'il est dans l'emboîtement de la cuisse »²⁵¹⁸. Il concède finalement à Tissot qu'il pourrait par un examen attentif apercevoir dans cette cuisse quelques différences que d'autres n'auraient pas vues et lui assure donc qu'il fera tout ce que Tissot lui conseillera, car dit-il, « l'opinion, que j'ay conçue de vous m'inspire la plus grande confiance et fait naître dans mon cœur des esperances que je n'avais pas encore osé concevoir »²⁵¹⁹. Ce type de tentative pour convaincre le soignant du sens à attribuer à la maladie n'est pas rare. Souvent d'ailleurs, les malades prennent dès le départ la propre compréhension de leurs maux pour acquise et s'adresse alors simplement à Tissot pour confirmation ou pour envisager des traitements qui puissent répondre au « diagnostic » qu'ils ont réalisé.

M. Jaquet, ancien conseiller d'État de Genève qui a déjà consulté Tissot en 1769 pour des faiblesses aux jambes, lui écrit en 1774 pour des pollutions. Pour accompagner le mémoire où il présente avec détail les tenants et les aboutissants de cette incommodité, il joint une lettre d'introduction où il expose clairement sa demande de se voir confirmer dans ses interprétations :

[J]'ai l'honneur de vous écrire avec toute la confiance due à vos lumieres, et à votre réputation, *j'ai pensé que vous approuveriez la consultation cy-joint*, et très détaillée de mon infirmité, de ses effets, des remedes et du regime que j'ai employé jusques à ce jour ; si ces details vous paroissent minutieux, vous les recevrez avec complaisance d'une personne affectée de sa situation actuelle et de ses craintes pour l'avenir²⁵²⁰.

Il faut souligner que le malade a fondé son analyse sur plusieurs des ouvrages de Tissot et notamment sur le *Traité sur l'Onanisme* dans lequel il dit avoir trouvé le cas dans lequel il se trouve²⁵²¹. Mais d'autres affirment avec une même conviction leur interprétation sans qu'elle se fonde sur quelque discours de Tissot que ce soit.

Monsieur Puihabilié, cet avocat dont nous avons vu qu'il décrivait sa maladie comme d'une « espèce nouvelle particulière »²⁵²², écrit à Tissot en août 1770 pour lui faire le récit de ces maux qui sont plus ceux « de l'esprit que ceux du corps »²⁵²³ puisque leurs effets se font sentir surtout sur la perception, la mémoire et l'entendement. Il raconte son enfance, semblable à celle des autres enfants, puis les exhortations de son père à adopter la « laborieuse »²⁵²⁴ profession d'avocat, que son géniteur avait exercée mais qui n'était peut-être pas, du propre aveu du malade, celle qui lui convenait. Il décrit ensuite longuement ses symptômes :

²⁵¹⁷ *Ibid.*, p. 10.

²⁵¹⁸ *Ibid.*

²⁵¹⁹ *Ibid.*, p. 11.

²⁵²⁰ IS/3784/II/144.02.05.12, Châtelein, 13 novembre 1774, p. 02. Nous soulignons.

²⁵²¹ *Ibid.*

²⁵²² BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.05.18, Bordeaux, 21 août 1770, p. 01.

²⁵²³ *Ibid.*

²⁵²⁴ *Ibid.*, p. 02.

De trente jours dont est composé le mois, je pense qu'il en est environ dix-huit ou vingt où j'exerce librement toutes les fonctions de mon esprit: la conception, le jugement, l'imagination, la mémoire ; j'entre avec facilité dans les affaires même les plus épineuses ; [...] je les discute avec netteté, et comme il est pour moy toujours question d'écrire, parce que je ne vais plus au barreau, d'où, par prudence, je me suis retiré de bonne heure, je jette sans nulle peine mes réflexions sur le papier, et je sens qu'une certaine chaleur, que j'appellerois volontiers verve, sans être pourtant poète, conduit et anime ma plume. Mais quel affreux envers de cette médaille! Par tems, et toujours lorsque j'y pense le moins, je me sens arrêté tout à coup dans ma course ; je ne conçois, je n'entens plus, pour ainsi dire. Ce qui étoit aisé à mes yeux devient pour moy d'une difficulté sans égale ; c'est une obscurité et un embarras dans les idées, une sécheresse d'imagination²⁵²⁵.

Les douleurs résultant de cet état sont nombreuses et les tentatives du malade pour se divertir de cette situation d'inquiétude et de chagrin sont restées vaines. Il achève sa longue missive en demandant à Tissot, qui aura, dit-il, reconnu par ses traits qu'il est « un mélancholique, que la bile travaille à l'excès »²⁵²⁶, une solution à cette maladie :

Quel pourroit être le remède à son mal ? Quelle espèce de régime lui conviendrait le mieux ? L'usage du café, qui est réputé pour fouetter le sang et aiguïser les esprits, lui seroit-il utile ? A quelles heures, en quelle dose, avec quel assaisonnement faudroit-il le prendre ? [...] 1) le lait, que j'aime beaucoup par parenthèse, m'est-il favorable ou contraire ? 2) l'usage du poisson m'est-il bon ? Je n'en mange d'ordinaire que les jours d'abstinence que l'Eglise commande ; 3) dois-je continuer à mêler mon vin avec beaucoup d'eau ? 4) l'équitation ou tout autre exercice vous paroît-il convenable à mon mal, et dans quel tems faudroit-il le prendre ?²⁵²⁷.

Ayant, pour beaucoup, constitué une représentation et une compréhension propres de leur maladie, par le recours à d'autres soignants, à des lectures, à des conseils divers ou à leur expérience, les malades de Tissot limitent souvent leur demande à des traitements spécifiques pouvant correspondre au diagnostic ainsi réalisé de leurs maux.

Monsieur Gaspary, l'horloger dont nous avons déjà parlé, est de ces malades qui écrivent à Tissot avec une certaine idée de leur maladie. Dès la lettre d'introduction qui accompagne son mémoire de consultation, il propose une lecture de sa constitution : « Si je ne me trompe pas sur mon tempérament, je pense qu'il est acrimonieux et que le genre nerveux est beaucoup trop tendre chez moy »²⁵²⁸. Il interroge ensuite Tissot sur la pertinence des bains dans son cas, et sur les voyages. Le malade doit en faire beaucoup et attend d'avoir l'avis de Tissot quant à son tempérament et à sa constitution afin de se fixer dans une ville qui puisse être favorable tant à ses affaires qu'à sa nature. Dans le mémoire qui accompagne ce courrier, il apporte de nombreuses précisions sur son enfance, sur les difficultés respiratoires qu'il partage avec d'autres membres de sa famille, précise les symptômes et les causes qui semblent accentuer cette condition, puis raconte ses différents

²⁵²⁵ *Ibid.*, p. 03-04.

²⁵²⁶ Tissot notera simplement sur le courrier « Hipocondrie », *Ibid.*, p. 05.

²⁵²⁷ *Ibid.*, p. 06-07.

²⁵²⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.04, Paris, 20 mai 1773, p. 01.

voyages, les affections dont il a souffert au cours de ceux-ci et comment il s'est soigné, souvent seul. Il en vient à la douleur intercostale qui l'inquiète en ce moment et, après en avoir décrit les apparitions et les traitements utilisés, il émet des hypothèses quant à sa cause :

Je pense Monsieur pourroit ne provenir que d'un engorgement dans les vaisseaux du foy, ocasioné par un amas de bile, et peut-etre par une humeur rhumatissante et par l'acrimonie et tenassité de la lympe. [...] Il me reste a vous observer que j'ay toujours depuis 4 ans de mon naufrage une espece de diabet ou d'incontinence d'urine, cette indisposition peut provenir en partie de la quantité d'eau que je me suis habitué à boire pour détremper la masse du sang épaissie chez moy²⁵²⁹.

Il demande finalement à Tissot de confirmer ces hypothèses :

Je viens Monsieur avec la plus grande confiance fondée sur vos talents et votre reputation, vous prier de me dire ce qu'est cette douleur, si je ne me trompe pas sur mon tempérament, les causes de la trop grande abondance des urines et autres petites indispositions centenués dans ce mémoire et les moyens d'y apporter un prompt remedes et me donner aussi votre conseil sur ma façon de vivre pour corriger le vice de ma constitution²⁵³⁰.

Cette négociation du sens de la maladie apparaît plus clairement encore dans les dossiers de malades, constitués de courriers successifs, ainsi que nous allons le voir avec le cas de Monsieur Didier. Ce malade adresse un premier courrier à Tissot le 18 juillet 1775 pour lui exposer sa situation : il est un jeune homme de 29 ans « contre lequel il semble la fortune et la nature d'un commun accord aient conspire à rendre le plus malheureux des hommes »²⁵³¹. Il jouissait de la « santé la plus parfaite en apparence, dormant bien, bon appetits, ne souffrant point, gaie, bon teint, l'œil vif »²⁵³² jusqu'à ce qu'une maladie épidermique, apparue il y a 6 ans, attaque tellement son genre nerveux qu'il en perde la parole, la vue et l'usage des mains. Il pense que cette infirmité a peut-être d'autres causes, mais n'ayant jamais abusé ni des femmes ni du vin, il se demande si la grande faiblesse qu'il éprouvait déjà avant cet épisode n'a pas été causée par la masturbation qui est arrivée au même moment. Il s'interroge également sur le rôle de l'hérédité dans son mal, car parmi ses frères et sœurs, il y a une « fille née faible d'esprit ; un frere qui espère que non, et les deux autres filles qui s'en ressentent »²⁵³³. Tissot note sur le courrier « Paralysie après fièvre », ajoutant dans le coin opposé : « faiblesse native a facilité le défaut de la fièvre ; tout le genre nerveux a faibli ; 1° eaux de Bourbonne pendant 3 mois, 2° mercure doux et kermes, 3° bouillon de kermes. Mr Petit lui avait déjà conseillé les eaux de Bourbonne, et fait apliquer un cautère dont il se trouvait bien »²⁵³⁴.

Quelques temps plus tard, Monsieur Didier adresse une autre lettre à Tissot pour lui faire part de ses « faibles reflexions »²⁵³⁵ au sujet de sa maladie, dont l'intérêt en terme de négociation nous invite à en retranscrire une grande partie :

²⁵²⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.05, Paris, 18 mai 1773, p. 07.

²⁵³⁰ *Ibid.*

²⁵³¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.06.20, Lausanne, 18 juillet 1775, p.01.

²⁵³² *Ibid.*, p. 02.

²⁵³³ *Ibid.*, p. 03.

²⁵³⁴ *Ibid.*, p. 1.

²⁵³⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.06.21, s.l., s.d., p. 01.

Ce n'est point que je pretende nullement vous contredire, ce seroit mêler l'impudence à l'ignorance, pardon Monsieur, voici ce que je pense, rien de plus certain qu'il y eut déjà faiblesse et retraction dans les nerfs avant la maladie qui s'augmente l'une et l'autre, vous admettre un dépôt, quelle place occupe [t'] il, je l'ignore, vous ne m'assurez [pas] si [vous] ne me faites connaître l'origine de mon mal, car je pense qu'il est impossible d'en pouvoir pretendre la cure si on n'en détruit le principe, qu'est-ce donc qui occasionne cette retraction, pourquoi cette confusion dans les idées, [...] cette abondance de sang à la tête [...] pourquoi tant de [illisible] à la tête, l'œil si vif, tant de chaleur au cerveau que je ne crache ni ne mouche, tandis que toute les autres parties du corps cette difficulté dans les autres parties du corps, manquant de ce que la tête à de trop, pourquoi par exemple lorsque le temps le détend il me semble que j'ai au gosier un morceau qui ne peut se détacher, ce que j'attribue à une humeur visqueuse qui peut être une pituite deregulée, cette humeur, si vous l'adopter avec moi, occupant une certaine place à la tête s'accroissant de jour en jour put déranger le cerveau, y attaquer la [route ?] des nerfs, qui par conséquent portent la distribution des esprits en peu de jour, et la circulation du sang se fait imparfaitement, ainsi [...] cette humeur visqueuse si vous l'admettre avec moi, quelque place qu'elle occupe, peut troubler les organes et causer ce que j'endure, si je pouvais faire l'ouverture de ma tête comme d'un melon je gage qu'on l'y trouvera. Je ne sais si je me trompe, pardonne moi Monsieur, il en est d'un malade comme il en est d'un malade de même qu'un prisonnier ; l'imagination travaille souvent à lui faire susciter de grandes choses, faites moi la grace de faire attention à ceci²⁵³⁶.

Tout admettant qu'il peut se tromper, Monsieur Didier insiste ici auprès de Tissot sur un autre sens possible à donner à sa maladie. Il est persuadé de la justesse de son interprétation et tente donc de la négocier avec Tissot en l'invitant à prendre en compte ses commentaires relatifs à l'humeur visqueuse qu'il pense être en cause dans son mal. Cette recherche de sens, mis en débat avec le médecin lausannois, n'empêche d'ailleurs en rien le malade de suivre avec rigueur les traitements prescrits comme l'explique une troisième lettre qui nous est parvenue. Écrite depuis Bourbonne-les-Bains où Monsieur Didier suit une cure thermale selon les indications du premier courrier, cette dernière missive²⁵³⁷ montre que la négociation de sens n'implique en rien la non-observance des soins, ni même un manque de confiance. Au contraire, le malade rapporte même que le médecin local, un certain Monsieur Juvet, s'est étonné de la fréquence des bains prescrite par Tissot, trouvant qu'il s'agissait là d'un exercice pénible, et a tenté de convaincre le malade de réduire les doses. Mais ce dernier a décidé d'appliquer à la lettre les recommandations du praticien de Lausanne (« je lui ai laissé dire et j'ai voulu suivre votre ordonnance de point en point »²⁵³⁸) et s'en est trouvé très bien, au grand étonnement des gens du lieu :

Les medecins de ce pays font des eaux une selle à tous chevaux ; ils les administrent à tous de la même façon, une heure c'est le plus, et un quart d'heure de douche. Je ne me raporte donc plus à eux, ma confiance est en

²⁵³⁶ *Ibid.*, p. 01-03.

²⁵³⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.06.22, Bourbonnes-les-bains, 1^{er} octobre 1775.

²⁵³⁸ *Ibid.*, p. 01.

vous seul, Monsieur, c'est pourquoi j'ose vous prier de me vouloir bien donner vous-même la direction nécessaire²⁵³⁹.

Même si nous ne possédons pas la réponse de Tissot à la deuxième lettre, force est de constater que le médecin et le malade sont parvenus à s'entendre sur le sens à donner à cette maladie, puisque dans la troisième missive, Monsieur Didier, qui énonce le peu de symptômes qui lui reste suite aux améliorations permises par les bains, évoque à nouveau, cette fois sans débat, l'humeur²⁵⁴⁰ qui était précédemment en question. Ainsi, un équilibre semble bien s'être établi entre les demandes de sens du malade et les recommandations de soins du médecin, chacun a fait siennes les demandes de l'autre et la relation a pu ainsi se poursuivre. L'autorité narrative a été partagée entre les correspondants de manière à ce que le système de représentation imposé par l'un s'accorde avec les objectifs pratiques du second.

Si ce dossier nous présente une situation dans laquelle un accord a été trouvé, la prédominance des représentations du malade est souvent cause de débat plus intense entre Tissot et ses malades, notamment à l'égard des traitements. Madame Pilet écrit par exemple en 1791 à Tissot pour lui faire part des avancées de sa condition suite à une ou plusieurs consultations qu'elle a eues avec lui (mais dont aucune trace ne nous est parvenue). Elle rapporte tout d'abord avoir suivi avec exactitude les prescriptions du médecin et pris tous les remèdes conseillés : elle s'est purgée, est allée aux bains, a fait usage de la tisane, des pilules et de la pommade²⁵⁴¹. Seulement, au bout d'une semaine, elle a dû tout interrompre, sans préciser pourquoi. Elle affirme qu'elle a, dès qu'elle l'a pu, recommencé les traitements : les purges d'abord, puis les bains, mais elle a finalement à nouveau arrêté ces derniers après en avoir effectué une douzaine. Quant aux autres remèdes, ils l'ont « beaucoup tourmentée »²⁵⁴² car ils ont engendrés des effets néfastes qui l'ont obligée à en discontinuer la prise. Elle rappelle que les bains l'ont vraiment soulagée, puis décrit ses maux « presque indéfinissables » : des douleurs violentes aux jambes, aux hanches, à tous les membres²⁵⁴³, des suffocations, des envies de rendre qui l'empêchent de garder une position unique pour le sommeil. Elle revient finalement sur la nature de sa maladie et propose une interprétation qui justifie, selon elle, de revenir sur l'ordonnance précédemment émise par Tissot²⁵⁴⁴ :

Je crois que ma maladie est en partie un rhumatisme ; dans ce cas, je crois que je ne pourrais gueres espérer de guérison ; j'ai beaucoup de vents aussi et je crois un dérangement de mère. Enfin, Monsieur, je vous supplie de voir si vous croyez qu'il me soit inutile de prendre des remèdes ou s'il est possible que je puisse être guérie²⁵⁴⁵.

Le suivi du traitement de Tissot est pour cette malade l'occasion d'affirmer à nouveau sa propre interprétation de sa maladie et donc d'en renégocier le sens avec son soignant par le biais d'une demande de réajustement de son jugement thérapeutique. Ce cas particulier nous présente un autre sujet récurrent de débat entre Tissot et ses patients : les remèdes.

²⁵³⁹ *Ibid.*, p. 02.

²⁵⁴⁰ *Ibid.*, p. 03.

²⁵⁴¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.02.17, Yverdon, 18 juillet 1797, p. 01.

²⁵⁴² *Ibid.*

²⁵⁴³ *Ibid.*, p. 02.

²⁵⁴⁴ Ordonnance qui a été jointe au courrier (*Ibid.*, p. 03), mais qui ne nous est pas parvenue.

²⁵⁴⁵ *Ibid.*, p. 02-03.

Sans nécessairement revenir sur le sens de la maladie co-construite dans l'échange épistolaire, beaucoup de scripteurs remettent en question les prescriptions de Tissot, affirmant, là encore, une forme d'autonomie et de pouvoir dans la relation médicale.

La négociation du traitement

La négociation des traitements est une constante de la relation médicale au XVIII^e siècle et est, de ce fait, très courante dans le fonds Tissot ainsi que l'a mis en évidence Michael Stolberg²⁵⁴⁶, bien qu'elle ne prenne pas toujours la forme d'une critique ou d'une remise en question. Les malades de Tissot s'interrogent, de manière diverse selon leur cas, sur les traitements. Le baron de Vigneulle, noble lorrain de 53 ans, se contente ainsi de proposer quelques traitements qui lui paraissent adaptés à ses maux. Ayant déjà rencontré Tissot à Lausanne quelques années auparavant et s'étant trouvé « si bien »²⁵⁴⁷ du régime alors prescrit, il consulte à nouveau pour les suites d'une fièvre bilieuse qu'il a subie quelques mois auparavant. Sans entrer dans les détails de cette affection, qui est largement décrite par son médecin dans le mémoire qui accompagne sa missive, il précise que sa poitrine s'est trouvée affaiblie et qu'il crache et tousse abondamment au point de ne pouvoir plus dormir, ni même s'alimenter correctement. Il parle également d'une fistule anale qui est apparue lors de sa convalescence et qui, bien qu'opérée il y a trois mois, guérit difficilement. Il requiert donc l'aide de Tissot « non pour [l]e guerir radicalement mais pour [l]e remettre au mesme for où [il était] avant cette malheureuse fièvre »²⁵⁴⁸. Il émet alors quelques hypothèses à l'égard d'un traitement favorable pour ses maux : « je crois que le lait d'ânesse ou de chèvre me conviendrait, coupé avec les eaux de Selser ou de Contrexeville, mais il faudrait que ma fistule fusse auparavant guerit afin que je puisse faire de l'exercice soit à pied ou mieux encore à cheval »²⁵⁴⁹. Il achève sa lettre en priant Tissot de lui répondre « tout de suite ».

Le chevalier de Soran s'adresse, lui, au médecin lausannois pour discuter des remèdes qu'il lui avait recommandés lors d'une précédente consultation physique à Lausanne concernant la « cruelle maladie »²⁵⁵⁰ qui le tourmente depuis son enfance. Après avoir exposé rapidement les événements qui ont eu lieu depuis sa dernière consultation (rien de moins que quatre « rechutes ») et décrit la manière dont il a suivi les prescriptions du praticien, il se permet « quelques réflexions » tout d'abord diagnostiques, puis relatives à son traitement. Il affirme tout d'abord que la chaleur est « un poison » pour lui, qu'elle fait le même effet sur sa bile que le feu sur l'eau²⁵⁵¹. Il constate ensuite que sa langue a tendance à blanchir et sa bouche à devenir « mauvaise » avant chaque rechute. Il précise enfin qu'il a fait usage de lavements d'eau et de vinaigre pendant ses attaques qui lui ont permis de rendre des matières glaireuses. Il interroge alors Tissot sur les suites à donner à son traitement :

²⁵⁴⁶ Stolberg, M., 1999, « La négociation du régime et de la thérapie dans la pratique médicale du XVIII^e siècle », Faure, O., (dir.), 1999, *Les thérapeutiques : savoirs et usages*, Oullins, Fondation Marcel Merieux, p. 357-368.

²⁵⁴⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.06.29, Rosières-aux-salines, 25 avril 1785, p. 01.

²⁵⁴⁸ *Ibid.*, p. 02.

²⁵⁴⁹ *Ibid.*, p. 02-03.

²⁵⁵⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.08.11, s.l., 17 octobre 1771, p. 01.

²⁵⁵¹ *Ibid.*, p. 02.

Je vous prie de me dire si le régime végétal accommodé au maigre ne peut pas augmenter le volume de la bile, et par cette raison, ajouter à son acrimonie, et si des farineux et de la viande blanche bouillie ou rotie ne conviendroient pas mieux. Que penseriez-vous de l'idée que j'ai d'interrompre mes gouttes, jusqu'au retour du printemps, et de vous demander quelque autre chose pour les remplacer? Le nombre en étoit quatre-vingt-dix par jour, soixante le matin, et le reste le soir, une heure avant le souper. J'ai encore le projet de prendre du lait d'ânesse au mois de may, ou le mois prochain. Je me souviens qu'il m'a réussi, cependant plutôt comme un palliatif que comme un remède sûr, pour arrêter pendant longtemps l'effervescence de mon sang. Vous m'avez parlé des eaux de Luxeul ; voudriez-vous que je les prisse l'année prochaine? [...] ayés la bonté de me prescrire ce que je dois faire²⁵⁵².

D'autres sont plus vindicatifs à l'égard des régimes et remèdes qu'ils doivent suivre. Ainsi, Mme de Chastenay adresse en novembre 1784 une lettre²⁵⁵³, accompagnée d'un mémoire de consultation²⁵⁵⁴, à Tissot où elle lui exprime avec verve de sévères reproches :

J'ai appris avec un extrême plaisir que vous ne m'avez pas totalement oubliée, j'aurais désiré l'apprendre par vous-même - et je vous aurais [illisible] un gré infini si vous avez été assés juste pour ne pas douter du plaisir que me font vos lettres – et si vous avez bien voulu ne pas calculer les miennes [avec] la même exatitute que l'on compte les visites avec les personnes dont on se soucie peu, je vous accuse donc, et j'en ai le droit, vous avez des torts réels et moi je n'en ai que d'apparents, vous avez pris mon excuse en aprenant mes maux de nerfs : depuis près de deux ans j'en suis tourmenté d'une manière insupportable [...] j'espérais trouver auprès de vous le soulagement que je cherchais en vain à Paris²⁵⁵⁵.

Suite à ces critiques, elle fait part de ses demandes, ou plus exactement de ses exigences :

[J]'ai besoin de vous, et un besoin essentiel, je mène la vie la plus malheureuse [...] donnez moi un moyen, prescrivez moi un régime ; raisonnez moi plus tôt [...] enfin mon ancien amy, intéressez vous à mes miseres²⁵⁵⁶.

La lettre suivante, envoyée le 15 décembre 1784, se veut plus diplomatique. La malade commence par remercier vivement Tissot pour l'ordonnance établie en réponse à son premier courrier :

[M]on ancien amy, vous etes mil fois trop bon d'avoir bien voulu vous ennuyer plusieurs fois de la lecture de mon très ennuyeux memoire [...] vous avez défini à merveille mon état [...] vous avez la bonté de me prescrire un régime que je suivrais exactement²⁵⁵⁷.

Mais cette bonne volonté ne dure pas très longtemps puisque dès la phrase suivante elle ajoute : « Mais je vous prévins que les bains en général me font plus tôt du mal que du

²⁵⁵² *Ibid.*, p. 02-03.

²⁵⁵³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.05.03, Chartres, 9 septembre-8 novembre 1784.

²⁵⁵⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.05.04, s.l., 8 novembre 1784

²⁵⁵⁵ *Ibid.*, p. 01.

²⁵⁵⁶ *Ibid.*, p. 02.

²⁵⁵⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.05.05, s.l., 15 décembre 1784, p. 01.

bien j'y ai d'ailleurs une grande répugnance laquelle tiens à ma maladie »²⁵⁵⁸. De toute façon, elle n'a pas de bains chez elle et, ainsi qu'elle l'explique ensuite, elle ne peut observer le degré de chaleur nécessaire. Cette « extrême répugnance » n'est que le début de sa plainte. Elle poursuit en s'attaquant à tous les autres remèdes recommandés : le bouillon qui atteint sa digestion et lui cause une « pesanteur extrême », d'autant plus qu'il apparaît mal préparé²⁵⁵⁹, les frictions qui ne peuvent être faites le matin au réveil car elle est « déjà fâchée d'être réveillée »²⁵⁶⁰, ou encore l'eau qu'elle a fait faire mais qui a été contaminé par un malheureux qui a fait tomber de l'acide vitriolique dans la préparation²⁵⁶¹ et qui contient, dans tous les cas, trop d'air fixe. Elle demande donc à Tissot de « mettre les points et les virgules » quand il lui donne des conseils pour sa santé²⁵⁶² et lui confirme qu'elle serait heureuse de le voir au printemps. Mais, ajoute-t-elle, « en attendant, et pour me donner du courage, indiqués moi je vous en prie, un moyen ou une potion à pouvoir portés toujours pour prendre au moment où il me prends une terreur »²⁵⁶³. Elle complète sa requête à son « très véritable amy »²⁵⁶⁴ en disant qu'en attendant sa prochaine lettre, qui ne doit pas attendre, elle ne prendra de l'ordonnance que le bouillon et les frictions le soir. Elle exige ensuite des précisions sur les bains en précisant les heures, les quantités et les ingrédients, sur le maigre, savoir s'il le défend ou sur le magnétisme, à propos duquel elle aimerait savoir ce que Tissot en pense. Elle n'oublie finalement pas de se plaindre de l'interdiction que le médecin lausannois a émis concernant du vin de Bourgogne ou Bordeaux aux repas : cette restriction lui cause bien du « chagrin » et elle ne compte donc pas la suivre jusqu'à « nouvel ordre »²⁵⁶⁵.

Cette malade, quelque peu excessive dans ses plaintes et ses requêtes, exemplifie néanmoins la marge de manœuvre à laquelle tous les malades ont, en pratique, accès et qui leur permet de maintenir l'autonomie acquise dans l'expérience de la maladie au sein de la relation de soin. Entre les techniques visant à forcer l'adhésion de Tissot et celles déployées par les malades pour correspondre à ses exigences potentielles ou effectives se jouent la liberté de l'expérience médicale. L'aspect coercitif des normes médicales étant moins important, du fait de l'absence de professionnalisation et de la présence d'une concurrence féroce, les normes des malades ont plus de champ pour s'affirmer, faisant ainsi peser la balance de l'autorité narrative du côté du patient.

Une dernière lettre, elle aussi originale nous allons le voir, nous permet de saisir avec plus de précisions l'interaction entre Tissot et l'une de ces malades à cet égard. Son auteure, Madame de Maraise, a en effet pris plusieurs jours pour écrire les 11 pages²⁵⁶⁶ de cette missive et a donc eu l'occasion d'y inclure des propos extraits de courriers de Tissot qu'elle avait reçus en cours de rédaction. Ce document inédit nous permet donc, entre autres choses, de nous approcher du dialogue originel que le fonds Tissot ne permet

²⁵⁵⁸ *Ibid.*

²⁵⁵⁹ *Ibid.*, p. 02.

²⁵⁶⁰ *Ibid.*

²⁵⁶¹ *Ibid.*, p. 02-03.

²⁵⁶² *Ibid.*, p. 03.

²⁵⁶³ *Ibid.*

²⁵⁶⁴ *Ibid.*, p. 04.

²⁵⁶⁵ *Ibid.*, p. 05.

²⁵⁶⁶ Le document est une sorte de journal, de cahier, dont seules 10 pages sont écrites et dont la couverture contient seulement le nom de la malade écrit par Tissot.

qu'occasionnellement de saisir. Cette longue lettre datée de 1784²⁵⁶⁷, qui sert d'introduction au mémoire de Madame de Goubert²⁵⁶⁸, n'est pas directement consacrée à la santé de Mme de Maraise, bien qu'elle l'aborde dans les derniers feuillets. L'auteur y traite en fait de nombreux sujets rendant l'ensemble assez difficile à lire, la clarté du document étant, de plus, matériellement altérée par de nombreux ajouts apportés par son auteure dans la marge des pages ou entre les lignes des propos déjà rédigés. Mais le point qui fait ici sens se trouve dans deux courtes phrases des pages 7 et 8 où l'on peut apercevoir la relation qui se tisse entre Tissot et cette malade. Cette dernière rapporte tout d'abord les conseils donnés par Tissot dans une lettre du 18 juillet 1780 : « Plus de peines d'âme, ni de grossesse. Ces deux circonstances opereroient plus de mauvais effets que les remedes n'en pourroient réparer »²⁵⁶⁹. Elle se rapporte ensuite à une autre missive du praticien, envoyée le 28 mai 1781, faisant notamment part d'« un reproche infiniment aimable » qu'il lui faisait à propos de son silence sur sa santé. Elle poursuit en affirmant qu'elle n'a pas eu le même plaisir d'apprendre que le duc de Toscane avait réussi à attirer Tissot chez lui et qu'elle regrette grandement de n'avoir pu, elle aussi, le rencontrer à la fin de 1782. Elle demande alors « Pourquoi cet espoir a-t-il été déçu ? Donner nous donc au moins quelques bonnes raisons, s'il en est qui puisse nous dédommager. Je n'en connois point qui puissent vous obtenir quittance »²⁵⁷⁰. Suite à ce reproche, elle fait référence à une autre lettre de Tissot, datée du 28 août 1781, où celui-ci la « grondait » pour avoir oublié le premier de ses conseils²⁵⁷¹.

Ce récit de quelques échanges, brièvement retranscrits par l'auteure de la lettre, loin d'être anecdotique, nous éclaire sur le type de rapport que pouvait entretenir Tissot avec ses malades et particulièrement sur l'interaction des autorités narratives propres à chacun des correspondants. Par ce court échange, nous accédons de manière indirecte à l'organisation de la relation médicale, puisque nous pouvons percevoir la manière dont s'articulaient les rapports de pouvoirs et d'autorité entre Tissot et sa malade. Nous voyons se dessiner ce que François Flahaut a nommé le « rapport de place » entre le scripteur et son destinataire.

Le rapport de place dans les consultations médicales

En 1978, dans son ouvrage *La parole intermédiaire*, François Flahaut s'attachait à décrire l'homme parlant comme « un sujet dialectiquement libre et contraint », selon l'expression de son préfacier Roland Barthes. Souhaitant répondre à la question « que se passe-t-il quand des gens parlent, qu'est-ce qui est en jeu lorsque nous parlons ? », il proposait une analyse sémiologique du langage envisagée sous l'angle pragmatique de l'inscription des sujets dans l'espace de leur propre réalisation. Il se fixait pour objectif la description du sujet conscient et la détermination de la consistance de la subjectivité consciente et proposait pour ce faire le concept de « rapport de place ». Relisant les travaux

²⁵⁶⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.02.04, Paris, 18 mai 1784.

²⁵⁶⁸ Ainsi que l'ont mis en lumière Séverine Pilloud et Micheline Louis-Courvoisier par recoupement de documents.

²⁵⁶⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.02.04, Paris, 18 mai 1784, p. 07.

²⁵⁷⁰ *Ibid.*, p. 08.

²⁵⁷¹ *Ibid.*

sur la performativité du langage de John Austin (1911-1960)²⁵⁷² et John Searle²⁵⁷³, il définissait l'acte illocutoire comme cette parole « qui loin de se réduire à un simple moyen de communiquer ou d'informer, est demande de reconnaissance par le truchement d'une action entreprise à la fois sur ma propre identité et sur celle de l'autre »²⁵⁷⁴. La parole est à l'*intermédiaire* entre la fonction de connaissance et la fonction de reconnaissance du langage : « Il n'est pas de parole qui ne soit émise d'une place et convoque son interlocuteur à une place corrélatrice »²⁵⁷⁵. Autrement dit, dans chaque énonciation s'opère, ou plutôt se consacre, la mise en place d'un certain rapport entre le sujet énonciateur et l'interlocuteur ; rapport tel qu'il définit un espace dans lequel s'affirme l'identité de chacun des acteurs de l'échange langagier. La parole est une demande de reconnaissance d'un certain rapport qui implique une identité propre pour le sujet parlant : « Dans l'énonciation, un sujet, en produisant sa parole, selon quelque discours que ce soit, demande à ses interlocuteurs de le reconnaître, lui, dans le rapport à la complétude qu'il prétend »²⁵⁷⁶. Le sujet parlant est toujours pris dans un système de positions qui engage son identité, et sa parole convoque dès lors son interlocuteur à une place corrélatrice. Cette distribution des places est en grande partie tributaire du contexte socioculturel mais également du cadre générique dans lequel se déploie l'échange. Que les actes illocutoires soient explicites ou implicites, l'interaction langagière est toujours détermination d'identités et de rapports intersubjectifs. À l'interaction de ces deux critères se dessinent, selon Flahaut, deux types de rapports de place l'un compatible, dans lequel chacun se trouve situé à une place telle qu'il y « trouve son compte »²⁵⁷⁷ et l'autre incompatible, où ce n'est pas le cas.

Ce cadre théorique, que Flahaut développa pour les interactions verbales, s'applique parfaitement aux discours écrits et particulièrement à l'épistolaire, ainsi que l'ont montré Jürgen Siess et Séverine Hutin et leurs collègues²⁵⁷⁸. Comme dialogue à distance temporelle et spatiale, la correspondance participe elle aussi de la mise en place de rapports identitaires. Nous pouvons même dire, avec Anna Jaubert, que c'est l'édification du rapport de place qui détermine l'existence de la correspondance : « la viabilité de l'interaction épistolaire suppose la complémentarité des places projetées, et la complémentarité elle-même suppose que le rêve de l'un soit monnayable pour l'autre »²⁵⁷⁹. Madame Laborer-Despens nous en donne un exemple parfait : dans le courrier qu'elle adresse à Tissot le 28 octobre 1771, elle affirme qu'elle avait cessé de lui écrire parce que le praticien lausannois lui avait paru excédé dans ses précédents courriers²⁵⁸⁰. L'établissement d'un rapport de place compatible est bien au cœur du processus de la consultation médicale et offre, à ce titre, un nouveau regard sur la négociation qui s'opère entre Tissot et ses malades et, plus

²⁵⁷² Austin, J., 1962, *How to do things with Words: The William James Lectures delivered at Harvard University in 1955*, Oxford, Editions Urmson, *Quand dire c'est faire*, Éditions du Seuil, Paris, 1970, trad. fr. G. Lane.

²⁵⁷³ Searle, J., 1969, *Speech Acts: An Essay in the Philosophy of Language*, Cambridge, Cambridge University Press, *Les Actes de langage : Essai de philosophie linguistique*, Paris, Hermann, 1972, trad. fr. H. Pauchard.

²⁵⁷⁴ Flahaut, F., 1978, *La parole intermédiaire*, Paris, Seuil, p. 70.

²⁵⁷⁵ *Ibid.*, p. 58.

²⁵⁷⁶ *Ibid.*, p. 97.

²⁵⁷⁷ *Ibid.*, p. 52.

²⁵⁷⁸ Siess, J., Hutin, S., (dir.), 2005, « Le rapport de place dans l'épistolaire », *Semen. Revue de sémiolinguistique des textes et discours*, 20.

²⁵⁷⁹ Jaubert, A., 2005, « Négociations de la mise en place et stratégies de l'idéalisation », Siess, J., Hutin, S., 2005, *op. cit.*, p. 65-82, [En ligne, consulté le 13 septembre 2012], <http://semen.revues.org/2032>.

²⁵⁸⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.08.01, Saint-Sever, 28 octobre 1771, p. 01.

généralement, sur la relation médicale. L'enjeu principal des courriers est de faire reconnaître à l'autre la place que l'on pense être la sienne, celle où l'identité que l'on s'attribue est reconnue. C'est ce que prouve une lecture attentive, et du point de vue de la théorisation de Flahaut, de la lettre de Madame Laborer-Despens.

L'attitude qu'elle avait crue lire dans les courriers de Tissot l'avait donc conduite à ne plus lui écrire, mais pire, elle n'avait, de ce fait, « point osé » se joindre à son mari pour engager Tissot à venir, et ce bien qu'elle l'ait ardemment désiré au vu de sa condition. L'arrêt de la consultation médicale sonnait bien ici l'arrêt de toute relation médicale avec Tissot, et ce, pour une raison qui relève de la place de la malade et de sa réception par le soignant, comme nous l'apprend la suite du courrier. L'auteure poursuit en effet en précisant qu'elle reprend la plume pour se défendre des « attaques » de Tissot :

[V]otre voyage dite vous seroit inutile, je ne vous croirés pas plus que je ne vous ay cru jusqu'à présent ; soyez sur monsieur que ma confiance est peutetre plus vraye, et plus etendue que celle que vous trouvés chez tous les malades que vous voyés²⁵⁸¹.

Face aux doutes du médecin sur sa posture de patiente honnête, la malade réaffirme la véracité et l'ampleur de la confiance qu'elle lui accorde, semblant réellement affectée par cette non-reconnaissance d'une identité qu'elle revendique pourtant. Elle poursuit en renvoyant à son tour la critique à Tissot qui n'a, selon elle, pas répondu à sa demande de patiente, et n'a, de ce fait, pas pris la place de médecin à laquelle elle l'avait convoquée :

Vous me permettrés de vous dire, que vous n'avés encore répondu que très vaguement aux doutes que je vous ay proposés ; ce que je crains dites vous est impossible, je conviens qu'il n'est pas ordinaire qu'il y ait de la bave de chien enragé sur ce que je bois, ou mange, ni qu'un animal auprès duquel je passe m'en jete sur les levres ou dans la bouche quand je parle ; mais ce n'est point impossible, et les observations que j'ay fait la dessus, me prouvent que ce n'est pas si difficile²⁵⁸².

En affirmant que les croyances de la malade sont impossibles, Tissot n'a pas simplement contredit Madame Laborer-Despens mais lui a refusé sa place de malade éclairée, de patiente faisant preuve d'une autonomie dans la représentation et la compréhension de son monde. En ne prenant pas en compte ses doutes comme des doutes valables, Tissot a destitué le rapport de place que sa correspondante lui proposait pour en proposer un nouveau qui apparaît dans cette réponse incompatible pour celle-ci. La malade s'attache donc, dans ce courrier à négocier un rapport de place qui puisse être compatible pour chacun des deux acteurs. Pour ce faire, elle commence par expliquer comment il serait possible que de la bave d'animal enragé parvienne involontairement à son organisme, du fait des chiens et des chats qui errent librement dans sa maison et des domestiques peu soigneux de son pays. Elle ouvre ensuite une voie de négociation en affirmant qu'elle pourra difficilement, mais qu'elle pourra quand même se laisser persuader de l'affirmation de Tissot, si celui-ci lui en donne des explications :

[A]insi, monsieur, si ce n'est que sur les choses la que tombent l'impossibilité dont vous parles, je vous avoue qu'il ne seroit pas aisé de

²⁵⁸¹ *Ibid.*

²⁵⁸² *Ibid.*

me persuader, parceque je peux voir comme tout le monde ce qui en est²⁵⁸³.

La malade réaffirme donc sa posture de non-profane, de non-ignorante face aux accusations de Tissot et poursuit son courrier en imposant la reconnaissance de cette identité comme un nécessaire préalable à son entrée dans un rapport de place de patient à médecin :

[...] mais, monsieur, veuillez répondre avec vérité aux questions que je vais vous faire, et je vous promet de boire aveuglément ce que vous me dirés, et si votre réponse ne laisse plus de raison a mes craintes, je me [retirerai] surément quelle chose qui m'en coute, et je ne vous importunerés plus, je vous en donne ma parole d'honneur²⁵⁸⁴.

Elle demande à Tissot de prendre en considération sa parole et ses craintes comme véritables et justifiées et, par conséquent, d'y répondre, sans quoi elle mettra fin à leur relation médicale, ne parvenant pas à faire reconnaître sa place et donc son identité. Elle adresse alors une série de questions à Tissot, dont elle affirme qu'elle garde une copie « pour vous si vous en oublier aucune »²⁵⁸⁵. La confiance est brisée, du fait de la difficulté à établir un rapport de places compatible, et la malade opère donc une nouvelle demande en reconnaissance, qui est également une nouvelle convocation de Tissot à la place de médecin à l'écoute, au moyen de cette liste d'interrogation. En rappelant, à la fin de cette suite de questions, ses exigences, elle insiste d'ailleurs, à nouveau, sur l'enjeu identitaire de cette négociation en cours :

[J]e vous demande comme la vie, monsieur, de vouloir répondre à mes questions article, par article, elles vous paroîtront puérides, mais songé que ce n'est pas toujours par la nature du mal, qu'il faut jugés de ce que souffre un malade, c'est souvent sur sa sensibilité, cela me paroît bien vray, surtout pour le moral, ce qui ne paroitra qu'une bagatelle peu faite pour mériter votre attention, est peutêtre la chose la plus essentielle a mon bonheur et a ma tranquillité²⁵⁸⁶.

La malade négocie ici son statut de patiente faisant état d'une considération qui semble intemporelle, celle de la prise en considération de la sensibilité du malade. Elle est d'ailleurs consciente de l'aspect peu raisonnable de ses interrogations, mais comme elle le dit elle-même : « je vous dit naturellement ce que j'éprouve »²⁵⁸⁷. Elle affirme finalement que si Tissot répond « d'une manière satisfaisante » à toutes ses questions, elle sera « parfaitement tranquille »²⁵⁸⁸ et achève son courrier en réaffirmant explicitement sa place de « très humble et très obeissante servante »²⁵⁸⁹.

La perspective du rapport de place s'offre, nous pouvons le constater, comme une grille de lecture pertinente pour envisager l'analyse des conditions d'organisation de la relation médicale du second XVIII^e siècle. Les demandes, les questions, les plaintes et les requêtes exprimées dans les courriers des malades de Tissot peuvent, en effet, être

²⁵⁸³ *Ibid.*, p. 02.

²⁵⁸⁴ *Ibid.*

²⁵⁸⁵ *Ibid.*

²⁵⁸⁶ *Ibid.*, p. 03-04.

²⁵⁸⁷ *Ibid.*

²⁵⁸⁸ *Ibid.*, p. 04.

²⁵⁸⁹ *Ibid.*

désormais comprises tant comme une démarche d'affirmation de soi, de son identité propre et de son vécu singulier, qu'une demande de reconnaissance qui vaut comme organisation des acteurs de la relation de soin. Que ce soit explicitement, lorsqu'ils désignent Tissot comme leur seul « libérateur »²⁵⁹⁰ ou leur unique sauveur²⁵⁹¹, ou implicitement dans des joutes argumentatives telles celle menée par Madame Laborer-Despens, les malades convoquent le médecin lausannois comme l'interlocuteur apte à leur apporter des conseils leur permettant de sortir de leur situation fâcheuse, mais également comme celui qui sera à même de leur reconnaître leur place de malade singulier et autonome. La négociation qui s'effectue entre Tissot et ses malades se dévoile, par le recours à l'analyse flahautienne, comme un processus d'organisation de la liberté des sujets, comme l'espace de constitution de la subjectivité propre à chacun. La confrontation de l'autorité narrative des malades avec celle de Tissot, qui s'opère dans la négociation du sens de la maladie, de la nature du traitement, ou encore, comme dans ce dernier cas, du statut de sujet, participe de la co-construction d'un rapport de place tel que chacun y puisse se réaliser en tant que sujet malade ou médecin. Le partage de l'autorité narrative, qui est *in fine* l'objet de la négociation ainsi qu'a pu le montrer Séverine Pilloud à partir du récit de Madame de Mirmont²⁵⁹², doit également être compris comme une démarche commune d'établissement des conditions de possibilités d'une interaction médicale fondée sur la reconnaissance de l'identité propre de chaque sujet, en tant qu'acteur à part entière.

Ainsi, par le recours au concept de rapport de place, ce qui avait été analysé comme un travail de subjectivation individuelle se trouve redoublé par la perspective de l'intersubjectivité, vers une dimension plus large. Si l'écriture est, comme l'avait déjà noté Michel Foucault²⁵⁹³, une pratique de soi au sens où elle participe de la subjectivation de l'individu scripteur, nous voyons ici que ce rapport de soi à soi ne prend définitivement forme et sens qu'en s'ouvrant à un rapport, parfois conflictuel, à l'autre. La pratique de soi est toujours-déjà mise en place d'un gouvernement de soi qui n'existe que relativement au gouvernement d'un autre. Les malades demandent à Tissot de les conduire²⁵⁹⁴, de leur donner des règles de vie à suivre, mais ils n'acceptent ce gouvernement de l'autre que dans la mesure où il correspond, où il est compatible, avec le gouvernement d'eux-mêmes qu'ils envisageaient de mettre en œuvre. De même, Tissot, nous l'avons entrevu, accepte de promulguer des conseils de gouvernement dans la mesure où les malades s'engagent à les intégrer à leur conduite quotidienne, et par ses reproches ou ses critiques, il les rappelle à la place qu'ils ont bien voulu adopter dans le contrat passé avec lui. Cet accord entre le médecin lausannois et ses malades se dévoile comme un modèle apte concevoir autrement la relation médicale moderne, tant l'autonomie s'y impose comme la condition de possibilité, et non le résultat, de l'obéissance. Cette organisation du champ de la liberté individuelle qui s'est tissée dans la relation particulière de Tissot et de Madame Laborer-Despens, doit, pour pouvoir engager la mise en question du modèle kantien de l'homme

²⁵⁹⁰ Monsieur Olivier. BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.10, Croisenville, 2 mars 1774, p. 01.

²⁵⁹¹ Capitaine Herbelot. BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.12, Antibes, 9 juin 1773.

²⁵⁹² Pilloud, S., 2011, « Marges interprétatives et autorité narrative dans le récit des maux », Barras, V., Dinges, M., (éd.), *Maladies en lettres. 17e-21e siècles*, Lausanne, BHMS, p. 11-32, à paraître. Nous remercions l'auteure de nous avoir transmis le tapuscrit de cet article encore inédit.

²⁵⁹³ Voir par exemple son analyse sur les *hupomnêmata*, Foucault, M., 2001, *op. cit.*, « Cours du 3 mars 1982 », notamment, p. 338-353.

²⁵⁹⁴ « [...] comment faut-il que je me gouverne ? » demande Madame Moreau de la Villegille (BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.03.24, s.l., s.d., p. 07).

autonome qui forgea la figure du citoyen moderne, être extraite de son origine particulière pour acquérir une portée si ce n'est universelle, du moins plus générale. Autrement dit, il nous faut donc maintenant nous interroger sur la portée des cas particuliers présentés dans les courriers de Tissot.

UNE NÉGOCIATION SOCIALE ET POLITIQUE

Si nous avons jusqu'alors abordé l'expérience de la maladie et la relation médicale du point de vue individuel, nous ne pouvons faire l'impasse sur un caractère essentiel de la correspondance de Tissot : l'implication majeure des tiers. Comme le note justement Philip Rieder et Vincent Barras, « la singularité des corps et des maux ne doit pas occulter les rapports entretenus entre les corps en présence »²⁵⁹⁵. Or, parmi les corps présents dans la correspondance Tissot, ceux des malades sont presque minoritaires. Sur les 1344 documents de ce fonds, seuls 371 sont écrits par le malade lui-même, les autres sont, pour des raisons diverses, rédigés par un médiateur, souvent un soignant, un religieux ou un proche. Cette simple démonstration quantitative doit nous inviter à explorer plus en avant cette médiation avant de comprendre comment l'expérience de la maladie et l'expérience médicale des correspondants de Tissot peuvent s'inscrire dans une perspective socioculturelle plus large.

Le rôle des tiers dans l'expérience médicale

Dès le premier stade de la consultation, c'est-à-dire lors de la prise de décision de recourir au secours de Tissot, les proches sont déjà présents. Madame de Valerien de Merande, par exemple, une dame d'honneur de 49 ans et trois mois, écrit à Tissot sur les conseils de son amie Madame de Perron, dont le fils a été guéri par le médecin vaudois²⁵⁹⁶. Madame Konauw a, elle, suivi les recommandations du capitaine Luternau²⁵⁹⁷, tandis que Monsieur Abraham Louis Friolet prend la plume parce que son médecin ordinaire, trouvant qu'il représentait un « cas extraordinaire »²⁵⁹⁸ l'a engagé à s'adresser au célèbre Tissot. Madame Petit Cazion s'est vue, elle, recommander le médecin lausannois, par une personne en qui elle a toute confiance, un certain Monsieur de L'âtre, qui lui a présenté le praticien comme le « plus grand medecin »²⁵⁹⁹.

A ces proches conseillers s'ajoutent les tiers qui prennent la plume pour le malade, qui sont, à l'instar de Madame Petit Cazion qui écrit pour son mari, nombreux²⁶⁰⁰. Les premiers bénéficiaires de cette aide sont souvent les personnes vulnérables, en particulier les enfants, à l'image de Mademoiselle d'Hervilly, petite fille de 8 ans et demi atteinte de petite vérole suite à une inoculation ratée, dont les parents, Monsieur et Madame le comte et la comtesse d'Hervilly, se chargent de rédiger le mémoire de consultation²⁶⁰¹. De même, Madame Guillemardet consulte pour son fils très retardé mentalement et souffrant d'une faiblesse des nerfs²⁶⁰². Mais les « médiateurs-scribes », ainsi que les nomment Micheline Louis-Courvoisier et Séverine Pilloud²⁶⁰³, ne se limitent pas au cas où l'écriture est

²⁵⁹⁵ Rieder, P., Barras, V., 2005, *op. cit.*, p. 221.

²⁵⁹⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.03.14, Turin 4 octobre 1783, p. 01.

²⁵⁹⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.03.03, Venlo, 26 janvier [1773], p. 01.

²⁵⁹⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.07.04, Locle, 1^{er} janvier 1776, p. 01.

²⁵⁹⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.03.11, Bourbonnes-les-bains, 14 juillet 1769, p. 01.

²⁶⁰⁰ La base de données révèle 184 documents écrits par des membres de la famille du malade qui consulte.

²⁶⁰¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.17, s.l., s.d.

²⁶⁰² BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.05.02, Châlons-sur-Saône, 31 janvier 1770, p. 01.

²⁶⁰³ Louis-Courvoisier, M., Pilloud, S., 2000, « Le malade et son entourage au XVIII^e siècle : les médiations dans les consultations épistolaires adressées au Dr Tissot », *Revue médicale de la Suisse romande*, 120, p. 939-944, ici, p. 940.

empêchée. Les maris écrivent aussi pour les femmes, comme dans le cas du chevalier de Marmont²⁶⁰⁴, et les femmes pour les maris, à l'image de Madame Gounon Laborde qui rapporte sous la dictée les expériences passionnées de son époux avec d'autres femmes²⁶⁰⁵. Les amis écrivent également les uns pour les autres : le capitaine Luterneau, qui a conseillé à Madame Konauw d'écrire à Tissot, prend ensuite la plume à sa place²⁶⁰⁶. Beaucoup écrivent pour des connaissances ou amis dont ils ne donnent pas le nom, tel Monsieur Ducassé, avocat du roi au Sénéchal de Toulouse, qui consulte pour un de ses amis qui, dit-il, « a préféré de se servir de moi pour vous exposer son triste état sur lequel il vous prie de lui donner votre secours »²⁶⁰⁷. Quelques employeurs adressent même des consultations pour leurs domestiques²⁶⁰⁸. Parfois, les courriers sont même rédigés à plusieurs mains : ainsi, Madame Roche Levet, n'ayant plus la force d'écrire à cause d'un accès de fièvre, se sert d'une « autre main pour continuer [s]a lettre »²⁶⁰⁹. Les médiations sont, dans d'autres cas, multiples comme celle de Monsieur Dedelay d'Agier qui reprend des éléments du récit de sa femme pour décrire le cas d'une de ses amies²⁶¹⁰.

Ces médiations scripturales diverses ont pour constance de rendre compte de la frontière floue entre privé et public qui existe alors : la famille, mais aussi les amis et les connaissances sont informés des moindres détails de la condition des malades, voire même de plusieurs de leurs proches. Le duc de Guigne rapporte ainsi le cas de Madame la Comtesse de Juigné²⁶¹¹ en précisant qu'elle a été bien réglée jusqu'à 17 ou 18 ans mais qu'ensuite des accidents les ont interrompues. Il précise alors que ces accidents hystériques étaient moins longs que ceux de Madame de Vaudémont, cousine de la malade, dont Tissot aurait été également informé du cas. Monsieur Bon, parent et ami de la famille d'une jeune malade de 16 ans dont on ignore le nom, rédige, lui, le courrier de consultation comme une synthèse des différentes voix qui accompagnent l'expérience individuelle de la souffrante :

Celui qui entreprend ce rapport n'est point médecin. Il y auroit de la témérité de sa part à caractériser autrement la maladie, que par ses circonstances. Il se bornera donc à retracer, mais avec la plus scrupuleuse exactitude, ce qu'il a vu, ce que les parents et la consultante, ce que ses entours ont observé, ce qu'elle-même dit avoir ressenti. Il fera aussi le détail et l'histoire du traitement par lequel les gens de l'art ont tenté, inutilement encore, d'arrêter le progrès du mal²⁶¹².

De la sphère familiale à la sphère publique, il n'y a qu'un pas qui est vite franchi à cette période où les domaines que nous connaissons aujourd'hui sont encore peu définis. Les tiers participent de l'expérience de la maladie et de l'expérience médicale selon une proximité plus ou moins grande à l'égard du malade concerné qui détermine autant de stades de chevauchement des espaces public et privé.

Selon les cas, les médiateurs-scribes ont en effet un rapport différent au malade dont ils rapportent le récit. Certains écrivent sous sa dictée, transcrivant strictement sa parole ou

²⁶⁰⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.28, s.l., s.d.

²⁶⁰⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.08, s.l., s.d.

²⁶⁰⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.03.02, Venlo, 26 janvier 1773.

²⁶⁰⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.29, Toulouse, 27 juillet 1774, p. 01.

²⁶⁰⁸ Mme Montjoÿe de Grivel. BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.02.07, s.l., 7 octobre 1791.

²⁶⁰⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.01.45, Rérement, 28 mai 1790, p. 02-03.

²⁶¹⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.04.19, s.l., s.d.

²⁶¹¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.04.08, s.l., s.d.

²⁶¹² BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.02.36, s.l., s.d.

agrémentant le courrier de leurs propres commentaires. Séverine Pilloud²⁶¹³ rapporte également le cas d'un médiateur qui alterne les postures : Monsieur Chassot de Florencourt²⁶¹⁴ qui consulte pour Madame Branconi, affirme qu'il a « dressé, sous sa dictée, le mémoire ci-joint »²⁶¹⁵ et s'est appliqué à « faire l'histoire de son état sans y joindre de [s]on sentiment »²⁶¹⁶, tout en avouant : « Comme je sais aussi peu de médecine qu'elle, j'ai été obligé d'entrer dans un détail qui vous ennuiera, et je suis au désespoir de vous voler ainsi de votre temps »²⁶¹⁷. Enfin, il y a des situations où ces médiateurs-scribes se transforment en médiateurs-auteurs²⁶¹⁸, rapportant, comme dans le cas des parents qui écrivent pour les enfants, leur propre version de l'histoire du malade qu'ils ont soit observée, soit ouïe. Il faut dire que les proches sont le premier recours de la majorité des malades car ils sont souvent là bien avant qu'il soit possible aux souffrants de rencontrer un soignant. Parmi les courriers adressés à Tissot, on retrouve donc souvent des tiers « observateurs »²⁶¹⁹ qui ont suivi l'évolution des symptômes et qui peuvent par conséquent en témoigner dans la rédaction des récits. Le courrier de Monsieur Délacrétaç²⁶²⁰ est ainsi conçu à quatre mains. La première moitié est écrite par un ami Monsieur de Snell qui évoque les symptômes actuels du malade ainsi que les effets de la précédente ordonnance de Tissot, tandis que la seconde moitié du courrier est faite par le malade qui y narre plus spécifiquement ses ressentis, ses douleurs et ses incommodités. Il en est de même dans le courrier de Monsieur de Rochebrune²⁶²¹ qui, après avoir donné des informations sur son passé et son mode de vie, laisse à l'un de ses amis le soin de raconter les crises d'épilepsie dont il est atteint et au sujet desquelles il n'a aucun souvenir²⁶²². Parfois, la multiplication des intervenants est impressionnante comme dans le cas de la princesse de Vaudémont, cousine de Madame de Juigné, dont les dix-neuf crises de convulsion qu'elle a subies au cours des mois de juin et de juillet 1780 sont rapportées dans le détail sur près de trente-cinq pages par au moins quatre scripteurs différents²⁶²³.

Les tiers sont encore présents dans la transmission des courriers de malades auprès du patricien vaudois. Le cas du dossier du Lieutenant Bouju est à ce titre exemplaire. Composé de sept courriers successifs²⁶²⁴, il relève un très étrange ballet entre Tissot, le malade qui est Bouju, un major devenu lieutenant, et la Comtesse de Lannion. Le premier courrier est écrit par le malade pour remercier Tissot d'avoir bien voulu consulter son cas rapporté par la Comtesse ; le second, toujours de la main de Bouju, s'adresse cette fois à la médiatrice, mais fait état du possible transfert de ce récit à Tissot ; dans le quatrième et le cinquième, c'est Madame de Lannion qui écrit à Tissot pour savoir s'il va accorder une consultation à son ami ; le sixième est coécrit par le malade et un scripteur inconnu ; tandis que le

²⁶¹³ Pilloud, S., 2008, *op. cit.*, p. 103.

²⁶¹⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.07.19, Strasbourg, 28 juin 1776.

²⁶¹⁵ *Ibid.*, p. 01.

²⁶¹⁶ *Ibid.*, p. 02.

²⁶¹⁷ *Ibid.*, p. 01.

²⁶¹⁸ Louis-Courvoisier, M., Pilloud, S., 2000, *op. cit.*, p. 940. Séverine Pilloud parle dans sa thèse de doctorat de médiateurs de « narration » (Pilloud, S., 2008, *op. cit.*, p. 99-100 et p. 126-146).

²⁶¹⁹ Louis-Courvoisier, M., Pilloud, S., 2000, *op. cit.*, p. 940.

²⁶²⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.07.13, s.l., 19 mars 1793.

²⁶²¹ Ce cas est rapporté par Séverine Pilloud (Pilloud, S., 2008, *op. cit.*, p. 98).

²⁶²² BCUL, FT, IS/3784/II/146.01.03.05, s.l., s.d.

²⁶²³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.02.29, s.l., du 14 juin au 27 juillet 1780.

²⁶²⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.01.12 - IS/3784/II/144.02.01.16 ; BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.02 ; BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.03.

septième et dernier est une copie d'une consultation de Tissot à propos de la maladie de Bouju. Le récit de la maladie de Madame de Rigny prend aussi des chemins de traverse pour parvenir à Tissot, la lettre du 16 avril 1772 est écrite par Monsieur Gauchier qui annonce qu'il la transmettra à un patient du médecin lausannois, l'Abbé Digne qui vient le consulter avec une autre malade, Madame de la Corée²⁶²⁵. Le 1^{er} mars 1773, c'est le curé Bastian de Chalex, dans le pays de Gex, qui écrit à Tissot pour lui expliquer qu'il a fait parvenir le mémoire d'un malade qu'il a reçu de Lyon, à un ami à lui, le vicaire Ducret d'Evain qui se chargera de le transmettre à Lausanne. Il en profite pour faire part de ses propres problèmes et conclue finalement en informant Tissot que le vicaire lui fera parvenir le paiement relatif à ce malade lyonnais par l'intermédiaire d'un commissionnaire qu'il a chargé de transporter le courrier en question²⁶²⁶.

Souvent, les différents rôles se chevauchent et les tiers deviennent des acteurs essentiels et centraux de l'expérience du malade. Monsieur Lavergne écrit ainsi à Tissot pour lui signaler l'envoi d'un mémoire fait « à la sollicitation d'un de [s]es intimes amis de Province qui cultive par amusement quelques connoissances en medecine » et il ajoute : « Il me donna ses observations comme des conjectures et les soumit toutes au medecin qui me dirige aujourd'hui. Il me fit passer aussi les reflexions d'un medecin de la meme Province »²⁶²⁷. Au cours du récit de ses maux, il rapporte, en outre, que ce mémoire a été copié par plusieurs de ses amis qui l'ont fait parvenir à un médecin étranger.

Cette omniprésence des tiers dans l'expérience du malade laisse entrevoir leur rôle essentiel dans le vécu de la maladie, mais également dans le développement de la relation médicale. C'est donc tout naturellement que nous les retrouvons également dans la négociation menée par le patient, parce qu'ils y font soit une intervention ponctuelle, lorsqu'ils conseillent aux malades de revoir les termes du contrat ou en discutent avec lui, soit véritablement essentielle, par exemple dans le cas des médiateurs de « narration » qui prennent en main la négociation puisqu'ils sont les réels auteurs des consultations pour un tiers malade. De ce point de vue, la négociation que nous avons décrite comme une interaction entre Tissot et son malade, se dévoile ici comme une polyphonie²⁶²⁸ dont les enjeux sont loin de se limiter au cas pathologique de l'individu concerné.

Une négociation collective

Tous les aspects de la négociation que nous avons précédemment décrits sont, pour beaucoup de malades, engagés suite à un échange avec un tiers. Les soignants consultés par les malades avant d'écrire à Tissot participent ainsi souvent de la compréhension que les malades constituent de leurs maladies. Monsieur Olivier, un prieur de 37 ans, écrit ainsi à Tissot pour des troubles qu'il pense venir, tantôt d'une humeur gouteuse ou d'une pulmonie, tantôt de mouvements spasmodiques ou d'un rhumatisme, voire même d'une affection hypochondriaque. Il faut dire qu'il a cru les différents médecins qu'il a consultés et notamment le docteur Pomme²⁶²⁹ qui mis en avant sa pratique de l'onanisme ou un habile médecin de Caen qui pencha, lui, pour une affection nerveuse dépendant de la

²⁶²⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.15, Gray, 16 avril 1772.

²⁶²⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.02.11, Chalex, 1^{er} mars 1773.

²⁶²⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.07.21, s.l., 2 août 1772, p. 01.

²⁶²⁸ Rieder, P., Barras, V., 2001, *op. cit.*, p. 213.

²⁶²⁹ Probablement Pierre Pomme (1728-1814), spécialiste des maladies nerveuses.

tension et de l'irritabilité²⁶³⁰. Un autre religieux, Monsieur le Chartier, pense pour sa part être atteint d'une mélancolie ainsi que le lui a indiqué le Dr Lorry, médecin du roi à Paris²⁶³¹. Sa conviction est renforcée par les commentaires de certains de ses proches, tant des laïques que des religieux, qui pensent également qu'il est mélancolique et trop absorbé dans ses pensées²⁶³². Monsieur Chavavel résume, lui, son état avec les mots de son médecin : « Mon docteur dit que la lymphe tend à coherence, que tous mes maux ont pour cause la force de mes organes, que les sucs sont trop elaborés »²⁶³³. Monsieur Gochuat, qui se définit hypochondriaque, pense que ses troubles viennent d'une obstruction du bas ventre et d'un estomac dérangé²⁶³⁴, précisant que le Dr Petri, qu'il a consulté précédemment, pensait, lui, à une obstruction « des glandes du bas ventre »²⁶³⁵. Monsieur Cherot de Marois, un commerçant de trente-neuf ans, qui écrit à Tissot à propos d'une toux accompagnée de troubles de la perception, rapporte que les médecins qu'il a rencontrés pensent qu'il « pêchoit par l'humeur »²⁶³⁶, alors que sa famille s'inquiète d'une disposition à l'apoplexie ou de quelques obstructions²⁶³⁷. Lui ne croit pas à l'obstruction, car il ne ressent aucun corps étranger en lui, mais penche plutôt pour l'explication suivante :

Il me semble aujourd'hui que les efforts du gros rhume que j'ai eû il y a deux ans m'ont fait porter le sang à la tête en plus grande abondance qu'auparavant, et que c'est [cette] quantité surabondante qui occasionne les eblouissemens, les meaux de tete si fréquens. J'en juge ainsi parce que très souvent, j'éprouve une si grande pesanteur de tête que si je n'avois soin de me tenir droit, ma tete entraineroit mon corps, et je tomberoies. Souvent, je n'oserois rien ramasser dans la crainte de tomber²⁶³⁸.

Certains courriers témoignent en outre d'un débat préalable au sein du cercle des proches, à l'image de Monsieur et Madame Develay qui proposent, dans le courrier rédigé par Madame²⁶³⁹, deux interprétations de la maladie qui a conduit le négociant en vin de 55 ans à l'hôpital. Son épouse pense qu'il s'agit d'une maladie des nerfs, et c'est d'ailleurs ce qui motive sa prise de plume, s'inquiétant de voir son mari délirer et se sentir persécuté, tandis que lui pense qu'il a été empoisonné, par sa femme, un de ses domestiques ou mêmes un de ses amis²⁶⁴⁰. Mme Arthaud demande, elle, à Tissot d'apporter son avis sur une tisane d'orange que prend sa mère pour se soigner et qui lui semble ne pas favoriser l'état de la malade qu'elle a donc convaincu de cesser ce traitement le temps d'avoir la réponse du praticien vaudois²⁶⁴¹.

En plus de participer directement à la construction du sens de la maladie, qui se révèle ainsi toujours-déjà une co-construction, les tiers sont aussi à l'origine des

²⁶³⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.04.10, Croissenville, 2 mars 1774.

²⁶³¹ Probablement Anne-Charles Lorry (1726-1783) qui est connu pour avoir saigné Louis XV. Voir à ce propos, Dezeimeris, J.-E., 1837, *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*, Bruxelles, Béchet Jeune, t. III, 2^e partie, p. 479-480.

²⁶³² BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.07.02, Saint-Coulomb, 19 janvier 1776.

²⁶³³ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.07.17, s.l., s.d., p. 03.

²⁶³⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.06.24, Bischoffsheim, 1^{er} novembre 1785, p. 06.

²⁶³⁵ *Ibid.*, p. 04.

²⁶³⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.01.02, Troyes, 16 janvier 1786, p. 03.

²⁶³⁷ *Ibid.*, p. 04.

²⁶³⁸ *Ibid.*, p. 04-05.

²⁶³⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/146.01.05.03, Genève, 21 mai 1791.

²⁶⁴⁰ *Ibid.*, p. 02.

²⁶⁴¹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.01.03.17, Vevey, 11 janvier 1768, p. 01.

négociations que les malades engagent avec les soignants, notamment à propos de leur traitement. Monsieur Goret, un jeune homme de vingt-trois ans atteint de surdité, rapporte qu'à l'âge de treize ans il portait un emplâtre au cou, sur les conseils d'un « médecin éclairé », et que son oncle, apparemment médecin lui aussi, et « qui ne s'était pas opposé à ce qu'on entreprit de me soulager de cette maniere, commença à craindre que cette plaie ne d g n r t en ulcère, et, avec le temps et beaucoup de précautions, il la fit sécher »²⁶⁴². Il consulta alors un autre médecin, le Dr Dufresnay, dont il recopie les recommandations avant d'ajouter : « Ces conseils ne furent pas suivis parce que ma mere ne put jamais se résoudre à établir les deux cauterres. Comme il aurait fallu les porter toute ma vie, elle craignit d'avoir à s'en repentir un jour »²⁶⁴³. Monsieur de Choisey, qui consulte pour des démangeaisons dans l'oreille accompagnées d'écoulements, explique, pour sa part, avoir consulté le Dr Trochin qui lui conseilla une opération consistant à couper et cautériser un nerf de la joue, mais qu'il se refusa finalement à exécuter :

Il avoit fait subir cette même operation au prier de Premontr , et avoit inser  dans tous les journaux qu'il étoit gueri. On me conseilla de prendre sur cela des informations, dont le résultat fut que loin d'etre delivr  de son mal, le malade, après des retours très facheux sur cette operation, qui fut renouvelée trois fois, souffroit plus que jamais. Cette découverte, jointe à ce que Monsieur Pomme m'assura dans le moment, que si je me soumettois à cette operation, j'etois perdu, m'en d gouta²⁶⁴⁴.

La comtesse de Vougy nous donne finalement un bon aperçu du rôle des tiers, et particulièrement des proches, dans la vie du malade et dans son expérience médicale, puisqu'elle explicite, dans le mémoire qu'elle rédige à propos de son mari, son propre rôle dans les différentes étapes de cette expérience. Après avoir expliqué les raisons de son courrier et rapidement décrit son mari, elle expose sa participation active en ces termes :

Je lui fis observer que les vins étrangers et ragouts ne lui étoient pas bons, mais vous sav s combien le François le plus sobre aime la variété de mets et la cuisine délicate. Le mois de may dernier, il sentit un grand dégout ; il se purgea (car à présent tout le monde est medecin). Il fut assés bien jusques au moi de juin [...] ; il se purgea et repurgea. Au mois de septembre, tems de la chasse, il y fut, quoique pas bien portant ; [...] le soir, quoiqu'il ne s'en aperçut pas, je crus voir qu'il étoit incommodé de l'air ; il toussa ; le lendemain, je lui dis que je croyois qu'il s'étoit enrhumé ; il me répondit que non ; la toux continua au mois d'octobre ; je priai un de ses amis de le décider à voir quelqu'un, qui [...] fut fach  de voir qu'il avoit négligé son mal et lui marqua le regret qu'il n'ut pas été seign . Au mois de novembre, il me dit un matin qu'il avoit craché du sang ; j'envoyai chercher son Esculape, qui le fit seigner le meme jour²⁶⁴⁵.

Du diagnostic à la requête de consultation, la comtesse prend ici entièrement en charge son mari, étant même   l'origine de la consultation auprès de Tissot, motivée par ses doutes sur l'avis d'un certain « esprit » :

²⁶⁴² BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.02.06, Roye, 20 août 1791, p. 02.

²⁶⁴³ *Ibid.*, p. 03.

²⁶⁴⁴ BCUL, FT, IS/3784/II/146.01.02.02, Dole, 31 mars 1785, p. 04.

²⁶⁴⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.06.35, Roanne, 3 avril 1785, p. 02-03.

Nous avons ici un esprit (qui par consequent sait tout) qui me dit souvent que mon mari sera la victime de l'ignorance, que les dens qu'il a perdu depuis six ans au moins est une preuve qu'il y a une humeur scorbutique, un épaississement de la lymphe, et que la terbantine et le vinaigre sont les meilleurs remedes pour lui [...] ; quant à moi, Monsieur, étant persuadée de mon peu de lumieres, et n'aimant pas la dispute, je crois qu'on peut perdre les dens pour d'autres raisons et quand on tousse et qu'on crache, il me semble que les broches [bronches?] de la poitrine peuvent être affectées sans que le poulmon le soit²⁶⁴⁶.

Elle précise enfin qu'elle écrit ce courrier dans le dos de son mari, son but étant le convaincre ultérieurement d'aller voir Tissot : « En lui faisant voir votre réponse, mon intention est de le décider à vous aller trouver ; je lui cache cette lettre, mais je suis sûre qui [qu'il] me saura gré de l'avoir écrite »²⁶⁴⁷.

Souvent témoins directs des maux, et naturellement inquiets pour leurs proches les tiers s'impliquent pleinement dans les échanges avec Tissot, souhaitant être partie prenante des soins et de la possible guérison de leur malade. Certains sont motivés par la crainte, comme Mme Dufort de Chastellux qui s'interroge sur le diagnostic de la maladie de sa mère :

On me dit tant de choses, et si plausibles, que je commence à espérer que maman n'a pas véritablement l'affreuse maladie qu'elle redoute, mais si on est parvenu à en éloigner un peu mes idées, elles se rejettent toutes sur une disposition à l'hidropisie (et on ne m'a rien dit, à ce qui me semble, de plausible pour détruire mes frayeurs sur cet article), ou sur l'annonce de la maladie terrible, quoiqu'elle n'existe pas encore. Pardon, monsieur, de vous dire mes idées mais mon ignorance est si profonde que je peux vous les dire sans craindre qu'elles influencent sur les votres, et j'ai eu grand besoin d'être rassurée ou par votre jugemens, ou par les soins et les conseils que vous voudrer bien donner a maman²⁶⁴⁸.

D'autres sont plus critiques et revendiquent un rôle assez autoritaire dans l'expérience médicale, n'hésitant pas à blâmer les comportements de leurs proches malades auprès de Tissot. La comtesse de Lucinge de Seyturier s'inquiète ainsi que sa mère ait abandonné plusieurs prescriptions de Tissot, notamment les bains qu'elle a cessés puis repris « sans suite, sans précaution »²⁶⁴⁹ et une tisane dont la malade a fait usage « assez rarement »²⁶⁵⁰. Cette dernière pense en effet être atteinte de la goutte, mais sa fille doute beaucoup de cette interprétation et y voit simplement une excuse pour éviter les traitements qui pourraient pourtant la soigner :

Elle n'en a jamais eû ce qui s'appelle douleurs décidées. Elle a à la vérité aux jointures de quelques doigts comme des [recueils] de goutte ; elle y ressens quelques douleurs, mais jamais vives ni fortes. Et on pourrait tout au plus dire que c'est un rhumatisme goutteux. Souvent elle a ressenti des douleurs, quelques fois vives dans les bras, les epaules avec elancemens.

²⁶⁴⁶ *Ibid.*, p. 05-06.

²⁶⁴⁷ *Ibid.*, p. 05.

²⁶⁴⁸ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.05.12, Blagnac, 19 décembre 1784, p. 02-03.

²⁶⁴⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/144.03.04.17, Bourg-en-Bresse, 19 août 1784, p. 02.

²⁶⁵⁰ *Ibid.*, p. 03.

Elle en a souffert beaucoup dans les hyvers, sans cependant aucune douleur fixe de goutte. Et à cause de cette prétendue goutte, elle a négligé les bains et les médecines²⁶⁵¹.

Madame Nettancourt écrit, elle, spécifiquement à Tissot pour qu'il remette sa fille dans le droit chemin et précise d'ailleurs qu'elle écrit sans en parler à la malade :

Elle n'est pas très exacte sur le régime ; [...] je voulois qu'elle prit des eaux fondantes, qui lui ont toujours reussis pour s'évacuer [...], mais actuellement elle n'en veut pas entendre parler et me dit M. Tissot ne me les a pas ordonné, je réponds mais il ne sait pas que vous vous en êtes bien trouvé [...] elle ignorera que j'ay l'honneur de vous écrire Monsieur jusqu'à ce que j'ay votre réponse, je vous supplie Monsieur, je vous conjure de m'indiquer un remède quelconque capable de la soulager cette main qui la desespère, je le repète, je crois que c'est une excessive abondance d'humeur [...] je lui avois proposé de la mettre tous les jours pendant une demi-heure sur la chaise percée exposée à la vapeur d'une décoction d'armoise [...] elle ne l'a pas voulu, parceque vous ne lui aviez pas ordonné²⁶⁵².

L'angoisse, le souci et l'affection des proches motivent ainsi toutes sortes d'interventions aux côtés des malades, dévoilant des récits, des histoires et des demandes au sein desquels la pluralité de voix vient parfois masquer celle de l'individu qui souffre²⁶⁵³. La maladie de l'individu a en fait un impact sur son entourage et devient dès lors un problème collectif. La négociation du sens et des usages se révèle ainsi nécessairement plurielle et partagée, puisque concernant un ensemble de personnes, modifiant ainsi la compréhension du passage de l'expérience de malade à celle de patient dans un truchement qui relève aussi du passage d'une sphère familiale et amicale semi-privée à une sphère d'ordre public. Cette présence massive des tiers dessine la maladie et le recours à la médecine comme des expériences éminemment collectives au sein desquelles les frontières du privé et du public se dessinent autant qu'elles se confondent. La relation soignant-soigné, loin d'être duale, est toujours inscrite dans une communauté, dans un rapport social qu'incarnent ici les proches scripteurs, observateurs, narrateurs ou soutiens et qui peut parfois prendre la forme d'un réel intérêt pour la santé du corps social lui-même.

La santé du corps social

Outre les soignants, les amis ou la famille, d'autres acteurs interviennent en effet pour présenter à Tissot des consultations de malades dont ils ont la responsabilité du fait de leur position sociale. Parmi ces tiers d'une sphère plus « éxotérique »²⁶⁵⁴ que celle des proches, les ecclésiastiques sont parmi les plus nombreux du fait de leurs fonctions de soins, certes spirituels, mais également parfois, nous l'avons vu, corporels, à l'égard de leurs contemporains. Monsieur Biguet, curé de Marjais, se fait ainsi le médiateur de consultation pour une jeune fille d'extraction modeste habitant sur le territoire de sa paroisse :

²⁶⁵¹ *Ibid.*

²⁶⁵² BCUL, FT, IS/3784/II/144.05.01.30, Saint-Julien, 5 août 1790, p. 01-02.

²⁶⁵³ Rieder, P., Barras, V., 2001, *op. cit.*, p. 213.

²⁶⁵⁴ Nous reprenons à Ludwick Fleck la distinction, établie pour d'autres fins et à partir de la notion de « cercle », entre une sphère ésotérique et une sphère exotérique. Fleck, L., 1935, *Genèse et développement d'un fait scientifique*, Paris, Belles-Lettres, 2005, trad. fr. N. Jas, p. 183-186.

Je profite de [...] vous consulter sur une maladie d'un genre extraordinaire, dont est atteinte une jeune personne de ma paroisse, dont la mere, qui est une pauvre veuve, a fait un journal des accidens qui lui arrivent, et que je joins ici afin que vous puissiez juger de leur frequence²⁶⁵⁵.

Il achève son courrier en recommandant la malade : « Je peux ajouter que la personne pour qui je m'intéresse mérite, par sa vertu, d'être l'objet de votre charité »²⁶⁵⁶. Le curé Barthod écrit, lui, de sa propre main, une missive de consultation pour un jeune homme non identifié, âgé de 25 ans, dont nous comprenons qu'il est devenu un frère de sa paroisse. Sa maladie a en effet commencé cinq ans auparavant, alors qu'il se trouvait au séminaire de Besançon :

A Noël, il luy survint des étourdissements, des extravagances et comme des espèces de folies, qui durèrent quinze jours [...] ; un mois après, cela recommença de sorte qu'il sortit du séminaire sur la fin de février, et s'en alla chez son oncle, qui l'avoit avancé jusque-là, et qui le rebuta, le voyant dans cet état, de sorte que le jeune homme se sauva sans argent, par les froideurs de l'hiver, du côté de Strasbourg, et comme de son naturel il est fort timide et cependant fort bien élevé, il n'osa pas mendier ; en conséquence, il fallu coucher dans les bois, vivre de bois pourris pendant à peu près dix jours, après lesquels S[on] E[xcellence] Monseigneur de Landsfelt en pris soin, le fit garder et médicamenter pendant 40 jours²⁶⁵⁷.

L'auteur précise ensuite que le malheureux, après avoir bénéficié des soins du noble local, fut pris en charge par les frères de sa congrégation qui lui administrèrent des traitements et lui firent consulter des médecins de la région, mais sans résultat. Actuellement, le malade a « perdu tout jugement, et la mémoire et le raisonnement, de sorte qu'après avoir épuisé ses frères par les dépenses, il leur donne le chagrin de n'avoir rien avancé, et ils s'en désespèrent »²⁶⁵⁸. L'auteur sollicite donc les conseils de Tissot, en ajoutant que le porteur de la lettre, un étudiant en médecine, pourra répondre à d'éventuelles questions au sujet de l'état du malade. D'autres religieux sollicitent Tissot pour venir en aide à des membres de leur congrégation. Le Chanoine Devillard, qui écrit au Dr Tissot suite à une consultation qu'il a eue avec lui à Lausanne, profite du courrier pour joindre un mémoire de consultation concernant une carmélite d'une congrégation voisine. Il décrit rapidement la maladie de la religieuse et les circonstances qui l'ont précédée :

Elle a été prieure pendant trois années, et c'est dans ce tems que s'est développée cette maladie ; son élection a fait, chés elle, une révolution dans le cerveau, qui lui a occasionnée une gaieté qui tenoit de la folie, pendant quatre à cinq mois ; après cette période, il y avoit un tems où elle étoit assés bien ; ensuite venoit, pendant cinq autres mois, une mélancolie, une tristesse si affreuse qu'elle tenoit beaucoup du désespoir, jusqu'à vouloir se détruire, se jeter par les fenêtres (elle n'en a cependant fait aucune tentative)²⁶⁵⁹.

²⁶⁵⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.06.18, Romans, 24 juin 1770, p. 01.

²⁶⁵⁶ *Ibid.*, p. 03.

²⁶⁵⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/146.01.05.10, Cléron, 12 août 1787, p. 01-02.

²⁶⁵⁸ *Ibid.*, p. 02-03.

²⁶⁵⁹ BCUL, FT, IS/3784/II/146.01.05.11, Arbois, 25 juillet 1787, p. 02.

Il précise ensuite que les autres sœurs se sont chargées des traitements et qu'elles « ont encore pour elle les attentions et la charité la plus héroïque »²⁶⁶⁰, mais que la malade reste dans un état qui alterne entre mélancolie et gaieté. Il prie donc Tissot de lui venir en aide, précisant qu'il écrit de son propre chef ces quelques commentaires et qu'il les rapporte à l'« inscu »²⁶⁶¹ de la mère supérieure du couvent qui est l'auteur du mémoire de consultation joint.

Cette solidarité communautaire, à l'égard de ses semblables, religieux ou non, est fréquente dans les courriers d'ecclésiastiques. Le courrier de l'abbesse du monastère de Ste-Claire à Évian témoigne d'un tel souci, ressenti par toute la communauté, et attendant à la situation de l'une de ses membres. Victime d'un engourdissement du corps, cette religieuse de 28 ans, qui a déjà été consultée par Tissot pour des coliques, n'est aujourd'hui plus en mesure de lever suffisamment le bras pour fixer une épingle à son voile. Cette « triste situation »²⁶⁶² affecte toutes les sœurs et c'est donc toute la congrégation qui se trouvera « consoler »²⁶⁶³ si l'aide de Tissot pouvait guérir la malade. L'abbesse signe d'ailleurs sa missive en son nom, mais également en celui de ses « soeurs religieuses »²⁶⁶⁴.

Outre la charité inhérente à leur fonction, les religieux ont également un égard pour leur communauté, religieuse ou laïque, qui témoignent d'un réel intérêt pour leurs concitoyens et même pour le corps social, ainsi qu'en témoigne la courte lettre du pasteur A. L. Decoppet à propos d'un agriculteur de sa paroisse. Ce malade, dont le pasteur pense qu'il est atteint d'une maladie des nerfs, aux vues des symptômes et des accès qu'il a, viendra lui-même porter la lettre à Lausanne, mais l'ecclésiastique tenait à le recommander, insistant notamment sur l'importance du retour à la santé d'un sujet si utile à la société :

Je prens la liberté de vous recommander cet honet homme, mon paroissien ; vous conserverés à la terre un excellent cultivateur, à la société un sujet utile, un bon mari, et un pere dont un enfant qui vient de naître auroit grand besoin²⁶⁶⁵.

Cette considération pour autrui et pour la santé de la communauté n'est pas uniquement le fait des tiers religieux, mais habite alors les citoyens d'un Ancien Régime qui a été gagné, ainsi que nous l'avons montré, par l'idée de la santé pour tous. D'autres responsables de « communautés » s'intéressent ainsi à la santé de leurs membres, comme Monsieur Landsee, bailli du cardinal de Constance, qui écrit à Tissot le 11 janvier 1774 à propos du boulanger de son bailliage atteint du « mal caduc »²⁶⁶⁶, témoignant par là même d'un intérêt pour la santé de la société.

Le courrier de Monsieur Barbier²⁶⁶⁷ confirme à son tour de l'existence d'une attention collective partagée pour la santé dans le second XVIII^e siècle. Principal au collège de Bellelay, il écrit à Tissot à propos d'une ordonnance de régime que le médecin vaudois devait envoyer pour deux de ses élèves, apparemment deux frères, Messieurs DuBourget,

²⁶⁶⁰ *Ibid.*

²⁶⁶¹ *Ibid.*, p. 03.

²⁶⁶² BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.02.17, Evian, 22 avril 1773, p. 01.

²⁶⁶³ *Ibid.*, p. 02.

²⁶⁶⁴ *Ibid.*, p. 03.

²⁶⁶⁵ BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.06.01, Aigle, 29 novembre 1767, p. 02.

²⁶⁶⁶ BCUL, FT, IS/3784/II/149.01.07.09, Kaiserstul, 11 janvier 1774.

²⁶⁶⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.05.02, Le Walder, 4 janvier.

que Monsieur Barbier avait lui-même conduit en consultation à Lausanne et pour lesquels il n'a pas encore reçu de recommandations du médecin vaudois. Il prie Tissot de lui en faire parvenir un second et exprime ensuite son inquiétude à propos de deux autres enfants contaminés par l'un des deux premiers malades :

Depuis mon retour de Lausanne je me suis aperçu que deux autres de nos enfans avoient un commencement de teigne ; ils l'ont surement hérité de Mr DuBourget pour s'être amusé avec lui ou peut-être pour avoir été peigné avec le même peigne que lui²⁶⁶⁸

Les deux nouveaux malades ne sont pas encore trop atteints, mais l'inquiétude du principal est bien là et se porte spécifiquement sur la possible contagion des membres de son collègue. La demande qu'il exprime à Tissot est une requête de conseils d'hygiène autant que de traitements : « je vous prie de vouloir bien me marquer si l'on ne pourroit pas empêcher la maladie de s'étendre surtout dans le premier, ou s'il faudra le traiter comme Mr du Bourget »²⁶⁶⁹. La crainte du responsable pédagogique est d'ailleurs légitime puisque la teigne, comme nous l'apprend une seconde lettre envoyée trois semaines plus tard²⁶⁷⁰, s'étend à d'autres de ses pensionnaires. « Je crains infiniment », dit-il, « que notre collègue n'en soit entièrement infesté, ce qui me mettroit dans un cruel embarras. La gâle qu'ils avoient eue d'abord reparoit aussi. Ayez la bonté Monsieur de nous éviter ce malheur »²⁶⁷¹. Responsable d'une communauté, ce principal se voit contraint d'envisager des mesures d'hygiène qui relèvent bien d'une considération pour la santé « publique » de ses concitoyens. Et il n'est pas le seul dans ce cas.

Le 10 mai 1769, le Lieutenant Demoutier²⁶⁷² écrit depuis Épinal pour signaler à Tissot que son régiment de cavalerie, qu'il dirige au nom du Duc de Chartres, est ravagé par la dysenterie depuis leur installation dans la ville vosgienne. Il a déjà perdu plusieurs soldats du fait de cette épidémie qu'il attribue à « la crudité et la vivacité de l'eau de la riviere »²⁶⁷³. En prévention, il a interdit à ses hommes de consommer l'eau de la rivière, mais cela n'a pas les effets escomptés. La maladie persiste et même augmente, malgré la bonne alimentation dont les soldats peuvent profiter en ce lieu. Le lieutenant est véritablement affecté de la situation de ses hommes, d'autant plus qu'ils ne sont pas les premiers à subir cette affection :

Je ne peux voir sans douleur une destruction [illisible] multipliée ce quoique plusieurs regiments qui m'ont precedés dans ce quartier-cy ayent éprouvées de pareils evenemens, et ayent perdus beaucoup de monde, je n'en desire que plus ardemment d'opposer quelqu'obstacle à ces malheurs ; l'air de ce pays-cy, quoique vif, ne me paroît pas malsain²⁶⁷⁴.

Il supplie donc Tissot de lui communiquer des moyens de prévenir cette épidémie, des moyens si possibles peu coûteux car, pour un régiment de 400 hommes, « une oeconomie indispensable empeche les secours qu'un particulier pourroit se procurer »²⁶⁷⁵. Ce dernier

²⁶⁶⁸ *Ibid.*, p. 01-02.

²⁶⁶⁹ *Ibid.*, p. 02.

²⁶⁷⁰ BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.05.03, Le Walder, 23 janvier

²⁶⁷¹ *Ibid.*, p. 02.

²⁶⁷² BCUL, FT, IS/3784/II/144.04.08.01, Épinal, 10 mai 1769.

²⁶⁷³ *Ibid.*, p. 02.

²⁶⁷⁴ *Ibid.*

²⁶⁷⁵ *Ibid.*, p. 03.

courrier est exemplaire de l'intérêt grandissant pour l'air et l'environnement des hommes dans la prise en charge collective de la santé dont nous avons retracé l'importance dans le développement de la médecine moderne. Mais au-delà de cette perspective, il témoigne, avec les précédents exemples, de l'importance de ces tiers lointains qui écrivent à Tissot pour autrui, et qui dévoilent la dimension éminemment sociale, voire politique, de la santé dans le dernier tiers du XVII^e siècle en Europe et notamment en France.

La maladie est certes une expérience individuelle, mais elle est également une expérience sociale, puisque la souffrance de l'individu a des effets directs sur la communauté à laquelle il appartient. L'implication des tiers, qu'ils soient des proches, des soignants consultés, ou des connaissances prenant l'initiative de la consultation, témoignent ainsi de la portée collective de la problématique de la santé et de la nature profondément sociale de la médecine. La maladie, ainsi que l'a parfaitement résumé Séverine Pilloud est « un désordre corporel affectant un individu [qui] implique également des perturbations dans la collectivité sociale »²⁶⁷⁶. La relation médicale est toujours déjà une relation médecin-malade-société, ce qui permet d'envisager ses conditions de possibilité, auxquelles la correspondance Tissot nous donne accès, comme des normes dépassant le simple cas individuel mais répondant bien à des enjeux collectifs. La participation des tiers à la négociation de sens et d'usages des malades valident en quelque sorte notre ambition de considérer les démarches d'autonomie dont font preuve les malades à l'égard des normes théoriques et pratiques de la médecine des Lumières comme représentatives d'une attitude partagée par la communauté de leurs semblables, au moins les membres de la classe socioéconomique favorisée.

²⁶⁷⁶ Pilloud, S., 1999, « Mettre les maux en mots, médiations dans la consultation épistolaire au XVIII^e siècle : les malades du Dr Tissot (1728-1797) », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 16, p. 215-245, ici, p. 239.

UNE EXPÉRIENCE SOCIALE ET POLITIQUE DE LA MALADIE ET DE LA MÉDECINE

En dévoilant l'expérience de la maladie et de la médecine, ainsi que la quête d'autonomie et de reconnaissance qu'elle implique, comme une polyphonie, l'étude du rôle des tiers dans la correspondance Tissot nous ouvre la voie à une possible généralisation des analyses réalisées. La multiplication, pour ne pas dire la multiplicité, des voix présentes dans les récits de malades nous permet d'envisager, au-delà des cas individuels, les linéaments de ce qui apparaît bien comme la culture médicale du second XVIII^e siècle.

Une expérience sociale et culturelle

Tout d'abord, les individus malades appartiennent, toujours, à un groupe familial, amical ou professionnel qui est partie prenante de l'expérience qu'ils font de la maladie comme de la médecine. Ce n'est pas simplement que les tiers partagent le quotidien, les souffrances, les craintes et les espoirs des malades, ils participent pleinement à l'expérience individuelle qui dès lors prend la forme d'un vécu collectif, d'une expérience de nature sociale, puisqu'organisée par le groupe, pour le groupe, autour d'un même langage, d'objectifs communs et de représentations partagées. Envisagée d'un point de vue élémentaire, c'est-à-dire à partir de chaque récit singulier, la maladie et l'adoption du rôle de patient appartiennent déjà au domaine social, puisqu'ils relèvent de débats, d'échanges, de négociation, bref d'intérêts collectifs. Mais, prise globalement, la correspondance Tissot, en démontrant la répétition de ce schéma à toute une classe sociale, redouble la perspective communautaire à une échelle sociale plus générale. Les groupes au sein desquels s'organisent les rapports des individus malades au monde médical ont eux aussi en commun une grammaire, des attentes, des objectifs et des représentations : ils forment une véritable culture médicale laïque. Il existe en effet un discours médical non professionnel, organisé sans pour autant être formalisé, incluant des savoirs propres, des techniques particulières, et surtout un certain pouvoir. Comme l'a montré Philip Rieder dans la vaste étude qu'il a consacrée aux malades du XVIII^e siècle, la figure du patient est une construction sociale s'appuyant sur une culture propre aux usagers²⁶⁷⁷. Le recours à différentes théories médicales, la négociation des traitements et des conseils, l'autonomie – qui sont des éléments communs aux différentes demandes effectuées par les malades et leurs proches – forment bien le canevas d'une culture que les médecins peuvent certes partager, mais qui n'est essentiellement pas la leur. Une culture médicale où les nosologies et les nosographies n'ont pour ainsi dire aucune place, où les corpus de connaissances n'ont d'autres unités que la correspondance au vécu qu'ils offrent dans l'usage, où les soignants n'ont pour domaines d'expertises que ceux que la réputation leur confère. Malgré ses contours flous, sa cohérence mouvante et ses critères plus empiriques que rationnels, cette culture existe, en tant que telle, et façonne l'expérience médicale des usagers, malades ou tiers.

Mais au-delà du constat que l'on peut réaliser en analysant les archives et en repérant la régularité de certaines attitudes, de certaines représentations, l'existence de schèmes que la multiplicité des sujets en jeu validerait comme une culture propre, il convient de reconnaître aux médiateurs, si l'on poursuit l'analyse de Flahaut, une importance plus symbolique que pragmatique. En effet, ce n'est pas tant parce qu'ils sont physiquement

²⁶⁷⁷ Rieder, P., 2010, *op. cit.*

présents dans les usages langagiers des malades que les médiateurs confirment la dimension sociale des expériences alors engagées, mais parce qu'ils rendent symboliquement possibles l'institution d'un sens partagé. En constituant de manière collective le rapport de place du malade, les différents narrateurs, les multiples auteurs effectifs des discours des malades ne feraient qu'incarner l'altérité essentielle du Langage. De ce point de vue, leur participation à l'acte langagier du sujet malade viendrait redoubler le rôle constitutif de l'Autre, déjà présent dans le langage lui-même, en lui donnant corps. En ce sens, les médiateurs et tiers incarnent, au sens fort du terme, l'un des éléments fondamentaux de la constitution de soi dans le langage que Flahaut nomme l'« espace de reconnaissance du sujet » (ERS). Cet ensemble de dispositions tempérantes et régulatrices²⁶⁷⁸, à partir duquel les individus fondent leur subjectivité autant que la société²⁶⁷⁹, est une instance symbolique qui joue le rôle de Tiers absolu dans la constitution des identités. Incarné par les tiers qui s'infiltrèrent dans la constitution du rapport de places intersubjectifs, l'ERS se voit ainsi conforté comme domaine régulateur en acquérant alors une portée normative qui ne lui était pas d'emblée attribuée. Pour le dire autrement, l'ERS devient un véritable modèle, puisque les dispositions langagières régulatrices qu'il contenait se trouvent, par le renfort des tiers existants, validées par un autrui bien réel, qui lui offre une valeur de repères désormais incontournable.

Ce qui est spécifique dans la production d'un espace de réalisation des sujets, c'est l'institution et la figuration de la médiation ou instance tierce, et le fait que celle-ci fonctionne comme garante, pour les individus qui entrent en relation par son intermédiaire, du sentiment de leur existence²⁶⁸⁰.

La présence des tiers assure donc une portée sociale à la figure du patient de manière symbolique autant que pragmatique, puisqu'elle permet à l'ERS de s'imposer comme un espace de représentations, n'ayant plus uniquement une fonction de régulation tacite dans les échanges intersubjectifs, mais devenant un repère identitaire normatif. Il devient ainsi, pour le dire autrement, un modèle de la subjectivité malade du patient à la fois issu des différentes subjectivités constituées dans les expériences, et organisant également leur apparition. Il est *l'a priori* essentiel de l'expérience des malades et *l'a posteriori* qui qualifie la figure partagée du patient. Les schémas qui se répètent dans les différents courriers, et qui sont autant de caractéristiques communes esquissant la figure du patient portée par la culture médicale laïque, ne sont que les règles de circulation des signes et des images qui composent l'ERS. Ces normes n'impliquent pas de normation, puisque les sujets peuvent se réaliser, soit entièrement dans ce qui est implicitement défini soit dans une distance avec les limites proposées, selon une variation infinie de degrés. L'important ici est que la constitution de soi comme sujet malade puis sujet patient, qui s'opère de manière essentiellement collective dans les courriers de Tissot, renvoie dans un sens ou un autre (comme constituant ou comme constitué) à un modèle partagé instauré comme élément constitutif du social lui-même. L'ERS apparaît en effet comme le moteur de création des rapports de places²⁶⁸¹. Ce que nous avons envisagé comme relevant de

²⁶⁷⁸ Flahaut, F., 1978, *op. cit.*, p. 154.

²⁶⁷⁹ *Ibid.*, p. 160.

²⁶⁸⁰ *Ibid.*

²⁶⁸¹ *Ibid.*, p. 164.

l'intersubjectivité du dialogue s'impose finalement comme le modèle *a priori*, bien que résultant *a posteriori* des échanges réellement effectués, des possibles rapports de place s'instaurant entre les acteurs d'une interaction langagière. Les places que s'attribuent les malades dans la construction polyphonique de leur récit relèvent de la concrétisation d'autant de places potentielles, dont la variation infinie n'a pour limite que les enjeux relatifs à la culture médicale à l'œuvre dans la société en question, existantes dans l'ERS. Autrement dit, les malades, en organisant de manière autonome mais non indépendante leurs rapports à Tissot, participent tous d'un modèle culturel de relation médicale qui se détermine à mesure qu'il est pratiqué, mais qui est là, dans le langage, à la fois préalablement à la prise de parole et n'existant que par elle. C'est en ce sens que l'on peut comprendre que la culture médicale laïque des patients du second XVIII^e siècle « toujours mouvante, négociée et élaborée dialogiquement »²⁶⁸² trouve son unité dans l'acte langagier, que ce soit la grammaire des maux²⁶⁸³ et des corps²⁶⁸⁴, la demande exprimée²⁶⁸⁵, ou encore l'autorité narrative²⁶⁸⁶.

Sans nous positionner ici sur les enjeux propres à l'analyse de Flahaut qui situe le langage comme modèle de l'altérité, nous retenons néanmoins ici les outils qu'il propose car ils permettent de relever une dimension supplémentaire à notre analyse. En effet, ainsi envisagés dans une inscription sociale plus vaste, les rapports de place que nous avons analysés comme modèle de négociation interindividuelle entre Tissot et ses malades se dévoilent finalement comme les supports d'un modèle d'organisation sociopolitique de l'autonomie des malades avec une médecine affirmant déjà son champ d'exercice, ses principes scientifiques et ses enjeux sociaux.

Les enjeux politiques de la négociation des places

Si nous pouvons considérer l'établissement des rapports de place qu'opèrent les malades comme l'expression de leur culture propre, il nous alors est possible d'envisager la négociation qui s'ensuit, dans les dialogues intersubjectifs, comme un débat social, toujours en cours dans les expériences individuelles, entre la culture laïque des usagers et la culture médicale professionnelle qui se fait déjà jour dans la figure de Tissot. La relation du praticien lausannois avec ses malades prend ainsi la forme d'une relation du corps des soignants au corps social (comme un corps des soignés effectifs ou potentiels, autrement dit d'usagers). En effet, si la culture laïque tend à s'affirmer comme dominante, comme dépositaire première de l'autorité narrative dans la médecine des Lumières, au sens où elle a une primauté dans l'expérience de la maladie que font les individus, il ne faut pas pour autant considérer qu'elle est seule culture, l'unique référent. Au contraire, nous l'avons vu, les médecins, dont Tissot, possèdent leur propre culture constituée elle aussi d'un langage, d'une grammaire, de représentations, d'objectifs et d'enjeux spécifiques. Si les malades constituent leur culture en se jouant des normes médicales, ce n'est pas pour autant que la culture des médecins n'a pas sa propre place dans le siècle des Lumières. La négociation du rapport de place est à double sens et la culture médicale professionnelle tend également à

²⁶⁸² Pilloud, S., Hächler, S., Barras, V., 2004, *op. cit.*, p. 252.

²⁶⁸³ *Ibid.*, p. 504.

²⁶⁸⁴ Rieder, P., Barras, V., 2005, *op. cit.*

²⁶⁸⁵ Rieder, P., 2005, *op. cit.*

²⁶⁸⁶ Pilloud, S., 2011, *op. cit.*

s'affirmer dans le débat qu'elle entretient avec la culture laïque. Si nous avons pu apercevoir Tissot se pliant aux exigences de ses malades, adaptant sa pratique et son langage aux normes de leur culture, nous avons également pu constater qu'il travaillait à affirmer, à enrichir ou à affiner sa propre culture des cas qui se présentaient à lui. Le fait que Tissot puisse jouer, comme le font les malades, de différents référents médicaux ne veut pas dire qu'il ne tente pas d'asseoir sa médecine sur un paradigme gnoséologique plus unifié, moins diversifié. Ses ouvrages nous le prouvent : à l'image des malades qui tentent de convertir leurs médecins à leur interprétation, de même Tissot tente dans ses travaux de vulgarisation de convertir à son tour les malades potentiels, les usagers à ses propres vues. Les récits dans lesquels les malades écrivent à Tissot pour obtenir confirmation d'un diagnostic qu'ils ont établi à partir de ses ouvrages, à l'instar du courrier de Monsieur Nomar²⁶⁸⁷ qui a reconnu ses symptômes dans la lecture de l'*Onanisme*, sont à ce titre exemplaire. Cette autorité narrative de Tissot, que nous n'avons fait qu'entrevoir du fait de la nature majoritairement unilatérale du corpus étudié, se veut, elle aussi, porteuse d'une culture plus vaste. Ainsi que nous l'avons montré, Tissot est, peut-être plus que d'autres médecins de son temps d'ailleurs, le représentant d'une culture médicale singulière : la médecine éclairée. Lorsqu'il défend, auprès de ses malades, son point de vue et le rapport de place qui l'accompagne, le praticien suisse défend bien les principes de la médecine éclairée face à une culture qui ne les partagent pas entièrement. Il organise ainsi l'affirmation progressive de ce modèle singulier, qui est celui de la médecine moderne, dans le corps social. Chaque malade convaincu, chaque négociation menée à bien (c'est-à-dire du point de vue de Tissot, conduisant à l'adoption par le malade du rapport de places et de l'interprétation qui l'accompagne que lui proposent) participent de l'avènement d'une médecine professionnelle fondée sur un savoir dont la méthodologie est proprement scientifique. La lutte contre les charlatans, la transmission de ses connaissances médicales auprès du peuple, mais également sa volonté de modifier la perception de ses collègues ou de ses malades sont autant d'efforts pour instaurer comme modèle de référence cette médecine nouvelle qu'il revendique, autant de démarches d'organisations d'un corps médical moderne et de ses rapports au corps social de l'époque.

En ce sens, le partage de l'autorité narrative et la contractualisation négociée du rapport de places dans la relation médicale, qui nous étaient apparus comme déterminés, rendus possibles par les conditions épistémologiques et sociopolitiques du contexte dans lequel sont écrites les lettres, peuvent ici être envisagés comme constitutifs de ce contexte même. Nous pouvons, pour le dire autrement, inverser la perspective et lire la négociation qui se constitue entre Tissot et ses malades comme la mise en place, au niveau social, des conditions de possibilités d'une relation médicale dans laquelle les exigences relatives aux cultures des différents acteurs se maintiennent et s'équilibrent. L'instauration dans la négociation du rapport de place interindividuel vaudrait ainsi comme détermination des conditions politiques d'organisation des relations entre le corps social et le corps médical moderne naissant. C'est ce que nous confirme finalement la perspective sociopolitique élaborée par Tissot dans son œuvre, sa volonté d'agir au niveau social sur la formation des médecins, l'organisation des soins et l'éducation des malades. La primauté de la pratique sur la théorie, qui s'imposait comme principe de la médecine éclairée et justifiait ainsi l'ambition de Tissot de s'adresser au corps social, se révèle en dernière analyse comme le point d'ancrage de la compréhension de l'équilibre que le praticien lausannois était parvenu

²⁶⁸⁷ BCUL, FT, IS/3784/II/144.02.03.13, Genève, 8 octobre 1773.

à établir entre la culture laïque dominante et sa volonté de faire triompher sa culture médicale professionnelle scientifique. Ce qui permet l'établissement d'un rapport de place compatible, d'une relation médicale où chaque partie y trouve son compte, est moins l'absence de monopole médical et l'existence d'une pluralité de modes de représentations du corps que le principe tant épistémologique que politique de primauté de la pratique sur la théorie. C'est en effet cette valorisation des usages effectifs sur les discours qui permet de faire exister tant des marges interprétatives au sein desquelles le médecin comme le malade peuvent constituer un sens particulier à la maladie que l'instauration négociée de places qui lui sont relatives. Comme le résume François Flahaut, « quand un discours vaut comme totalité, il n'y a pas de place pour deux »²⁶⁸⁸. La reconnaissance épistémologique du primat de la pratique assure finalement qu'aucun discours ne puisse s'imposer comme le seul discours vrai sur la maladie. Il se présente alors comme le support d'une organisation politique des discours médicaux telle qu'elle permette toujours, sans pour autant imposer de modèle normatif, l'instauration d'une relation médicale éthique. Car ce qui peut apparaître comme un principe méthodologique formulé par une médecine en quête de scientificité n'est que la formalisation gnoséologique d'une réalité anthropologique, voire ontologique, essentielle, que mettent d'ailleurs en jeu les malades, et qui veut que la réponse au mal vécu soit une *praxis*, une activité, plus qu'une *theoria*, une contemplation.

D'un discours à l'autre

Sans prétendre conclure une analyse qui mériterait de plus amples développements, ni même présumer de la pertinence d'un modèle passé pour un projet futur, force est de constater que l'étude des modalités de subjectivation à l'œuvre dans la correspondance de Tissot nous permet néanmoins d'entrevoir la formulation la réponse au dilemme des Lumières qui apparaît en filigrane des échanges entre le médecin lausannois et ses malades. À l'image de la théorisation qu'en proposera Kant, un an seulement après la mort de Tissot, la valorisation de la pratique sur la théorie que ce dernier revendique comme principe de sa médecine éclairée, se veut l'expression d'une compréhension de l'exercice médical sous l'angle d'une anthropologie qui n'est pas connaissance du monde, mais description des usages qui peuvent en être fait. Tissot avait compris que la santé et la maladie concernent avant tout l'usage que l'homme fait du monde, plus que sa connaissance, et validait ainsi, sans le savoir, la partition que le philosophe allemand opérera entre la physiologie et la médecine, la connaissance de ce que la nature fait de l'homme de celle que l'homme fait librement de sa condition dans le monde. Le primat de la pratique sur la théorie que Tissot pose en principe métaépistémologique de sa médecine éclairée est une concrétisation de ce que Kant présentera comme la double nature de l'Anthropologie, à la fois connaissance de l'homme et connaissance des limites et possibilités de cette première connaissance. En laissant ouverte la possibilité d'une remise en question de ses principes théoriques par le contact concret avec le monde et avec les usages que les hommes déploient en son sein, Tissot assure à la médecine de ne jamais tomber dans le sommeil dogmatique, ni anthropologique. En plaçant au principe de sa médecine scientifique, le primat de la pratique, il maintient une possibilité de critique du savoir à l'aune de son application qui évite ainsi que le discours médical puisse prendre toute la place, puisse faire taire les autres discours relatifs à la santé et à la maladie, tout en assurant également la possibilité d'une

²⁶⁸⁸ Flahaut, F., 1978, *op. cit.*, p. 91.

prise en charge de ces autres cultures médicales au sein de celle scientifique et moderne qu'il valorise. Pour le dire autrement, il nous propose un modèle où l'autonomie de la médecine professionnelle peut se gagner non sur celle des malades, mais à partir d'elle. La médecine éclairée pourra s'imposer dans le corps social, précisément en ne s'imposant pas, mais en s'affirmant comme un usage parmi d'autres, mais un usage synthétisant les autres, sans les nier. C'est finalement sur la base de cette exigence qu'il s'impose de toujours faire valoir les usages, que Tissot peut soutenir l'existence d'une médecine professionnelle, fondée sur un savoir scientifique qu'assure une méthodologie rigoureuse, qui puisse promettre sérieusement des lendemains meilleurs au corps social. Car si le risque pathogène inhérent à la médecine existera toujours, le primat de la pratique permettra également en tout temps d'en minimiser l'impact, par un ajustement régulier de l'usage à faire des théories établies. Le dépassement du paradoxe de la médecine des Lumières qu'opère Tissot est celui que proposera Kant, de distinguer finalement la connaissance de ce que la nature fait de l'homme et la connaissance de ce que les hommes peuvent faire d'eux dans le monde, mais aussi de cette connaissance d'eux. La médecine éclairée peut conjuguer démarche scientifique et culture médicale laïque au sein d'une relation où le sens se négocie, parce qu'elle distingue la théorie de l'usage qui peut et doit en être fait. La possibilité de modérer l'application du savoir, n'interdit en rien de viser un savoir scientifique formalisé, clôt sur lui-même, concernant l'homme, le tout est de ne pas faire des principes gnoséologiques, des principes anthropologiques. Autrement dit, l'existence d'une connaissance sans sujet n'interdit pas de faire des sujets les critères de son application, à moins d'envisager la connaissance comme une connaissance déjà appliquée, comme un savoir dont l'intervention mondaine doit se fonder sur les normes de sa constitution.

Ainsi, l'étude de la correspondance Tissot, qui se voulait une herméneutique complétant comme un troisième temps les analyses précédemment effectuées afin de composer une véritable histoire critique de la pensée médicale, semble avoir atteint ses objectifs. Si nous retrouvons les fondements de notre analyse, nous les découvrons en effet sous un angle nouveau. D'une part, la théorisation kantienne dont la pertinence semblait s'affirmer théoriquement, trouve ici une confirmation dans l'assise pratique que lui offre le point de vue concret de la pratique médicale. D'autre part, l'organisation biopolitique de la médecine qui s'est théorisée au siècle des Lumières, avant de se concrétiser dans les décennies suivantes, apparaît ici sous un jour nouveau. Le modèle que nous avons pu mettre à jour dans notre généalogie comme la nécessaire voie à suivre pour la médecine en vue de sa professionnalisation se révèle bien ici comme un choix déterminé par des conditions sociohistoriques voire stratégiques particulières. En retournant l'objet pour l'aborder par le bas, c'est-à-dire en prenant à revers la « révolution médicale des Lumières »²⁶⁸⁹ afin d'explicitier comment le corps social a fait sien la promesse d'une médecine vis-à-vis de laquelle il avait pourtant peu d'égard, nous pouvons éclairer la naissance de la biopolitique d'un angle nouveau qui dévoile alors d'autres voies de problématisation possibles. Trop souvent considérée comme une organisation politique venant d'en haut pour s'appliquer au corps social, la biopolitique a eu tendance à passer pour un objet dont il convenait de faire la critique et de se départir, elle se révèle au contraire ici comme le rêve même d'une organisation sociale du soin, d'une politique

²⁶⁸⁹ Faure, O., 2001, *op. cit.*, p. 333.

médicale, au premier sens du terme²⁶⁹⁰, qui puisse répondre à ces transformations socioculturelles qui ont érigé la santé comme un besoin légitime pour tous²⁶⁹¹. Or, si la population a suivi les médecins, qu'elle considérait pourtant avec méfiance, c'est parce que ce qu'ils proposaient répondait à ses attentes. Il y aurait donc à poursuivre l'analyse ici esquissée pour effectuer une généalogie de la biopolitique entièrement envisagée à partir du corps social, mais c'est un travail tout autre qui sort de nos objectifs. Nous pouvons cependant déjà constater ici l'efficacité de notre démarche relativement au but que nous nous étions fixé.

La compréhension de l'émergence de la biopolitique comme un complexe de savoirs-pouvoirs ne nous a en effet pas permis de dépasser l'aporie de ses propres conséquences, nous demandant au contraire d'envisager cette construction sous un autre angle : celui du troisième partenaire de la relation, le corps social. Cette dialectisation de l'analyse historique, qui réinvestit un obstacle épistémologique en domaine d'étude heuristique, nous permet finalement de sortir de l'impasse en dévoilant la modélisation possible d'une réponse au dilemme fondateur des Lumières qui permettent d'envisager les conditions de possibilités épistémologiques autant que politiques d'une relation entre les médecins et les malades, entre la médecine et le corps social qui relève d'un rapport de place compatible. Un modèle qui prône, non pas à proprement parler une séparation, mais une nécessaire distinction entre les sphères du théorique et du pratique, et qui met l'accent sur leur constante liaison à l'aune d'un principe méta-épistémologique et anthropologique d'une primauté des usages subjectifs, envisagés comme autant de modalités d'individualisation et d'identification des sujets, sur les enjeux normatifs de la connaissance. Un tel modèle doit nous inviter, non à conclure sur le possible règlement de la crise médicale contemporaine, mais à en formuler une nouvelle problématisation, forte de ce regard nouveau, qui soit telle qu'elle ouvre la voie à des recherches, des expérimentations, des prises de décisions qui envisagent de repenser la médecine et ses valeurs à la lumière des enjeux anthropologiques qui forment son essence et qui doivent être la mesure critique de toute proposition épistémologique et politique de réforme.

²⁶⁹⁰ La politique reste avant tout le processus d'organisation de la société. Voir à ce propos, l'article « Politique » du *TLFi*.

²⁶⁹¹ Ce point a été explicité par Colin Jones (Jones, C., 1996, « The Great Chain of Buying: Medical Advertisement, the Bourgeois Public Sphere and the Origins of the French Revolution », *American Historical Review*, 101, p. 13-40).

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

[Il] faudra savoir reconnaître la pensée en sa contrainte anonyme, la traquer dans toutes les choses ou les gestes muets qui lui donnent une figure positive, la laisser se déployer dans cette dimension du « on », où chaque individu, chaque discours, ne forment rien de plus que l'épisode d'une réflexion²⁶⁹².

²⁶⁹² Foucault, M., 1966b, « Une histoire restée muette », *La Quinzaine littéraire*, n° 8, 1^{er}-15 juillet 1966, p. 3-4 (sur E. Cassirer, *La Philosophie des Lumières*, trad. fr. P. Quillet, Paris Fayard, coll. « L'histoire sans frontières », 1966), *Dits et écrits*, texte 40, vol. 2, p. 573-577, ici, p. 576.

Le parcours que nous venons d'effectuer à travers les siècles, les théories et les usages médicaux, les idéaux et les représentations, les rêves et les espoirs aboutis ou déçus, et finalement les craintes et les douleurs n'a pas, à proprement parler, de conclusion. La quête millénaire de l'homme pour l'amélioration de sa condition, pour le maintien ou le retour de la santé ne s'arrêtera pas. Certes, elle évoluera, elle changera d'aspects, de formes et d'objectifs, comme elle l'a déjà fait, mais la volonté individuelle et collective de vivre bien, loin des douleurs, des maladies et du déséquilibre, habitera encore et toujours l'homme, le rappelant à sa fatale, mais essentielle condition de mortel. Nous ne pouvons donc ici mettre un terme, ni même présenter un règlement final à la recherche d'accord²⁶⁹³ qui a fait l'objet de notre travail. Il ne nous reste qu'à faire un bilan de cette étude qui souhaitait réaliser un inventaire des valeurs qui organisent aujourd'hui le monde médical en France, et qui nous a finalement menée bien au-delà. Nous cherchions à penser l'actuel, mais notre travail s'est clôt, comme il s'était ouvert, sur le passé. Nous souhaitions faire le point sur la profession médicale, nous avons découvert le monde de ses usagers. Nous pensions nous limiter à la France, nous avons parcouru l'Europe et souvent traversé l'Atlantique. Nous envisagions penser la sortie d'une crise, nous en avons redécouvert les fondements. Nous voulions faire du sujet notre objet, c'est le corps qui s'est finalement imposé. Bref, de part en part, de bout en bout, le sens nous a débordé, les significations se sont multipliées, les niveaux d'analyse se sont accumulés, l'humanité dans son inénarrable complexité nous a rattrapé. Mais fallait-il s'attendre à autre chose, en abordant la médecine, les questions de santé et de maladie, qu'à voir partout le sens en excès ? Était-il possible d'imaginer seulement qu'en confrontant la condition humaine, nous pourrions ressortir de cette épreuve pétris de certitudes ? Notre objectif n'était pas là, notre résultat y semble donc conforme.

Bilan et rétrospective

Afin de problématiser la crise médicale contemporaine, de formuler les interrogations qui permettraient d'en cerner les tenants et les aboutissants, nous avons établi comme base de travail la réalisation d'un bilan des valeurs inhérentes à la profession médicale, un inventaire historique, retraçant, au fil des évolutions du discours médical professionnel, ses enjeux, ses principes et ses attentes. Le premier pas de notre généalogie nous a d'emblée surpris, puisqu'aux prémisses de la médecine moderne, nous retrouvions une situation critique, si ce n'est semblable, du moins similaire, à celle dont nous cherchions à nous déprendre. Au cœur de la médecine du XVIII^e siècle, les espoirs amorcés par la révolution scientifique et le monde nouveau qu'elle dévoilait, participait plus de l'obscurité que de la lumière. À cet étonnement succéda rapidement une interrogation, celle de la possibilité de faire de la subjectivité vivante, de cette immanente temporalité humaine, de cette indicible, mais ineffaçable qualité, l'objet d'un discours que l'espace et la quantité organisaient. Cette question, alors aporétique dans la France de l'Ancien régime, faisait l'objet de problématisation et de tentatives de réponses dans les pays étrangers qui en validèrent la pertinence. Au fil des échanges transnationaux, la médecine française envisagea finalement d'intégrer concrètement l'épistémologie révolutionnaire des sciences naturelles par la préparation d'une Révolution sociale et politique. Le modèle du citoyen militaire, qui

²⁶⁹³ Article « Conclusion », *TLFi*.

devait assurer, tant l'essor de la République que le développement de la science médicale, fut vite séparé des fondements idéaux qui avaient instaurés la fonction-sujet pour se concrétiser comme de la chair à canon scientifique.

De la modélisation kantienne de la subjectivité individuelle à sa réification comtienne comme cogito collectif et historique, le truchement révolutionnaire transforma définitivement les ambitions du siècle des Lumières en un pragmatisme scientifique aux conséquences ambivalentes. La physiopathologie de Bichat et le positivisme de Comte permirent certes à la médecine de gagner ses galons disciplinaires de savoir positif, tandis que l'Empire se chargeait de la reconnaître comme profession savante, les territoires corporels et institutionnels ainsi striés engagèrent définitivement le rejet de la subjectivité dans les marges souterraines d'un questionnement désormais imprononçable. Le XIX^e siècle se déploya ainsi, de changements de régimes politiques en progressives territorialisations des hommes par le savoir, comme un siècle flamboyant pour l'élite médicale et scientifique, mais de plus en plus sombre pour une population qui d'équipes de citoyens militaires devenait champ de bataille médical et hygiéniste. La sureté de l'expérimentation succéda aux tâtonnements de la clinique, éloignant plus encore les médecins des sujets à soigner à mesure que les séries prenaient le pas sur les cas. Au seuil du XX^e siècle, la figure de l'ingénieur conclut finalement le rêve d'autonomie de la profession médicale en associant à la reconnaissance étatique celle d'une population que la microbiologie faisait désormais espérer à des lendemains enfin meilleurs. L'éloignement progressif des acteurs de la relation médicale au profit d'un pouvoir des médecins désormais global sur une santé humaine, qui des éléments du corps humain aux conditions de la vie sociale, était devenue à son tour totale. Mais de l'autonomie à l'autorité, puis de l'autorité à l'autoritarisme, le chemin était court pour que la totalité se meuve en totalitarisme. Les victoires de la rationalité médicale, valorisées par une République en quête de nouveaux messies, ne devaient aveugler les foules que peu de temps, et bientôt l'image mythique que la médecine avait produit d'elle-même et sur lequel elle avait fait reposer l'ensemble de son organisation allait se confronter à ses propres limites. Ainsi, lorsque la seconde Guerre Mondiale abolit les frontières et déstabilisa les repères, c'est d'elle-même que la médecine s'engagea dans une barbarie que sa nature militaire et son oubli fondateur des consciences contenaient déjà en germes.

Au sortir de la guerre, alors que les corps et les consciences étaient meurtris de trop d'indifférence et de violence, un nouveau départ s'imposait une fois de plus dans un brouhaha d'espoirs et de craintes. L'indicible subjectivité, enfouie pour quelques décennies sous coup de boutoir d'une rationalité galopante, refaisait surface comme un problème à prendre en charge pour un rationalisme et une déontologie dont les fondements idéologiques s'étaient révélés au grand jour. La médecine contemporaine qui naquit alors, loin de remettre en question le passé, en tira au contraire des enseignements pour reformuler ses principes éthiques et scientifiques dans une continuité de fond masqué par un renouveau de forme. L'immunologie succéda à la biologie pour unifier un savoir formalisé du corps et de l'esprit, tandis que l'éthique médicale s'assurait de la prise en charge des lambeaux de subjectivité que l'objectivisme scientifique ne parvenait pas à matérialiser. La technique, mue en technologie, assurait à l'ensemble sa cohérence apparente et son pouvoir de séduction renouvelée. L'âge de la techno-science que la première moitié du XX^e siècle avait esquissé s'épanouissait dans un nouvel âge d'or économique et politique, où le futur importait plus que le passé. Seulement, l'absence de remise en question des principes qui avaient conduit la médecine à trahir son but et son

objet premier, les mêmes causes devaient conduire à des conséquences similaires. Le mythe sur lequel reposaient la rationalité et l'efficacité médicales, réinstauré puis renforcé par la biomédecine contemporaine, allait à nouveau confronter, cette fois sans intervention extérieure, la médecine française à ses propres failles et à ses propres contradictions. En enterrant, plus profondément et plus habilement encore, la subjectivité humaine sous l'objectivisme techno-scientifique, le dogmatisme médical se confronta à la corporéité et à la subjectivité de ses propres acteurs. L'objectivisme quantitatif d'une rationalité, qui ne se limitait plus depuis longtemps au simple domaine médical, commença à mettre en péril les médecins qui prirent alors conscience des enjeux de leur propre discipline, des impacts de leur organisation. La crise était là, dans la bouche des médecins qui se sentaient à leur tour dépossédés, désincarnés par un complexe techno-économico-politique sur lequel ils n'avaient finalement plus de prise. La pensée spatialisant qui leur avait permis de sortir de l'impasse de l'Ancien régime se retournait définitivement contre eux asséchant de toute subjectivité l'espace désormais conquis et stérilisé de l'ensemble des vivants. La crise trouvait alors ses premières formulations sous la plume de médecins et de penseurs critiquant, à juste titre, le rationalisme abstrait d'une gnoséologie qui avait établi une connaissance sans sujet et une pratique entièrement technique. La révolution médicale du XXI^e siècle se rêvait alors épistémologique²⁶⁹⁴, et ce, d'autant plus qu'un nouveau discours médical revendiquant d'autres principes de connaissance et d'action était apparu.

La médecine contemporaine ne peut, en effet, être résumée à ses développements scientifiques et éthiques, une donnée essentielle la qualifie comme nouveau paradigme : l'apparition, sur la scène publique, des malades et usagers comme acteurs à part entière d'un discours dont ils voulaient également se faire les auteurs. À la généalogie de la médecine moderne et contemporaine devait donc s'ajouter, pour rendre compte des valeurs en jeu dans la médecine actuelle et dans sa crise, le récit de l'émergence au cours du XX^e siècle, mais plus particulièrement dans sa seconde moitié, d'une formation discursive non professionnelle, issue des malades et du corps social dont l'influence sur la médecine et ses représentations devait devenir essentielle. Tandis que les médecins voyaient leur subjectivité niée, effacée, par leur propre épistémologie, les malades qui étaient réduits depuis longtemps au silence prenaient eux la parole. À partir de petits groupes associatifs encadrés par des médecins qui visaient à organiser la prise en charge autonome de soins relatifs à des affections chroniques, les « nouveaux malades » ainsi qu'on les nomma prirent rapidement, à partir des années 1960, plus d'importance dans le débat public relatif à la médecine, à la maladie et à la santé. Vite rejoints par des médecins déçus des formes et de la direction prise par leur profession et épaulés par des chercheurs qui commençaient à révéler les enjeux idéologiques et autoritaires de la médecine, les usagers de santé, groupe social rassemblant tant des malades que des bien-portants, mirent publiquement en débat la possibilité d'un autre discours médical, d'une autre culture de la santé, revendiquant une organisation nouvelle où ils trouveraient enfin la place d'acteurs qui leur revenaient de droit. Revendiquant des usages parallèles, des approches alternatives et une épistémologie différente, ils firent valoir, face aux institutions médicales et gouvernementales, une autonomie médicale effective établie sur une formation discursive propre. Les luttes juridiques succédèrent aux luttes sociales et politiques laissant entrevoir au début des

²⁶⁹⁴ Illich, I., 1975, *op. cit.*, p. 164 : « La solution saine de cette crise passe beaucoup plus par l'épistémologie que par la biologie ou la technologie médicale ».

années 1980 la possibilité d'une médecine renouvelée, révolutionnée par l'incursion pratique et épistémologique d'une subjectivité trop longtemps oubliée. L'apparition de l'épidémie de Sida engagea finalement une nouvelle battue des cartes. Tout d'abord, la médecine retrouva les pleins pouvoirs, tant elle était la seule à pouvoir lutter efficacement contre cette maladie qui faisait des ravages parmi la population. Mais, rapidement dépassée par la situation, la biomédecine qui vivait ici sa première grande défaite ouvrit la voie à une mobilisation sans précédents des malades et des usagers de santé revendiquant publiquement de nouvelles règles scientifiques et politiques de gestion des soins et de la production des savoirs scientifiques. Ce qui apparut alors comme une révolte des malades, si elle conduisait à peu d'acquis scientifiques, participa pleinement à rendre désormais incontournable la figure de l'usager de santé comme un acteur de droit du système de santé français, droit qui fut d'ailleurs reconnu légalement dès 2002. La donne était désormais différente, la crise se voulait épistémologique, mais elle était également irrémédiablement politique. La réponse au problème de la subjectivité devait passer certes, par des réorganisations épistémologiques du savoir médical et de ses enjeux pratiques, mais elle dépendait aussi pleinement de réformes organisationnelles du système de soins impliquant modifications politiques relatives à la participation des citoyens, ces usagers de santé devenus officiellement et effectivement autonomes en termes de santé et de maladie. La reconnaissance de la subjectivité dans la médecine contemporaine impliquait de reconnaître aux usagers le statut qui était le leur d'agents médicaux et sociopolitiques à part entière, c'est-à-dire de sujets pouvant être auteurs autant qu'acteurs de l'expérience individuelle et collective de la maladie et du soin.

À l'aune de ce bilan axiologique, une problématisation concrète, aussi complexe qu'elle se voulait complète, de la crise médicale actuelle était donc apparue. Mais avec elle se révélait une nouvelle facette de notre problématique. La subjectivité que l'on avait vue émerger comme un problème épistémologique, qu'un traitement philosophique avait permis temporairement de résoudre, refaisait surface, du fait de sa réapparition comme interrogation d'ordre sociopolitique, sous une forme nouvelle. La confrontation des conditions de possibilité de sa modélisation philosophique opérée sous la plume de Kant à la situation actuelle nous permit de mettre à jour le rapport intime de cette question à la formation anthropologique de notre *épistémè* moderne, expliquant sa constante résurgence. La subjectivité est l'impensé essentiel du socle anthropologique de notre culture. Ce constat, apparemment terminal, nous révéla finalement la partialité du bilan effectué. Une mise en lumière des valeurs en jeu dans la médecine contemporaine nécessitait en effet de compléter nos généalogies des discours médicaux par une analyse historique critique de la subjectivité non pensée, non théorisée, mais proprement vécue. Il nous fallait donc repartir de ce moment fondateur du siècle des Lumières où fut organisée et formulée l'articulation, propre à notre *épistémè*, entre les rêves scientifiques de lutte contre la maladie et les effets politiques possiblement néfastes de cette ambition sur le corps social, afin de mettre en lumière les modes historiques de problématisation de la question ontologique autant que politique de la subjectivité. Pour ce faire, nous avons complété notre étude par une analyse des modes de subjectivation individuels et sociaux mis en œuvre par les malades Dr. Samuel-Auguste Tissot dans leurs courriers de consultation. En reconstituant les modalités de mise en récit de l'expérience de la maladie et de son partage dans la relation médicale, nous avons pu mettre en lumière la primauté de l'autorité narrative du malade dans une expérience médicale où la négociation et la co-construction du sens et des usages s'imposaient comme norme. La nature collective de ces expériences apparemment

individuelles, révélée par l'omniprésence des tiers dans leurs différentes étapes, nous permit finalement d'envisager les cas individuels traités comme autant d'exemples d'une culture médicale laïque partagée par les malades et reconnue par les médecins du siècle des Lumières. La figure de Tissot comme représentant d'une médecine éclairée qui relevait d'une méthodologie scientifique, mais sur laquelle primait toujours l'intérêt sociopolitique, pouvait ainsi être relue à l'aune de son interaction avec un corps de soignants autonomes et véritablement agents de leur expérience médicale. Nous avons ainsi pu mettre en lumière les conditions historiques de possibilités d'une médecine à la fois discours scientifique et pratique sociale organisée autour de la subjectivité des usagers. Nous pouvions ainsi achever notre travail en proposant un modèle qui, sans prétendre s'appliquer directement à notre contemporanéité, lui fournissait néanmoins, tel un contrepoint, une problématisation efficiente des conditions de règlements d'une crise qu'elle vivait, sans pour autant l'avoir créée.

Si plusieurs difficultés, dont certaines ont déjà été explicitées, persistent à la suite de ce bilan, il convient, avant d'y revenir, de préciser que nos conclusions, les directions que nous avons indiquées pour permettre à la médecine du XXI^e siècle de sortir de la crise, sans se présenter comme une description normative, trouvent aujourd'hui un écho dans les développements récents des problématiques de participation des usagers à la biomédecine actuelle.

Les amateurs de la science biomédicale : vers une autonomie techno-scientifique

Les usagers de santé que nous avons laissés empêtrés dans les affres de la requalification médicale ou investis dans la normalisation biopolitique d'une autosanté consommée sur le marché de soins technoscientifiques sans recul critique ou considérations politiques, sont parvenus à réorganiser des pratiques de *self-care* au sein desquelles la dimension sociopolitique du *self-help* est redevenue présente. La rapide description de ces usages nouveaux s'impose ici tant pour valider le fait que nos analyses et conclusions peuvent prendre corps que pour rendre hommage à ces malades autonomes qui depuis le siècle des Lumières n'ont eu que peu de place, ou des places fictives, pour exister.

Loin de se complaire dans le *self-tracking*, les sujets interfacés ont retrouvé²⁶⁹⁵ de nouvelles voies de partage de leurs expériences aptes à inscrire ces dernières dans une universalité qui les qualifie comme des usagers autonomes au sens plein du terme. De nouveaux usages à la fois pragmatiques et radicaux²⁶⁹⁶ ont récemment vu le jour instituant de nouvelles politiques des usages qui sont autant d'expériences d'un rôle nouveau et prometteur pour les usagers : celui d'amateur. Contournant la récupération idéologique de la figure de l'expert opérée par l'institutionnalisation de l'usager, les sujets de santé ont

²⁶⁹⁵ Deleuze et Guattari avaient compris que toute réorganisation des fonctions, consécutive à l'affection des milieux et des rythmes par la territorialisation, induit également nouveaux regroupements des forces (Deleuze, G., Guattari, F., 1980, *op. cit.*, p. 386 et 394) L'autonomie et sa ritournelle, dont nous n'avions pu que constater la progressive disparition, devaient donc nécessairement réapparaître dans des agencements déterritorialisés inédits « bourgeonnant » aux frontières des nouvelles fonctions et forces territorialisées (*Ibid.*, 401).

²⁶⁹⁶ Potte-Bonneville, M., 2004 b, « Politiques des usages », *Vacarme*, 29 [en ligne, consulté le 21 février 2012] <http://www.vacarme.org/article1373.html>.

réinvesti les lignes de fuites dessinées pendant l'épidémie de sida²⁶⁹⁷ afin de développer des usages leur permettant d'éviter l'irréversible retour au statut de profane. Ils se sont donc repositionnés au cœur de la production, de l'innovation et de la diffusion des savoirs et pratiques techno-scientifiques pour poursuivre leur ambition d'autonomisation au-delà de la simple autosanté tant vantée aujourd'hui ou d'une participation aux instances publiques et scientifiques dont nous avons montré la subversion par les modalités d'application de la démocratie sanitaire.

Ces usagers nouveaux, qui peuvent se nommer « biohackers » ou « biopunks » tant ils se jouent des normes, usages et coutumes de la biomédecine renouvellent aujourd'hui les modalités d'autonomisation des sujets de santé en développant par eux-mêmes, à l'image de Kay Aull²⁶⁹⁸, des outils techno-scientifiques afin de prendre soin d'eux-mêmes²⁶⁹⁹. Appartenant au mouvement dit du « *Do It Yourself* », autrement dit « fais-le toi-même », ils investissent la production scientifique, indépendamment des structures professionnelles, pour en renouveler les usages et les représentations. Créateurs techno-scientifiques, sans pour autant être des professionnels reconnus, ces acteurs nouveaux se retrouvent sous le vocable d'« amateurs »²⁷⁰⁰ participant d'un investissement de la science biomédicale par les

²⁶⁹⁷ Dodier, N., Barbot, J., 2008, « Autonomy and Objectivity as Political Operators in the Medical World: Twenty Years of Public Controversy about AIDS Treatments in France », *Science in Context*, 21, p. 403-434.

²⁶⁹⁸ Découvrant en 2009 avec le reste de sa famille que son père était atteint d'hémochromatose, cette jeune diplômée de la première classe de bio-ingénierie du MIT développa un test de dépistage génétique pour cette maladie héréditaire à transmission autosomique récessive caractérisée par une hyperabsorption de fer par l'intestin conduisant à son accumulation dans l'organisme entraînant diverses pathologies. Plutôt que d'investir plusieurs milliers de dollars pour réaliser ce test dans un laboratoire institutionnalisé, elle se décida à installer un laboratoire dans un placard de son appartement afin de produire elle-même le test de dépistage qui lui permettait de savoir si elle était porteuse de la mutation C282Y du gène HFE et donc potentiellement de la maladie. Elle dépensa tout d'abord une centaine de dollars pour l'achat en ligne d'une alimentation haute-tension et d'un thermocycleur (Appareil permettant d'effectuer la réplication d'ADN ou PCR (*polymerase chain reaction*)), appareil nécessaire à l'amplification de sa séquence d'ADN. L'enzyme (RsaI) dont elle avait ensuite besoin pour opérer la réaction (restriction de la séquence ADN) fut obtenue à partir d'une bactérie présente dans la Nature. L'amorce (*primer*) nécessaire pour démarrer sa synthèse de brin par PCR lui fut fournie par l'entreprise biotechnologique dans laquelle elle avait un temps travaillé. Il lui suffisait d'entrer la séquence de lettres sur leur site Web et d'attendre la livraison des tubes de tests, le tout pour un coût équivalent à trente cents par lettre. Enfin, pour différencier les fragments de restriction obtenus, au moyen d'une électrophorèse sur gel d'acrylamide, elle utilisa simplement son alimentation et un sac de congélation en plastique comme contenant. Ainsi, pour quelques centaines de dollars, alors que le test en coûte plusieurs milliers en laboratoire accrédité, elle put, à la maison, tester sa salive et ainsi découvrir qu'elle portait elle aussi la mutation relative à l'hémochromatose. Elle savait désormais qu'elle avait au moins 50 % de chance de contracter la maladie (Nous reprenons ce récit à Wohlsen, M., 2011, *Biopunk. DIY scientists hack the software of life*, New-York, Current, p. 9-17).

²⁶⁹⁹ Nous nous permettons à ce propos de renvoyer à notre article, Klein, A., 2012, « Contribution à l'histoire du "patient" contemporain. L'autonomie en santé : du *self-care* au *biohacking* », *Histoire, médecine et santé*, 1, p. 115-128.

²⁷⁰⁰ Longtemps décrié parce qu'il était considéré comme un profane sans qualité productive contrairement au créateur celui qui étymologiquement « aime » ou « manifeste un goût de prédilection pour quelque chose » est reconnu comme proche du professionnel. En effet, selon une seconde signification apparue à la fin du XIX^e siècle, l'amateur ne se distingue du professionnel que par l'irrégularité, la moindre qualification ou le bénévolat attaché à son activité (Article « Amateur », *TLFi*). Reconnu comme un acteur créatif à part entière, notamment dans le domaine des pratiques techno-scientifiques, l'amateur est aujourd'hui devenu un acteur central de la société contemporaine notamment grâce au Web 2.0. et tend à en bouleverser les normes et les usages (Flichy, P., 2010, *Le sacre de l'amateur. Sociologie des passions ordinaires à l'ère numérique*, Paris, Seuil).

usagers qui réinventent les conditions politiques de sa production et de partage. Si les *biohackers*, comme les *quantified-selfers*, développent un *self-care* techno-scientifique, les démarches de l'amateur se distinguent de celles de l'expert. Si ce dernier reproduit, comme nous l'avons montré, les normes et usages techno-scientifiques, l'amateur, lui, loin de poursuivre les enjeux technocratiques, propose au contraire de nouvelles normes de pratiques et de représentations de la techno-science, imprégnées d'une forte attitude critique. En rétablissant dans leurs pratiques les relations entre *self-care* et *self-help*, ils font émerger une politique des usages apte à réinstaurer les relations entre le corps social, le corps médical et le corps politique, à l'aune d'une épistémologie politique qui fait écho à notre problématisation.

Fondé sur le bricolage (*tikering*), ces acteurs revendiquent des démarches scientifiques différentes, moins protocolaires, mais favorisant l'innovation et la découverte à l'image du laboratoire de séquençage génétique installé par Hugh Rienhoff dans le sous-bassement de sa maison de San Francisco²⁷⁰¹. La production technique n'est plus la conséquence d'un savoir scientifique acquis aux termes d'une formation spécifique, mais bien la prémisses, accessible à tous, du développement d'un savoir scientifique nouveau, tant en termes de contenus que de formes. C'est ce qui distingue ces amateurs que sont les *biohackers* des experts que sont les *quantified-selfers* : ils bricolent leurs propres outils dans la perspective de renouveler la science biologique, mais également ses usages sociaux et sa portée politique. Il s'agit d'être acteur et auteur de la techno-science afin de créer de nouvelles modalités d'exercice, à l'instar du bio-informaticien vénézuélien Guido Núñez-Mujica²⁷⁰² qui développa le LavaAmp²⁷⁰³ pour permettre une prévention à bas coût des épidémies qui ravagent son pays. Le renouvellement épistémologique prôné par les amateurs de la science biomédicale est interdépendant d'une volonté de changement sociopolitique. L'« outlaw biology »²⁷⁰⁴ dont ils se revendiquent relève de l'établissement d'un nouveau rapport social des sciences au politique fondé sur une éthique²⁷⁰⁵ de l'autonomie et du partage. Ainsi, l'autonomie expérimentée dans des pratiques de *self-care* telles que celles de Kay Aull n'a ainsi de sens qu'au sein d'une démarche plus vaste de *self-*

²⁷⁰¹ Avec ce laboratoire composé d'équipements rudimentaires ou usagés acquis pour moins de deux mille dollars, il souhaitait pouvoir tester lui-même les hypothèses qu'il émettait à propos des causes génétiques de la pathologie inconnue qui conduisait sa fille à ne pas se développer physiquement de manière anormale (Maher, B., 2007, « Personal genomics: His daughter's DNA », *Nature*, 449, p. 773-776). Pouvant ainsi amplifier des gènes spécifiques, dont il soupçonnait l'anormalité, il put soumettre au séquençage puis à la comparaison avec la banque de données GenBank près de 200 extraits du génome de sa fille, participant ainsi à identifier une forme inconnue de la variation de la maladie de Marfan nommée « Loey-Dietz » du nom de ses découvreurs. Partageant en parallèle ses travaux, avancées, découvertes ou désespoirs sur un site Internet (www.mydaughtersdna.org), créé pour l'occasion, il inscrivait ses travaux dans une perspective participative où sa recherche pouvait aider d'autres malades, tandis que ces derniers pouvaient l'aider à en apprendre plus.

²⁷⁰² Wohlsen, M., 2011, *op. cit.*, p. 49-59.

²⁷⁰³ Plus petit thermocycleur (PCR machine) au monde, il permet un dépistage plus facile et plus économique des épidémies qui ravagent les campagnes vénézuéliennes, telles que la fièvre hémorragique causée par le virus Guanarito, la dengue et le Chagas.

²⁷⁰⁴ Selon le titre d'un symposium qui s'est tenu les 29 et 30 janvier 2010 à UCLA.

²⁷⁰⁵ Voir à ce propos le code d'éthique développé par les *DIY Biologists* (<http://arcollab.org/2011/09/08/diybio-code-of-ethics/> [consulté le 22 septembre 2011]). Centrée sur le bricolage qui seul permet de développer de nouvelles perspectives qui à leur tour mènent à l'innovation, cette « charte » insiste sur l'*open access* qui promeut la science citoyenne et un accès décentralisé aux biotechnologies, sur la transparence qui vise à accroître le partage d'idées, de connaissances et de données et sur l'éducation qui engage le public à l'égard de la biologie, des biotechnologies et de leurs possibilités.

help, lui permettant ainsi d'acquérir une dimension épistémologique et politique critique à l'égard de la techno-science et donc apte à refonder la liaison du discours médical avec le corps social. Au modèle scientifique de la *Big Science*²⁷⁰⁶ fondé sur la propriété intellectuelle, où les découvertes produisent des brevets, les brevets des produits et les produits des profits qui, selon ses défenseurs, garde la connaissance embrigadée derrière les murs des grandes universités, des grands laboratoires, des industries et des gouvernements nationaux, ces tenants de l'*open access* souhaitent apporter la science et la connaissance sur la place publique afin d'en faire profiter le maximum de personnes²⁷⁰⁷. La connaissance rendue libre peut donner du pouvoir (*empower*) à chacun²⁷⁰⁸ tout en favorisant l'innovation scientifique. Les amateurs technoscientifiques valorisent ainsi une démocratisation massive de la culture scientifique dépassant la seule information pour fournir aux citoyens les moyens de comprendre et surtout de faire de la science²⁷⁰⁹. Pour eux, la culture scientifique doit permettre à tous d'être le contributeur actif de ses propres soins de santé, de la qualité de son alimentation, de leur eau ou de son air, bref des agents de leurs interactions avec le monde. Ils militent donc pour le libre accès aux outils et aux contenus de la connaissance afin que se développe une pratique privée et peu coûteuse de la science que renouvelle la vie démocratique des citoyens. Une nouvelle forme de validation scientifique des savoirs et produits médicaux par le biais de la communauté des citoyens de santé voit ainsi le jour à l'image de la Pink Army Cooperative, première coopérative pharmaceutique communautaire fondée en 2009 par le Canadien Andrew Hessel²⁷¹⁰. Une science médicale citoyenne digne d'un nouveau paradigme s'inaugure ainsi au sein de laquelle les usagers sont à la fois acteurs et auteurs du savoir, en accord avec les idées fondatrices de leur mouvement d'émancipation que sont l'entraide (*self-help*) et l'autonomie en santé (*self-care*) et retrouvent un statut de citoyen nouveau, partie prenante de la sphère sociale.

L'« amatorat »²⁷¹¹ techno-scientifique est ainsi le moyen, pour l'individu, de constituer son expérience d'autonomie comme une expérience politique, afin de permettre un investissement de la techno-science qui n'en renouvelle pas l'idéologie, mais qui invente

²⁷⁰⁶ Galison, P., Hevly, B., (éds.), 1994, *Big Science: The Growth of Large-Scale Research*, Stanford, Stanford University Press.

²⁷⁰⁷ Voir à ce propos le « manifeste biopunk » de Meredith Patterson (Patterson, M., 2010, *Manifeste biopunk*, [en ligne, consulté le 22 septembre 2011] <http://biopunk.hu/2011/01/10/biopunk-manifesto/>).

²⁷⁰⁸ Wohlsen, M., 2011, *op. cit.*, p. 81.

²⁷⁰⁹ Sur le développement et les enjeux des sciences citoyennes, voir : Charvolin, F., 2011, « La “cause” des sciences citoyennes », *Alliage*, 69, octobre 2011, p. 90-99 ; Gaudillière, J.-P., 2002b, « Mettre les savoirs en débat ? Expertise biomédicale et mobilisations associatives aux États-Unis et en France », *Politix*, 15/57, p. 103-124 ; Rabeharisoa, V., Callon, M., 2002, « L'engagement des associations de malades dans la recherche », *Revue internationale des sciences sociales*, 2002/1 n° 171, p. 65-73 ; Rabeharisoa, V., Callon, M., 1999, *Le pouvoir des malades. L'association française contre myopathie et la recherche*, Paris, Presses de l'École des Mines.

²⁷¹⁰ Ayant pour slogan, « One people, one cancer, one treatment », elle vise à créer un système où chaque patient – qui possède des parts de l'entreprise et s'y investit comme il le souhaite – assure le propre contrôle de son expérimentation thérapeutique et en partage les résultats. Si un traitement fonctionne pour un patient, il fait l'objet d'un test sur un autre et à partir de ces micro-expérimentations, la connaissance progresse. La science se produit ainsi par la mutualisation d'actions autonomes au sein d'un système entièrement partagé (*open source*) et participatif. Si la coopérative est aujourd'hui avant tout un concept tant le nombre de participants est encore insuffisant (2500 membres) (<http://pinkarmy.org/> [consulté le 22 septembre 2011]).

²⁷¹¹ Terme développé par Bernard Stiegler pour éviter la connotation négative du terme « amateurisme ». Voir, Stiegler, B., 2011, « Le temps de l'amatorat », *Alliage*, 69, p. 161-179.

au contraire une nouvelle alliance entre les sciences et la société²⁷¹² autour d'une citoyenneté renouvelée. Les amateurs sont des formes et des expériences d'« innovation ascendante »²⁷¹³ qui permettent d'inventer de nouveaux modes de production des connaissances comme de richesses reposant sur une autonomie qui s'accroît quand elle est partagée – ce modèle que nous avons observé dans les groupes d'auto-santé québécois. C'est cette dimension qui assoie d'ailleurs la portée de ce mouvement²⁷¹⁴ : en instaurant un contre-savoir effectif²⁷¹⁵, en devenant auteurs, ils modifient leur statut politique de celui d'acteur à celui d'agent effectif, devenant ainsi les moteurs d'une véritable révolution sociale²⁷¹⁶. En tant que citoyens techno-scientifiques, ils déterminent, par les processus originaux de socialisation²⁷¹⁷ qu'ils incarnent, les conditions de politisation de la fonction-sujet-interfacé. Inaugurant des usages interfacés, aptes à individualiser les sujets qui s'y adonnent, ces pratiques d'amatorat techno-scientifique témoignent de la possibilité d'avènement d'une médecine proprement contemporaine où le recours à la technique est source de renouvellement des enjeux politiques d'autonomie et non cause d'aliénation identitaire.

Loin de nous l'idée de présenter ici ce mouvement comme une panacée ou une conclusion. Il s'agit seulement de mettre en lumière l'existence de pratiques et de discours contemporains qui, parce qu'ils concrétisent une problématisation à la fois épistémologique, sociopolitique et éthique de la biomédecine, appuient la justesse et démontrent les difficultés de réalisation de nos affirmations finales. En effet, ces pratiques radicales des amateurs ne sont pas à même de fonder, seules, un renouveau de la figure de l'utilisateur suite à sa formalisation officielle. La démocratisation des choix scientifiques et techniques à laquelle elles invitent conduit à la généralisation de modes de production déhiérarchisés au sein desquels la séparation stricte entre professionnels et amateurs s'estompe avec celle entre producteurs et utilisateurs. Autrement dit, l'amateur – c'est ce qui fait la difficulté de la notion²⁷¹⁸ – tend à disparaître dans le mouvement de réalisation de ses ambitions épistémologiques et politiques. La citoyenneté scientifique qu'ils incarnent et qu'ils situent comme élément de réorganisation sociale, comme point d'ancrage de la figure de l'utilisateur, ne peut donc se fonder sur ce seul rôle. Mais, l'existence même de ces

²⁷¹² Levy-Leblond, J.-M., 2012, « L'«amatorat» peut changer les relations entre science et société », *Le Monde*, 4 mars 2012.

²⁷¹³ Gaudillière, J.-P., 2006b, « La culture scientifique et technique entre amateurs et experts profanes », *Alliage*, 59, p.3-9 [En ligne, consulté le 1er septembre 2011] <http://www.tribunes.com/tribune/alliage/59/page1/page1.html>.

²⁷¹⁴ Si le mouvement des *biohackers* reste encore majoritairement anglo-saxon, il commence néanmoins à prendre forme en France, notamment grâce à l'ouverture récente à Paris de La Paillasse, un laboratoire participatif se revendiquant comme « DIY Bio-Hackerspace » (<http://www.lapaillasse.org/> [consulté le 8 juillet 2012]).

²⁷¹⁵ Contrairement à ce qu'affirment Jouet et Las Vergnas en confondant les amateurs et les experts-profanes (Jouet, E., Las Vergnas, O., 2011, « Les savoirs des malades peuvent-ils être tenus pour des savoirs amateurs ? », *Alliage*, 69, octobre 2011, p. 136-150).

²⁷¹⁶ À la mort de Steve Jobs, le *Wall Street Journal* voyait dans le bio-ingénieur Drew Endy, fervent défenseur de l'*open source biology*, son successeur, magnifiant ainsi l'idée que la biologie serait au XXI^e siècle ce que l'informatique avait été pour le XX^e : une révolution sociale issue de quelques bricoleurs. Hotz, R. L., 2011, « Drew Endy, Bio-Engineer: The 'Next Steve Jobs'? », *The Wall Street Journal*, 7 octobre 2011 [en ligne, consulté le 8 octobre 2011] <http://online.wsj.com/article/SB10001424052970203388804576617563914681284.html>.

²⁷¹⁷ Gaudillière, J.-P., 2006b, *op. cit.*

²⁷¹⁸ *Ibid.*

pratiques met en lumière la possibilité de politiques d'usages²⁷¹⁹ induisant un biais de partage universalisant des expériences singulières et toujours marginales des usagers.

À l'image de nos conclusions relatives à la médecine des Lumières, les pratiques des amateurs ne se veulent pas une solution, une réponse ou un modèle qu'il suffirait de transposer et de généraliser, elles sont toutes les deux des caisses de résonance, « telles que ce qui arrive aux uns fasse penser et agir les autres, mais aussi que ce que réussissent les uns, ce qu'ils apprennent, ce qu'ils font exister, devienne autant de ressources et de possibilités expérimentales pour les autres »²⁷²⁰. La participation des usagers qui détermine la citoyenneté scientifique vers laquelle tend l'amatorat et qui reste la question centrale de sortie de crise de la médecine contemporaine depuis l'épidémie de sida ne pourra être imposée ou exigée, elle ne devra même être organisée qu'*a posteriori*, car il ne revient à personne, mais seulement à tous, de choisir de s'engager sur telle ou telle route pour définir son avenir. Comme l'explicitent très justement Antonio Negri et Michael Hardt²⁷²¹, notre avenir sociopolitique reste individuellement et collectivement à inventer à l'aune de pratiques de résistance à la fois partielles et essentielles, mais dont nous ne pouvons être assurés ni des effets, ni du résultat avant de les concrétiser.

Aux frontières des disciplines : apports et limites de ce travail

Les problèmes que rencontre la médecine sont complexes, au sens où ils l'impliquent à tous ses niveaux d'exercice et d'existence, mais aussi parce qu'ils excèdent son simple champ. La complexité ne doit pas nous désarçonner, mais au contraire nous inviter à intensifier notre réflexion, à poursuivre nos interrogations. Bien qu'elle puisse laisser apparaître une certaine désorganisation²⁷²², la complexité comporte en effet une certaine cohérence, ainsi que s'est attaché à le défendre à le démontrer le philosophe Edgar Morin²⁷²³.

Sans revenir sur des constats dont nous avons déjà largement précisé le contenu et les détails, il nous faut néanmoins insister sur deux points essentiels mis en lumière par ce travail. Tout d'abord, comme l'avaient réclamé les usagers de santé et ainsi qu'avait commencé à l'engager le gouvernement français de François Mitterrand, une réflexion et un changement d'ordre épistémologique s'imposent aujourd'hui à la médecine française. L'approche nomothétique²⁷²⁴ ne peut seule suffire à la médecine dont nous avons pu démontrer qu'elle est autant un discours scientifique qu'une pratique sociale et une

²⁷¹⁹ Potte-Bonneville, M., 2004b, *op. cit.*

²⁷²⁰ Stengers, I., 2009, *op. cit.*, p. 199.

²⁷²¹ Negri, A., Hardt, M., 2000, *Empire*, Paris, Exils.

²⁷²² Article « Complexe », *TLFi*.

²⁷²³ Depuis la formulation de l'idée de « pensée complexe » dans *Science avec conscience* en 1982 (Morin, E., 1982, *Science et conscience*, Paris, Fayard), Morin n'a cessé de développer sa réflexion sur la complexité dans la suite de son œuvre. Nous pouvons donc ici renvoyer à la quasi-totalité de sa bibliographie. Pour un aperçu de son travail, voir Aït Abdelmalek, A., 2010, *Edgar Morin, sociologue de la complexité : une méthode pour dégager de nouveaux savoirs*, Rennes, Éditions Apogée et Fortin, R., 2000, *Comprendre la complexité : Introduction à la Méthode d'Edgar Morin*, Sainte-Foy – Paris, Presses universitaires de Laval – L'Harmattan.

²⁷²⁴ Pourtois, J.-P., Desmet, H., 2007, *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*, Paris, Mardaga, 3^e édition.

« science » finalement entièrement humaine. La nature subjective de l'objet concerné²⁷²⁵, la forme empirique de la pratique en jeu et l'implication ontologique du but visé²⁷²⁶ sont autant de raisons justifiant l'ouverture du discours médical à d'autres épistémologies qui puissent lui permettre d'intégrer d'autres cultures de la santé et de la maladie, d'autres approches du soin, d'autres formes de rationalités, mais surtout de s'exercer sans se limiter, sans se dénaturer et se défigurer. Comme l'avait déjà mis en lumière Jean-Jacques Wunenburger, le devenir de la médecine contemporaine passe nécessairement par la « conjonction réfléchie, exigeante, entre plusieurs médecines, dotées chacune d'influences sur la santé des individus »²⁷²⁷. La médecine doit donc s'épistémologiser²⁷²⁸, c'est-à-dire opérer un retour critique sur son propre fonctionnement gnoséologique actuel afin de le compléter de modélisations issues de différents domaines du savoir et de l'activité humaine ou même à partir de références à inventer²⁷²⁹ afin d'engager une mise en communication de son savoir avec d'autres formes de connaissances, de savoirs ou d'unités culturelles. Le pluralisme est nécessaire et doit être considéré comme une force plus qu'un problème, ainsi que le signalait déjà Bachelard²⁷³⁰, car il peut seul permettre de trouver des voies d'apaisement à la crise médicale en appelant la médecine à changer comme les malades à ne pas tomber dans l'antimédecine²⁷³¹ autour d'une conception autonome du soin comme continuation de l'effort vital de création de normes.

L'épistémologie est donc au cœur de cette révolution médicale qu'est la constitution d'une médecine nouvelle autour de la reconnaissance d'une autonomie hétéronome adjointe à un corps individuel et social entendu comme entité agissante. Car de sa philosophie à son anthropologie en passant par sa gnoséologie, son éducation et son éthique, c'est tout le discours de la médecine qui demande à être réorganisé à l'aune de l'autorité culturelle et matérielle de la biomédecine à produire des corps et des soi²⁷³². À partir d'un rationalisme qui ne laisse plus de « concepts en attente »²⁷³³, mais « adapte à la biologie des concepts proprement biologiques »²⁷³⁴, un empirisme rationalisé doit voir le jour, en évitant la

²⁷²⁵ Dagognet, F., 2010, « Préambule », Klein, A., (dir.), 2010, *Les sensations de santé. Pour une épistémologie des pratiques corporelles du sujet de santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, p. 9-12.

²⁷²⁶ Klein, A., 2010a, « "Les sensations de santé". Pour une philosophie des pratiques corporelles du sujet de santé », Klein, A., (dir.), 2010, *op. cit.*, p. 15-48.

²⁷²⁷ Wunenburger, J.-J., 2006, *op. cit.*, p. 219.

²⁷²⁸ Dagognet, F., 1999, *Les outils de la réflexion : épistémologie*, Le Plessis-Robinson, Empêcheurs de Penser En Rond, p. 73-84.

²⁷²⁹ L'historien des sciences et anthropologue Christopher Ketly, s'interrogeait en 2010, dans une étude consacrée à l'*outlaw biology* sur la nécessité d'inventer un nouveau langage pour parler des formes hybrides de production scientifique qui voient actuellement le jour (Ketly, C., 2010, « Meanings of participation: Outlaw Biology? », [En ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011] <http://outlawbiology.net/about/wtf/>).

²⁷³⁰ « Il est bien entendu que deux théories peuvent appartenir à deux corps de rationalité différents et qu'elles peuvent s'opposer sur certains points en restant valides individuellement dans leur propre corps de rationalité. C'est là un des aspects du pluralisme rationnel qui ne peut être obscur que pour les philosophes qui s'obstinent à croire à un système de raison absolu et invariable » (Bachelard, G., 1940, *op. cit.*, p. 140).

²⁷³¹ Canguilhem, G., 1988a, *op. cit.*, p. 68 : « La reconnaissance de la santé, comme vérité du corps, au sens ontologique, non seulement peut, mais doit admettre la présence, en lisière et comme garde-fou, à proprement parler, de la vérité au sens logique, c'est-à-dire de la science ».

²⁷³² Haraway, D., 1991, *op. cit.*, p. 356.

²⁷³³ Sur la notion de « concepts en attente », voir Moulin, A.-M., 1993, « La médecine moderne selon Georges Canguilhem. "Concepts en attente" », *Georges Canguilhem. Philosophe, historien des sciences*, Paris, Albin Michel, p. 121-134.

²⁷³⁴ Dagognet, F., 1955, *op. cit.*, p. 43.

double tentation d'occulter le sujet pour se concentrer sur l'objet et de se focaliser entièrement sur le sujet au point d'oublier l'objet²⁷³⁵. En suivant cette voie, il sera envisageable de retrouver une fonction instituante qui noue ensemble le biologique, le social, le subjectif²⁷³⁶, ne visant pas à légiférer ou à informer, mais à « proposer certaines limites, sans doute temporaires », à « faire avancer la conscience collective en restant à son écoute », à « améliorer la réflexion personnelle et sociale », en vue d'une « autonomie, qui ne soit pas normative »²⁷³⁷ qui se veut « un pari sur les valeurs de l'humanité »²⁷³⁸ qui sont également les valeurs de la médecine. Cette position de principe valorise également une perspective épistémologique non uniciste qui envisage les sciences à l'aune des formations discursives, les discours disciplinaires à l'aune de leur objet, et peut dès lors accueillir en son sein la multiplicité des méthodologies d'acquisition du savoir comme d'application réclamées par les pointes de déterritorialisations. Sans ce travail de remise en cause de ses propres fondements de discours scientifique, elle sera condamnée, nous l'avons vu, à devenir un champ stérile tentant vainement d'intégrer, comme des suppléments d'âmes, les contenus d'autres discours sans jamais pouvoir les prendre en charge réellement, dans leur forme même. Elle ne pourra donc que se conduire elle-même vers sa propre dispersion, son essentiel écartèlement. Si un tel travail est aujourd'hui incontournable, il n'est pourtant pas possible de conclure, comme le fait Philippe Abastado que la « vraie révolution médicale du XXI^e siècle sera épistémologique », car, c'est le deuxième de nos constats, cette mise en mouvement de la pensée médicale vers d'autres horizons épistémologiques dépend et implique que la médecine s'interroge également sur son incidence politique.

C'est le sens même de notre travail que d'avoir mis en lumière l'indissociabilité des enjeux sociopolitiques et épistémologiques de la médecine française contemporaine. Nous avons en effet pu démontrer au fil de ces pages que les choix épistémologiques que la médecine avait historiquement opérés étaient intimement liés à son développement social et politique, et que plutôt que de se répondre comme des causes et des effets, ces sphères interagissaient à plusieurs niveaux, se reflétant les unes dans les autres au point de former un ensemble complexe au sein duquel les problèmes et les solutions ne pouvaient être envisagées qu'à l'aune de leur champ multiple d'actions.

Parce qu'elle se rapporte à la condition humaine elle-même, la médecine est impliquée et implique toutes les dimensions de la vie humaine. Si la maladie nous emporte hors de nous-mêmes²⁷³⁹, la médecine ne peut que nous conduire hors de son propre champ. En ce sens, la révolution épistémologique qui s'impose pour ouvrir la rationalité médicale à la subjectivité et à la société ne peut se réaliser en dehors d'une évolution sociopolitique et économique. L'éthique que chacun souhaite ne peut être une injonction ou un impératif, mais doit prendre la forme d'un projet de société démocratique où les citoyens, médecins ou usagers, sont pleinement engagés. Les enjeux éthiques et scientifiques sont des enjeux de gouvernementalité, tant de soi par soi que de soi par les autres et pour les autres. La question du devenir sujet autonome ne peut se résoudre dans l'établissement d'une médecine de soi pour soi, dans l'humanisation d'une médecine pour les autres ou dans les aménagements à la marge de politiques de santé. Elle nécessite de réfléchir ensemble à un

²⁷³⁵ Masquelet, A.-C., 2009, *op. cit.*, p. 45.

²⁷³⁶ Legendre, P., 1992, *Les enfants du texte*, Fayard, p. 167.

²⁷³⁷ Hoerni, B., 1988, *op. cit.*, p. 22-23.

²⁷³⁸ *Ibid.*, p. 75.

²⁷³⁹ Marin, C., 2008b, *Hors de soi*, Paris, Éditions Allia.

système où la multitude²⁷⁴⁰, entendue comme tout et comme ensemble d'individualités, devient enfin actrice des choix qui la concernent. La crise de la médecine, parce qu'elle est une crise de la rationalité médicale, se veut une situation critique pour le monde occidental, puisque les valeurs qui en ont organisé le devenir sont celles qui ont déterminé le développement de nos sociétés politiques. C'est à ce titre que nous avons pu constater, au-delà des spécificités culturelles et territoriales de la médecine française, que les questions que nous soulevions trouvaient, dès l'origine de la médecine moderne, des échos dans les autres pays occidentaux. La question médicale apparaît de ce point de vue comme l'un des éléments, peut-être certes le plus central, mais non l'unique, d'une réflexion globale à laquelle l'Humanité est désormais, dans son ensemble confrontée. Le sujet, que la médecine tente de cerner, est un sujet vivant, corporel, spirituel, connaissant, agissant, individuel et collectif, toujours social. Il n'y a donc pas que dans le monde médical que la question de la subjectivité se fait jour, mais les enjeux ontologiques de ce champ disciplinaire en ont peut-être favorisé l'apparition précoce. De la gouvernementalité politique à la gouvernance financière, en passant par l'écologie, le travail ou simplement la vie quotidienne, partout une rationalité de forme similaire, impliquant une même mise en série des individualité, une même primauté de la quantité et de la moyenne, s'est imposée, et donc partout, mais à des échelles et sous des formes différentes, la question de la subjectivité se pose. Impliquer l'Homme, en tant qu'être vivant, mais surtout se vivant, dans les rouages de l'organisation du vivre-ensemble, est certainement l'enjeu essentiel du XXI^e siècle.

S'il n'est pas du domaine de ce travail de se pencher plus en avant sur ces réalités qui agitent nos sociétés, bousculent nos démocraties et révoltent nos subjectivités, il est de ses apports de pointer l'inaliénable enjeu sociopolitique de la question de la subjectivité et de la problématique médicale. De ce fait, il nous invite à nous méfier des solutions qui souhaiteraient s'imposer en traitant partiellement les problèmes, mais également de celles qui, ignorantes des évolutions historiques, tendraient à renouveler les écueils passés sous des formes policées. Il est trop tard, autant qu'il est vain, de tenter d'instiller, par des apports occasionnels ou des théorisations englobantes quelques grammes d'humanité dans un monde médical hypertéchnicisé, nous l'avons montré, le problème n'est pas là. Nous ne sommes pas dans le moment du soin²⁷⁴¹, mais dans le temps des catastrophes²⁷⁴², de l'indignation²⁷⁴³, de l'occupation²⁷⁴⁴, voire de l'insurrection²⁷⁴⁵. C'est à cet appel, en forme de cri déchirant le silence de l'indifférence, que nous avons voulu répondre – non au sens d'apporter une réponse, mais d'en recevoir la demande –, à cette inquiétude qui a envahie le monde médical et qui gagne progressivement tous les domaines de nos existences de sujet, en mettant en lumière la nécessité de production d'un tiers politique digne du monde cybernétique²⁷⁴⁶ actuel qui lui restitue un pouvoir de symbolisation du corps social qui soit issu des éléments de ce corps social lui-même par le truchement d'une gouvernementalité qui organise sur un modèle commun et continu le gouvernement de soi et le gouvernement

²⁷⁴⁰ Hardt, M., Negri, A., 2004, *Multitude*, Paris, La Découverte.

²⁷⁴¹ Worms, F., 2010, *Le moment du soin. A quoi nous tenons ?*, Paris, Presses Universitaires de France.

²⁷⁴² Stengers, I., 2009, *op. cit.*

²⁷⁴³ Hessel, S., 2010, *Indignez-vous !*, Montpellier, Indigène.

²⁷⁴⁴ Chomsky, N., 2012, *Occupy*, New York, Penguin books.

²⁷⁴⁵ Comité invisible, 2007, *L'insurrection qui vient*, Paris, La fabrique éditions.

²⁷⁴⁶ Le terme « cybernétique » provient du mot grec « *kubernesis* » qui signifie au sens figuré l'action de diriger, de gouverner.

des autres²⁷⁴⁷. Ce n'est en effet que par ce biais que notre contemporanéité pourra dépasser l'aporie de l'idéologie techno-scientifique au profit d'une biopolitique proprement éthique²⁷⁴⁸, tel qu'elle permette de reproduire politiquement les récits techniques qui ont émergé au croisement de la société disciplinaire finissante et de la société de contrôle naissante. C'est ainsi que les récits techno-naturels qui habitent déjà notre présent, tels que l'hybride²⁷⁴⁹ ou l'homme artifice²⁷⁵⁰, pourront passer du statut d'images symboliques éphémères à celui d'opérations symboliques instituant. Critique de la prétention philosophique, critique du dogmatisme épistémologique et critique du récit-technopolitique vont de pair pour que l'homme puisse être à nouveau ressaisi comme possible champ de questionnement philosophique, statut qu'il avait perdu aux prémises de notre modernité pour devenir un objet de sciences.

En participant ici au renouvellement d'une problématisation philosophique de l'homme, nous avons, à notre échelle, tenté de participer à ce projet qui est celui de notre siècle, et notamment en mettant en exergue, en résonance, quelques outils de réflexion qui demandent certes à être repris, retravaillés, critiqués, réarrangés, par nous et par d'autres, mais qui ont affirmé au cours de ces pages leur opérationnalité.

Le premier de ces outils est la réflexion philosophique transdisciplinaire que nous avons mise en jeu ici et qui, à l'aune des résultats que nous avons obtenu, a montré sa pertinence eu égard à notre objet d'étude. Tout en respectant les différentes disciplines dans leur spécificité épistémologique, dans leur rigueur méthodologique propre et dans leur champ défini, nous avons ici montré qu'il était possible de mutualiser les apports des différents champs de savoir au profit d'une visée commune. Cette démarche qui participe finalement de la validation des résultats de chaque branche par leur confrontation aux autres réaffirme la nécessité d'un découpage du monde au profit d'une connaissance qui peut alors se spécialiser tout en interrogeant la pertinence et les limites (notamment le risque de dispersion). C'est en ce sens que la mutualisation peut s'affirmer philosophique, car si le recours aux différentes disciplines sert la réflexion philosophique en ce qu'elle a de propre, c'est-à-dire une interrogation des évidences, une perpétuelle remise en cause des apparentes certitudes, et un questionnement d'ordre épistémologique sur le sens et la cohérence des savoirs qui lui sont extérieurs, la philosophie leur permet en retour de se singulariser autant que de participer à un projet commun qui sinon leur est inaccessible. L'interaction des champs disciplinaires en dévoile finalement tant la nécessité que l'absurdité, car c'est au sein de leur complémentarité que les connaissances sectorisées affirment leur pertinence à l'égard de leur objet propre. La transdisciplinarité tend, en dernière analyse, à questionner la philosophie elle-même, à la conduire à s'ouvrir à l'interdisciplinarité, à risquer elle aussi la confrontation de ses acquis aux résultats des autres. Elle acquiert, elle aussi, dans ce processus, la confirmation de sa nécessaire spécification, mais également quelque chose qui semble, aujourd'hui, souvent lui manquer, son rôle social. Ne pouvant, à proprement parler, revendiquer d'expertise, mais se devant, nous l'avons montré, de se confronter au réel et à l'actuel, le philosophe se trouve face à une interrogation fondamentale sur sa posture. Cette problématisation du rôle de la

²⁷⁴⁷ Foucault, M., 2008, *Le gouvernement de soi et des autres, Cours au Collège de France. 1982-1983*, Paris, Gallimard-Seuil.

²⁷⁴⁸ Dagognet, F., 1988, *op. cit.*, p. 10.

²⁷⁴⁹ Andrieu, B., 2008, *op. cit.* ; Andrieu, B., 2011, *op. cit.*

²⁷⁵⁰ Bourg, D., 1996, *op. cit.*

philosophie dans la société moderne est redoublée par la situation spécifique à la France. Notre territoire a en effet vu se constituer, de manières différentes avec Sartre et Foucault, une figure du philosophe comme intellectuel engagé, qui s'est ensuite brûlé les ailes aux lumières des médias. Les nouveaux philosophes ont en effet usés et abusés de ces derniers au point de retirer une part de la crédibilité sociale du philosophe. Il était donc nécessaire d'inventer de nouvelles formes d'interventions philosophiques, de nouvelles modalités d'interaction avec le corps social afin de réinstaurer un échange qui est à chacun nécessaire. En expérimentant sa complémentarité avec d'autres champs disciplinaires, la philosophie a, dans la transdisciplinarité que nous avons mise en œuvre, affirmé sa spécificité, sans se couper du monde, et a ainsi pu retrouver le sol du quotidien sans perdre l'abstraction contemplative qui la qualifie. Elle a par conséquent pu renouer, à l'aune des conditions socio-épistémiques de la contemporanéité, avec son essence de réflexion pratique²⁷⁵¹.

L'exemple concret, et paradigmatique, de la pertinence et de l'efficacité d'une telle transdisciplinarité à l'égard des disciplines engagées comme de l'objet étudié, est la notion de sujet, qui constitue le second outil valorisé dans notre travail. Ce concept qui, au-delà d'exemplifier la transdisciplinarité en assoit épistémiquement la possibilité et l'intérêt heuristique²⁷⁵², nous a permis de mener à bien notre étude en s'inscrivant comme un fil rouge à travers les siècles, les perspectives et les problématisations. La notion conjointe de subjectivité, autour de laquelle nous avons bâti notre étude sociohistorique de la médecine moderne et contemporaine nous a permis tant de mutualiser les apports des travaux historiques ou sociologiques qui s'étaient consacrés à la médecine, qu'à unifier leurs différents points de vue au sein d'une compréhension globale de la médecine comme formation discursive. Cette grille de lecture qui a fait ici, comme ailleurs ses preuves, témoigne du rôle essentiel de création de concept de la philosophie et de son potentiel heuristique à l'égard d'une enquête transdisciplinaire. En formulant une hypothèse sur la base d'un concept général, nous avons pu mutualiser les regards au profit d'une étude qui problématise à nouveaux frais les conclusions disponibles de manière à dénouer les apories, les obscurités et les impasses de la pensée. La notion de sujet médical nous a ici permis de nous situer en dehors des débats terminologiques, tel que celui qui anime la figure du non médecin, au sujet de laquelle les historiens comme les médecins ou les sociologues débattent aujourd'hui pour statuer sur le nom qui permettrait de le saisir dans sa diversité actuelle et passée, afin de les ressaisir de manière heuristique. Ainsi, dans notre cas, en partant de la figure du sujet de santé, nous avons pu envisager ses différentes postures ou rôles de patient, de malade, d'usager, de souffrant comme autant de rapports spécifiques, d'auteur, d'acteur, d'agent ou d'objet, à la médecine et au corps social, tout en nous permettant d'établir une grille de lecture apte à en retracer l'évolution. Il en est de même pour les médecins qui trouvent dans la catégorie de sujet médical une assise, en tant qu'énonciateur du discours de la médecine, qui les unit au-delà de leurs spécialités, de leurs exercices effectifs et de leurs relations à leur profession et à la société. En se centrant sur les modes de subjectivation, nous pouvons nous situer aux limites des figures et ainsi envisager leurs possibles franchissements, chevauchements ou reterritorialisations. Cette notion de sujet médical, dont nous avons déjà mis en lumière la pertinence et l'importance

²⁷⁵¹ Hadot, P., 1995, *Qu'est-ce que la philosophie antique ?*, Paris, Gallimard.

²⁷⁵² Resweber, J.-P., 2000, *op. cit.*, p. 125.

comme outil de description²⁷⁵³ et d'élucidation²⁷⁵⁴ épistémologique et historique, s'affirme ici comme un concept historiographique, mais également philosophique d'importance.

Certes, et c'est là une limite de notre travail, il reste encore, pour fonder au-delà de l'usage la validité et la pertinence de l'outil de « sujet médical » entendu comme analyseur historique, mais également catégorie ontologique, à conceptualiser la notion première de sujet, qui fut, entre l'annonce de sa mort et ses tentatives de résurrection, l'objet de controverses majeures au cours du XX^e siècle qui en rendent, aujourd'hui encore l'usage délicat. Néanmoins, au-delà du fait que ce soit principalement sa nature de fondement ontologique, plus que sa pertinence gnoséologique, qui ait été par le passé mise en question, nous avons déjà pu constater au cours de cette étude comme des précédentes, la force de ce concept pour penser autrement tant la médecine, son histoire, ses enjeux et son devenir que les conditions évolutives de notre existence corporelle, individuelle et sociale. Nous pouvons finalement y percevoir l'assise d'une réflexion à mener, parmi tous les chantiers que nous avons ici ouverts, sur l'intérêt épistémologique et historiographique de cette notion qui reste, en dernière analyse, le problème essentiel du philosophe : celui de comprendre comment le monde qu'il souhaite interroger en tant que sujet connaissant peut également être l'espace au sein duquel prend forme son devenir de sujet.

²⁷⁵³ Nous avons mis en pratique ces outils à propos de la médecine hippocratique, voir Klein, A., 2005, *op. cit.*

²⁷⁵⁴ Nous avons envisagé la reconstruction d'un discours médical nouveau à partir de la subjectivité médicale dans notre étude sur Frédéric Dubois d'Amiens, Klein, A., 2006, *op. cit.*

BIBLIOGRAPHIE

SOURCES PRIMAIRES

Manuscrits

FONDS TISSOT, Bibliothèque cantonale et universitaire de Lausanne IS3784/II/131.1-149.19 et IS3784/I/6-92.

TISSOT, Samuel-Auguste, 1765, « Plan d'instruction pour des médecins de village », mss.a. rédigé le 12 février 1765. Inédit, conservé dans le fonds Tissot, Département des manuscrit, Bibliothèque cantonale et universitaire de Genève, IS3784/1/30/3.

TISSOT, Samuel-Auguste, « Réflexions philosophiques », mss.a. s.d. Inédit, conservé dans le fonds Tissot, Département des manuscrit, Bibliothèque cantonale et universitaire de Genève, IS 3784/I/130/26.

TISSOT, Samuel-Auguste, « De la philosophie », mss.a. s.d. Inédit, conservé dans le fonds Tissot, Département des manuscrit, Bibliothèque cantonale et universitaire de Genève, IS 3784/67.

Articles, ouvrages et rapports

ANONYME, 1765, « Patient », DIDEROT, Denis, D'ALEMBERT, Jean, (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 12, p. 172.

ANONYME, 1765, « Sensorium », DIDEROT, Denis, D'ALEMBERT, Jean, (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 15, p. 55.

BAYLE, Gaspard Laurent, 1812, « Anatomie pathologique », *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, Panckouke, vol. 2. p. 61-79.

BERNARD, Claude, 1865, *Introduction à la médecine expérimentale*, Paris, J.-B. Baillière, Paris, Nouvel Office d'édition, 1963.

BERNARD, Claude, 1872, *De la physiologie générale*, Paris, J.-B. Baillière.

BERNARD, Claude, 1878, *Leçons sur les phénomènes de la vie*, Paris, J.-B. Baillière.

BERNARD, Claude, 1947, *Principes de médecine expérimentale*, Paris, Presses Universitaires de France.

BERTILLON, Louis Adolphe, 1857, *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine, précédées d'un essai sur la méthode statistique appliquée à l'étude de l'homme*, Paris, Masson.

BICHAT, Xavier, 1799, *Traité des membranes en général et de diverses membranes en particulier*, Paris, Richard, Caille et Ravier.

BICHAT, Xavier, 1800, *Recherches physiologiques la vie et la mort*, Paris, Bechet jeune et Gabon, 1822, 4^e édition.

BICHAT, Xavier, 1801, *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine*, Paris, Brosson, Gabon et Cie.

BOISSIERS DE SAUVAGES, François, 1772, *Nosologie méthodique ou distribution des maladies*, Lyon, Jean Marie Bruyset.

BONNOT DE CONDILLAC, Étienne, 1780, *La logique ou les premiers développemens de l'art de penser*, LE ROY, Georges, (éd.), 1948, *Œuvres philosophiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1948, Tome XXXIII, vol. 2.

CABANIS, Pierre Jean Georges, 1804, *Coup d'œil sur les révolutions et sur la réforme de la médecine*, Paris, De Crapelet.

CARITAT, Marie Jean Antoine Nicolas (dit le marquis de CONDORCET), 1793, *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain*, Paris, Éditions sociales, 1971.

CARPENTIER, Jean, 1973, « Tant qu'on a la santé, on en crève », *Tankonalasanté*, 1, p. 1.

COCHET, E., 1902, *Études sur S.-A Tissot (1728-1797). Thèse pour le doctorat en médecine*, Paris, L. Boyer.

COLLECTIF DE BOSTON POUR LA SANTÉ DES FEMMES, 1977, *Notre corps, nous-mêmes*, Paris, Albin Michel.

COLLECTIF, 1973, « Des médecins "s'accusent" », *Le Nouvel observateur*, Lundi 5 février 1973, n°430, Du 5 au 11 février 1973, p. 4-5 et 55.

COMITÉ D'ACTION SANTÉ, 1968, *Médecine. Ce texte n'est qu'un début*, Paris, Maspero.

COMITÉ D'ACTION SANTÉ, 1969, *Hôpital= silence + répression*, Paris, Maspero.

COMTE, Auguste, 1830-1842, *Cours de philosophie positive*, Paris, Hermann, 1998, 2 vols.

COMTE, Auguste, 1849, *Calendrier positiviste ou Système général de commémoration publique*, Paris, Librairie scientifique – industrielle de L. Mathias.

COMTE, Auguste, 1851-1854, *Système de politique positive ou traité de sociologie instituant la religion de l'Humanité*, Paris, Mathias, Carilian-Goëury et V. Dalmont, 5^e édition, 1929.

COMTE, Auguste, 1852, *Catéchisme positiviste ou Sommaire exposition de la religion universelle en onze entretiens systématiques*, Paris, Carilian-Goëury.

COMTE, Auguste, 1856, *Synthèse subjective ou Système universel des conceptions propres à l'état normal*, Paris, Victor Dalmont.

COMTE, Auguste, 1973-1987, *Correspondance générale et confessions*, Paris, Mouton – Maison d'Auguste Comte, Vrin, EHESS, 8 vols.

COMTE, Auguste, 1996, *Philosophie des sciences*, Paris, Gallimard Tel.

CORLIEU, Auguste, (dir.), 1896, *Le Centenaire de la faculté de médecine de Paris (1794-1894)*, Paris, Imprimerie nationale.

CUVIER, Georges, 1822, *Discours sur les révolutions du globe*, Paris, G. Dufour et Ed. D'Ocagne, 1825, 3^e édition.

- DE JAUCOURT, Louis, 1753, « Charlatan », DIDEROT, Denis, D'ALEMBERT, Jean, (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 3, p. 208.
- DE JAUCOURT, Louis, 1765a, « Maladie », DIDEROT, Denis, D'ALEMBERT, Jean, (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 9, p. 929-938.
- DE JAUCOURT, Louis, 1765b, « Médecin », DIDEROT, Denis, D'ALEMBERT, Jean, (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 10, p. 260.
- DE JAUCOURT, Louis, 1765c, « Médecine », DIDEROT, Denis, D'ALEMBERT, Jean, (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 10, p. 260-275.
- DE JAUCOURT, Louis, 1765d, « Sens interne », DIDEROT, Denis, D'ALEMBERT, Jean, (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 15, p. 31-33.
- DE VILAINE, Anne-Marie, 1976, *Un regard plus tranquille*, Paris, Julliard.
- DELUSSEAU, Louis, 1996, *AP-HP ou le voyage d'été*, Paris, ENS éditions.
- DESCARTES, René, 1637a, *La dioptrique. Six premiers discours*, DESCARTES, René, 1953, *op. cit.*, p. 180-229.
- DESCARTES, René, 1637b, *Discours de la méthode*, Leyde, Ian Maire, DESCARTES, René, 1953, *op. cit.*, p. 125-179.
- DESCARTES, René, 1644, *Les principes de la philosophie*, Paris, Henri Le Gras, DESCARTES, René, 1953, *op. cit.*, p. 553-690.
- DESCARTES, René, 1647a, *Méditations sur la philosophie première*, Paris, la veuve Camusat et Pierre le Petit, DESCARTES, René, 1953, *op. cit.*, p. 257-547.
- DESCARTES, René, 1664, *Traité de l'homme*, DESCARTES, René, 1953, *op. cit.*, p. 807-873.
- DESCARTES, René, 1953, *Œuvres et lettres*, Paris, Gallimard, La Pléiade.
- DEZEIMERIS, Jean-Eugène, 1838, *Lettres sur l'histoire de la médecine et sur la nécessité de l'enseignement de cette histoire*, Paris, chez l'auteur.
- DIDEROT, Denis, 1774, *Principes de politiques des souverains*, DIDEROT, Denis, 1829, *Œuvres philosophiques*, Tome 2, Bruxelles, Librairie philosophique, p. 201-268.
- DIDEROT, Denis, 1780, *Éléments de physiologie*, Paris, Didier, 1964.
- DREUILHE, Alain Emmanuel, 1987, *Corps à corps. Journal de Sida*, Paris, Gallimard.
- DUBOIS D'AMIENS, Frédéric, 1833, *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*, Paris, Deville Cavellin.
- DUFORT DE CHEVERNY, Jean Nicolas, 1886, *Mémoires (1731-1774)*, Paris, Perrin, 1990.
- EMCH-DÉRIAZ, Antoinette, 1987, « Auguste Tissot », SAUDAN, Guy, (dir.), 1987, *L'éveil médical vaudois 1750-1850*, Lausanne, université de Lausanne, p. 1-49.
- EYNARD, Charles, 1839, *Essai sur la vie de Tissot*, Lausanne, M. Ducloux.

FLOQUET, Charles, LECHOPIE, Alfred, 1890, *Droit médical ou code des médecins*, Paris, Octave Doin/Marchal et Billard.

FRANÇOIS, Alexis, 1911, « Correspondance de Jean-Jacques Rousseau et du médecin Tissot », *Annales de la Société Jean-Jacques Rousseau*, n°7, p. 19-40.

GAVARRET, Jules, 1840, *Principes généraux de statistique médicale*, Paris, Béché Jeune & Labé.

GENTIS, Roger, 1971, *Les murs de l'asile*, Paris, Maspero.

GENTIS, Roger, 1972, *Guérir la vie*, Paris, Maspero.

GROUPE INFORMATION SANTÉ, 1974, *La médecine désordonnée : D'une pratique de l'avortement à la lutte pour la santé*, Paris, Solin.

GROUPE INFORMATION SANTÉ, 1975a, *La médecine désordonnée : Supprimer l'Ordre des médecins. Vers un contrôle populaire sur la santé*, Paris, Solin.

GROUPE INFORMATION SANTÉ, 1975b, *La médecine désordonnée : À la recherche d'une nouvelle pratique médicale*, Paris, Solin.

HIPPOCRATE, 1839-1861, *Œuvres complètes*, Paris, J.-B. Baillière, trad. fr. É. Littré, 10 vols.

HIPPOCRATE, 1999, *L'Art de la médecine*, Paris, GF Flammarion, trad. fr. J. Jouanna et C. Magdelaine.

JAMOUS, Haroun, COMMAILLE, Jacques, PONS-VIGNON, Bernard, 1970, « Contribution à une sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières », *Rapport pour la délégation générale à la recherche scientifique et technique*, Paris, Centre d'études sociologiques.

KANT, Emmanuel, 1766, *Rêves d'un visionnaire par des rêves métaphysiques*, Paris, Vrin, 1989, trad. fr. F. Courtès.

KANT, Emmanuel, 1784, « Was ist Aufklärung ? », *Berlinische Monatschrift*, vol. IV, p. 481-491 ; « Réponse à la question "Qu'est-ce que les Lumières" », KANT, Emmanuel, 1991, *Qu'est-ce que les Lumières et autres textes*, Paris, Flammarion, trad. fr. J.-F. Poirier et F. Proust, p. 43-51.

KANT, Emmanuel, 1787, *Critique de la raison pure*, Gallimard, Folio essais, 1980, trad. fr. J. Barni, A. J.-L., Delamarre et F. Marty.

KANT, Emmanuel, 1788, *Critique de la raison pratique*, Paris, Gallimard, 1985, trad. fr. L. Ferry et H. Wismann.

KANT, Emmanuel, 1790, *Critique de la faculté de juger*, Paris, Flammarion, 2000, trad. fr. A. Renaut.

KANT, Emmanuel, 1793, *Les progrès de la métaphysique*, Paris, Vrin, 1980, trad. fr. L. Guillermit.

KANT, Emmanuel, 1795a, « Doctrine du droit », *Métaphysique des mœurs*, Paris, Vrin, 1993, trad. fr. A. Philonenko.

KANT, Emmanuel, 1795b, *Métaphysique des mœurs. Doctrine de la vertu*, Paris, Vrin, 1968, trad. fr. A. Philonenko.

KANT, Emmanuel, 1798, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, Vrin, 1964, trad. fr. M. Foucault.

KANT, Emmanuel, 2007, *Écrits sur le corps et l'esprit*, Paris, Flammarion, trad. fr. G. Chamayou.

LAENNEC, René, 1819, *De l'Auscultation médiate*, Paris, J.-A. Brosson et J.-S. Chaudé, 2 vols.

LAENNEC, René, 1826, *Traité de l'Auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur*, Paris, J.-A. Brosson et J.-S. Chaudé, 2 vols.

LANGLET, Jean-Baptiste, 1894, « Discours », *Union Médicale du Nord-Est*, 18, p. 310-322.

LE FRANÇOIS, Alexandre, 1716, *Projet de réformation de la médecine*, Paris, G. Cavelier fils.

LEFÉBURE, Ségolène, 1974, *Moi, une infirmière*, Paris, Stock 2.

LENGLET DU FRESNOY, Nicolas, 1756, « Fluxion », DIDEROT, Denis, D'ALEMBERT, Jean, (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 6, p. 923-924.

LOUIS, Pierre-Charles-Alexandre, 1835, *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*, Paris, J.-B. Baillière.

MANICOM, Jacqueline, 1974, *La Graine, Journal d'une sage-femme guadeloupéenne, dans une maternité parisienne en 1973*, Paris, Presses de la cité.

MAURICE, Janie, 1975, *Bruno, mon fils*, Paris, Stock 2.

MÉRAT, Gérard, 1975, *Moi, un médecin*, Paris, Stock

MINKOWSKI, Alexandre, 1975, *Le mandarin aux pieds nus*, Paris, Seuil.

MOLIÈRE, Jean-Baptiste POQUELIN dit, 1665, *L'Amour-médecin*, MOLIÈRE, 1968, *Le malade imaginaire - L'amour médecin*, Paris, Bordas, p. 151-180.

MOLIÈRE, Jean-Baptiste POQUELIN dit, 1673, *Le malade imaginaire*, MOLIÈRE, 1968, *Le malade imaginaire - L'amour médecin*, Paris, Bordas, p. 31-136.

ORFILA, Mateu Josep Bonaventura, 1828, *Éléments de chimie, appliquée à la médecine et aux arts*, Paris, J.-B. Baillière, Gabon et Cie, 4^e édition.

PAWINSKI, J., 1900, *Le « Self-help » de l'organisme dans certains cas d'angine de poitrine*, Paris, s.n.

PINEL, Philippe, 1797, *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, Paris, De crapelet.

PINEL, Philippe, 1807, « Résultats d'observations et constructions des tables pour servir à déterminer le degré de probabilités de la guérison des aliénés », *Mémoires de la classe des sciences mathématiques et physiques de l'Institut national de France*, Paris, Baudouin, p. 169-205.

- PRADAL, Henri, 1974, *Guide des médicaments les plus courants*, Paris, Seuil.
- PRADAL, Henri, 1975, *Les grands médicaments*, Paris, Seuil.
- PRUDHOMME, Madeleine, 1975, *Moi, une assistante sociale*, Paris, Stock 2.
- S.P.K., 1973, *Faire de la maladie une arme*, Paris, Editions Champ Libre.
- TENON, Jacques, 1788, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Imprimerie de Ph.-D. Pierres.
- THE BOSTON WOMEN'S HEALTH COLLECTIVE, 1973, *Our bodies, ourselves*, New York, Simon & Schuster.
- TISSOT, Samuel-Auguste, 1754, *L'inoculation justifiée, avec un essai sur la mue de la voix*, Lausanne, Bousquet.
- TISSOT, Samuel-Auguste, 1758a, *Dissertatio de febris biliosis anni 1755*, Lausanne, Bousquet.
- TISSOT, Samuel-Auguste, 1758b, *Tentamen de morbis ex manustupratione ortis*, Lausanne, Bousquet.
- TISSOT, Samuel-Auguste, 1760, *L'onanisme*, Lausanne, Grasset, (traduction et refonte complète du texte latin de 1758).
- TISSOT, Samuel-Auguste, 1761, *Avis au peuple sur sa santé*, Lausanne, F. Grasset.
- TISSOT, Samuel-Auguste, 1768, *De la santé des gens de lettres*, Lausanne, Grasset (traduction autorisée de TISSOT, Samuel-Auguste, 1766, *Sermo inauguralis de valetudine litteratorum*, Lausanne, Chapuis).
- TISSOT, Samuel-Auguste, 1770, *Essai sur les maladies des gens du monde*, Lausanne, Grasset.
- TISSOT, Samuel-Auguste, 1778, *Traité de l'épilepsie*, Lausanne, Chapuis.
- TISSOT, Samuel-Auguste, 1778-1780, *Traité des nerfs et de leurs maladies*, Lausanne, Chapuis, 4 vols.
- TISSOT, Samuel-Auguste, 1785, *Essai sur les moyens de perfectionner les études de médecine*, Lausanne, Mourer cadet.
- TISSOT, Samuel-Auguste, 1797, *Vie de M. Zimmermann*, Lausanne, Fischer et Vincent.
- TISSOT, Samuel-Auguste, 2009, *De la médecine civile ou de la police en médecine*, édité par M. Nicoli, Lausanne, BHMS.
- TOUSSAINT, François-Vincent, 1751, « Agent & Patient », DIDEROT, Denis, D'ALEMBERT, Jean, (éds.), 1751-1772, *op. cit.*, tome 1, p. 173.
- VICQ D'AZYR, Félix, 1776, *Mémoire instructif sur l'établissement fait par le roi d'une commission ou Société et Correspondance de Médecine*, s.l., s.n. [en ligne], <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?cote=56087&do=pdf>.

VICQ D'AZYR, Félix, 1790, *Nouveau plan de constitution pour la médecine en France présenté à l'Assemblée nationale par la Société royale de médecine*, s.l., s.n. [en ligne], <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?07319>.

VILLERMÉ, Louis René, 1839, « De la santé des ouvriers employés dans les fabrications de soie, de coton et de laine », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, tome XXI, 2^e partie, p. 338-420.

VON HALLER, Albrecht, 1757-1766, *Elementa physiologiae corporis humani*, Lausanne, Francisci Grasset, 8 vols.

Dictionnaires et articles de dictionnaire

ACADÉMIE FRANÇAISE, 1694, *Dictionnaire de l'Académie française*, Paris, J.-B. Coignard, première édition.

ACADÉMIE FRANÇAISE, 1762, *Dictionnaire de l'Académie française*, Paris, B. Brunet, quatrième édition.

ADELON, Nicolas-Philibert, (dir.), 1832-1846, *Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales considérées sous le rapport théorique et pratique*, par MM. Adelon, Béclard, Bérard, Biett et al., Paris, Béchet Jeune et Labé, 30 vols. 2^e édition.

ANDRAL, Gabriel, (dir.), 1829-1836, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, Gabon, Méquignon-Marvis, J.-B. Baillière, Crochard, 15 vols.

ANDRIEU, Bernard, BOETSCH, Gilles, (dir.), 2008, *Le dictionnaire du corps en Sciences humaines et sociales*, Paris, CNRS Editions, 2^e édition revue et augmentée.

DEZEIMERIS, Jean-Eugène, 1837, *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*, Bruxelles, Béchet Jeune.

DIDEROT, Denis, D'ALEMBERT, Jean, (éds.), 1751-1772, *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, Paris et Neuchâtel

IMBS, Paul, (dir.), 2004, *Le Trésor de la Langue Française informatisé*, Paris, CNRS édition, 2004 [en ligne] <http://atilf.atilf.fr>.

LALANDE, André, 1926, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige », 2002.

LECOURT, Dominique, (dir.), 2004, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France.

PANCKOUCKE, Charles Louis Fleury, (éd.), 1812-1822, *Dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et de chirurgiens*, Paris, Panckoucke.

REY, Alain, REY-DEBOVE, Josette, (dir.), 2007, *Le nouveau Petit Robert de la langue française*, Paris, Le Robert.

Textes de lois

Code de la santé publique [en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121028>

Code civil [en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20080121>

Code pénal [en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>

Médecine-Réforme de la loi du 19 ventôse an II, *Journal officiel*, 1892, p. 507-524.

Règlement fait par ordre du Roi, pour établir dans les hôpitaux de Strasbourg, Metz et Lille, des amphithéâtres destinés à former en médecine, en chirurgie et en pharmacie, des officiers de santé pour le service des hôpitaux militaires du royaume et des armées, 22 décembre 1775.

SOURCES SECONDAIRES

Articles de journaux

ALIA, Josette, 1973, « Crise chez les médecins », *Le Nouvel Observateur*, n°431, 12-18 février 1973, p. 50-52.

BEGLEY, Sharon, 2012, « Technological healing », *Technology review*, January/February 2012, [en ligne] <http://www.technologyreview.com/biomedicine/39320/>.

BOUCHET, Elina, 2007, « La médecine de famille en crise », *La dépêche*, 12 janvier 2012, [en ligne] <http://www.ladepeche.fr/article/2007/01/12/382317-sante-la-medecine-de-famille-en-crise.html>.

FREED, Josh, 2009, « Next up: Google Anatomy and Google Ogle », *The Montreal Gazette*, 5 mai 2009.

HOTZ, Robert Lee, 2011, « Drew Endy, Bio-Engineer: The “Next Steve Jobs”? », *The wall street journal*, 7 octobre 2011, [en ligne] <http://online.wsj.com/article/SB10001424052970203388804576617563914681284.html>.

JEANBLANC, Anne, 2011, « Les sites santé “de qualité” appelés à refuser la certification HON », *Le Point. fr*, 11 juin 2011, http://www.lepoint.fr/chroniqueurs-du-point/anne-jeanblanc/les-sites-sante-de-qualite-appelles-a-refuser-la-certification-hon-11-06-2010-465743_57.php.

JEUDY, Henri-Pierre, 2008, « Fumée, la fin d’une époque », *Libération*, 1^{er} janvier 2008, p. 28.

LE BRIS, Michel, 1978, « Le pouvoir du médecin », *Le Nouvel Observateur*, 2 septembre 1978, p. 63.

LEOPOLD, Yves, 2003, « Les médecins se suicideraient-ils plus que d'autres ? » *INFO ordinales*, janvier/février 2003.

LEVY-LEBLOND, Jean-Marc, 2012, « L'«amatorat» peut changer les relations entre science et société », *Le Monde*, 4 mars 2012.

LIMOUSIN, Michel, KATCHADOURIAN, Michel, 2009, « La crise de la médecine appelle de vraies réformes », *L'humanité*, 25 mars 2009, p. 18.

LOUIS, Cyrille, 2004, « Thérapies alternatives : à travers le monde, la science du XXI^e siècle tente de comprendre, voire de s'approprier les savoirs ancestraux », *Le Figaro*, 3 août 2004, p. 8.

OLDHAM, John, 2011, « Patient, heal thyself. A bottom-up approach to the biggest problem in government », *The economist*, 17 mars 2011, [en ligne] <http://www.economist.com/node/18359932>.

PROUST, Delphine, 2012, « Pétition contre les blouses d'hôpital qui laissent voir les fesses », *L'express*, 8 août 2012 [en ligne] http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/sante/petition-contre-les-blouses-d-hopital-qui-laissent-voir-les-fesses_1147449.html.

ROUILLON, Frédéric, 2011, « La médecine se meurt », *Le Monde*, 23 septembre 2011, [en ligne] http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/09/23/la-medecine-se-meurt_1576687_3232.html.

SAGET, Estelle, 2010, « 500 plaintes pour maltraitance ordinaire à l'hôpital en 2009 », *L'express*, 12 janvier 2010, [en ligne] http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/sante/500-plaintes-pour-maltraitance-a-l-hopital_841361.html.

SINGER, Emily, 2011, « The measured life », *Technology review*, July/august 2011, [en ligne] <http://www.technologyreview.com/biomedicine/37784/>.

SMARR, Larry, 2011, « Quantified Health: Towards digitally enabled genomic medicine a 10-year detective story of quantifying my body », *The Strategic News Service Newsletter*, 14(10), "A 10-year Detective Story Of Digitally Enabled Genomic Medicine", September 30, 2011, [en ligne] http://lsmarr.calit2.net/repository/092811_Special_Letter_Smarr.final.pdf.

THE LANCET, Editorial « What's in a name? », *The Lancet*, 356, n° 9248, 23/30 décembre 2000, p. 2111.

TROTTER, Fred, 2012, « The rise of programmable self. Quantifying your changes + motivational hacks = programmable self », [en ligne] <http://radar.oreilly.com/2012/01/programmable-self-motivation-hacks-digital-data.html>.

Articles et ouvrages scientifiques

ABASTADO, Philippe, 2007, *L'impasse du savoir. Essai d'épistémologie médicale*, Sèvres, Éditions EDK.

ABGRALL, Jean-Marie, 1998, *Les charlatans de la santé*, Paris, Payot.

ABTOUN, Samy, (dir.), 1998, *Le pouvoir médical. La mort*, Paris, Ellipses.

ABTOUN, Samy, (dir.), 2001, *De Nuremberg à la loi Huriot. Essais thérapeutiques et recherche médicale*, Paris, Ellipses.

ACKERKNECHT, Erwin H., 1967, *Medicine at the Paris hospital, 1794-1848*, Baltimore, Johns Hopkins Press, *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Payot, 1986, trad. fr. F. Bateau.

ADORNO, Theodor, HORKHEIMER, Max, 1972, *Dialectic of Enlightenment*, New York, Herder & Herder.

AGAMBEN, Giorgio, 1997, *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Paris, Seuil.

AGAMBEN, Giorgio, 2007, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris, Rivages Poche.

AÏT ABDELMALEK, Ali, 2010, *Edgar Morin, sociologue de la complexité : une méthode pour dégager de nouveaux savoirs*, Rennes, Éditions Apogée.

AKRICH, Madeleine, MÉADEL, Cécile, 2007, « De l'interaction à l'engagement : les collectifs électroniques, nouveaux militants dans le champ de la santé », *Hermès*, 47, p. 145-154, [en ligne] <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/46/96/PDF/07Hermes.pdf>.

ALBOU, Paul, 1979, « L'automédication », *Bulletin de psychologie*, Tome 32 (18), N°342, p. 921-935.

AMBROSELLI, Claire, 1988, *L'éthique médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que-sais-je ? ».

AMBROSELLI, Claire, WORMSER, Gérard, (dir.), 1999, *Du corps humain à la dignité de la personne humaine. Genèse, débats et enjeux des lois d'éthique biomédicale*, Paris, Centre national de documentation pédagogique.

AMIEL, Philippe, 2011, *Des cobayes et des hommes. Expérimentation sur l'être humain et justice*, Paris, Belles-Lettres, coll. « Médecine et Sciences humaines ».

ANDRIEU, Bernard, 1999, *Médecin de son corps*, Paris, Presses Universitaires de France.

ANDRIEU, Bernard, 2001, *La nouvelle philosophie du corps*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

ANDRIEU, Bernard, 2004, « La fin de la biopolitique chez Michel Foucault : le troisième déplacement », *Le Portique*, 13-14, [En ligne, consulté le 17 septembre 2011] <http://leportique.revues.org/index627.html>.

ANDRIEU, Bernard, 2008a, *Devenir hybride*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.

- ANDRIEU, Bernard, 2008b, *Toucher. Se soigner par le corps*, Paris, Belles-Lettres
- ANDRIEU, Bernard, 2009a, « Vers l'auto-santé : le capitalisme du soi corporel », PY, Bruno, SPITZ, Élisabeth, (dir.), 2009, *Questions d'évaluation en santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, p. 127-145.
- ANDRIEU, Bernard, 2011a, *Les avatars du corps. Une hybridation somatechnique*, Montréal, Liber.
- ANDRIEU, Bernard, 2011b, *Vers une cosmotique. Coffret sur l'écologie corporelle*, Paris, Atlantica.
- ANSELMANT, Raymond A., 1996, « "The Want of health": An Early Eighteenth-Century Self-Portrait of Sickness », *Literature and medicine*, 15, p. 225-243.
- ARIÈS, Philippe, 1977, *L'homme devant la mort*, Paris, Armand Colin.
- ARIÈS, Philippe, 1986, « Pour une histoire de la vie privée », CHARTIER, Roger, (dir.), 1986, *op. cit.*, p. 7-19.
- ARIKHA, Noga, 2007, *Passions and Tempers: A History of the Humours*, New York, Ecco.
- ARTIÈRES, Philippe, 2002, « 1972 : naissance de l'intellectuel spécifique », *Plein Droit*, 53-54, [en ligne], <http://www.gisti.org/doc/plein-droit/53-54/naissance.html>.
- ASTIN, John A., 1998, « Why patients use alternative medicine? », *Journal of the American Medical association*, 279 (19), p. 1548-1553.
- ATIAS, Christian, 1995, « Les références médicales opposables : révolution ou continuité ? », *Revue de droit sanitaire et social*, 1, p. 21-30.
- AUCANTE, Vincent, 2006, *La philosophie médicale de Descartes*, Paris, Presses Universitaires de France.
- AUGÉ, Marc, HERZLICH, Claudine, (éds.), 1984, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des archives contemporaines.
- AULAS, Jean-Jacques, 1993, *Les médecines douces : des illusions qui guérissent*, Paris, Odile Jacob.
- AUSTIN, John, 1962, *How to do things with Words: The William James Lectures delivered at Harvard University in 1955*, Oxford, Editions Urmson, *Quand dire c'est faire*, Éditions du Seuil, Paris, 1970, trad. fr. G. Lane.
- AUTRÉAUX, Patrick, 2009, *Dans la vallée des larmes*, Paris, Gallimard.
- AZIZA-SHUSTER, Évelyne, 1972, *Le médecin de soi-même*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Galien ».
- AZOULAI, Minou, TILLIETTE, Bruno, (dir.), 1985, « Les médecins. États d'âme - États d'urgence », *Autrement*, 68.
- AZOUVI, François, BOUREL, Dominique, (éd.), 1991, *De Königsberg à Paris : la réception de Kant en France (1788-1804)*, Paris, Vrin.
- BACHELARD, Gaston, 1934, *Le nouvel esprit scientifique*, Paris, Alcan.

BACHELARD, Gaston, 1938a, *La formation de l'esprit scientifique : contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, Paris, Vrin.

BACHELARD, Gaston, 1938b, *La psychanalyse du feu*, Paris, Gallimard.

BACHELARD, Gaston, 1940, *La philosophie du non : Essai d'une philosophie du nouvel esprit scientifique*, Paris, Presses Universitaires de France, 4^e édition, 1994, coll. « Quadrige ».

BACHELARD, Gaston, 1942, *L'eau et les rêves*, Paris, J. Corti.

BACHELARD, Gaston, 1943, *L'air et les songes*, Paris, J. Corti.

BACHELARD, Gaston, 1946, *La terre et les rêveries du repos*, Paris, J. Corti.

BACHELARD, Gaston, 1948, *La Terre et les rêveries de la volonté*, Paris, J. Corti.

BACHELARD, Gaston, 1960, *La Poétique de la rêverie*, Paris, Presses Universitaires de France.

BACON, Francis, 1620, « Instauratio Magna », Von Spedding, J., (éd.), 1963, *The Works of Francis Bacon*, reprod. Frommann, Stuttgart, vol. I.

BACQUÉ, Marie-Hélène, 2005, « L'intraduisible notion d'empowerment vue au fil des politiques urbaines américaines », *Territoires*, 460, p. 32-35.

BADIOU, Alain, 1993, « Y a-t-il une théorie du sujet chez Georges Canguilhem ? », *Georges Canguilhem. Philosophe, historien des sciences*, Paris, Albin Michel, p. 295-304.

BAIL, Jean-Noël, (dir.), 2009, *Le patient a-t-il pris le pouvoir ?*, Montrouge, J. Libbey.

BALINT, Michael, 1957, *The Doctor, His Patient and the Illness*, London, Churchill Livingstone, *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1988, trad. fr. J.-P. Valabrega.

BANDELIER, André, 2002, « Postface », BEAUREPAIRE, Pierre-Yves, (éd.), 2002, *La plume et la toile. Pouvoirs et réseaux de correspondance dans l'Europe des Lumières*, Arras, Artois Presses Université, p. 331-337.

BARBARA, Jean-Gaël, 2010, *Le paradigme neuronal, de la physiologie expérimentale à la cognition*. Paris, Hermann.

BARBOT, Janine, 1998, « Science, marché et compassion. L'intervention des associations de lutte contre le sida dans la circulation des nouvelles molécules », *Sciences sociales et santé*, 16 (3), p. 67-95.

BARBOT, Janine, 2002, *Les malades en mouvements*, Paris, Editions Balland.

BARBOT, Janine, 2006, « How to build an "active" patient? The work of AIDS associations in France », *Social Science & Medicine*, 62 (3), p. 538-551.

BARBOT, Janine, DODIER, Nicolas, 2000a, « Le temps des tensions épistémiques. Le développement des essais thérapeutiques dans le cadre du sida », *Revue française de sociologie*, 41(1), p. 79-118.

BARBOT, Janine, DODIER, Nicolas, 2000b, « L'émergence d'un tiers public dans le rapport malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences sociales et santé*, 18/1, p. 75-119.

BARDES, Charles L., 2012, « Defining "Patient-Centered Medicine" », *The New England Journal of Medicine*, 366, p. 782-783.

BARIÉTY, Maurice, COURY, Charles, 1963, *Histoire de la médecine*, Paris, Fayard.

BARRAS, Vincent, 1999, « Le médecin de 1880 à la fin du XX^e siècle », CALLEBAT, Louis, 1999, *op. cit.*, p. 269-307.

BARRAS, Vincent, 2001, « Épistolarité et maladie », DANOU, Gérard, (éd.), 2001, *Littérature et médecine ou les pouvoirs du récit*, Paris, Bpi/Centre Pompidou, p. 195-206.

BARRAS, Vincent, 2002, « Avant propos », VAJ, Daniela, 2002, *Médecins et voyageurs. Théorie et pratique du voyage médical au début du XIX^e siècle d'après deux textes genevois inédits*, Genève, Georg, Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé.

BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *La médecine des Lumières : tout autour de Tissot*, Genève, Georg Éditeur, Bibliothèque d'Histoire des sciences.

BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, 2001, « Introduction », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 1-4.

BARRIER, Philippe, 2008, « L'autonormativité du patient chronique : un concept novateur pour la relation de soin et l'éducation thérapeutique », *Alter - European Journal of Disability research*, 2 (4), p. 271-291.

BARRIER, Philippe, 2010, *La blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*, Paris, Presses Universitaires de France.

BARROUX, Gilles, 2008, *Philosophie, maladie et médecine au XVIII^e siècle*, Paris, Honoré-Champion.

BASZANGER, Isabelle, 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 27-1, p. 3-27.

BASZANGER, Isabelle, BUNGENER, Martine, PAILLET, Anne, (dir.), 2002, *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La dispute/SNEDIT.

BATEMAN-NOVAES, Simone, 2004, « Bioéthique », LECOURT, Dominique, (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 158-164.

BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James, 1979, *Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press.

BEAUREPAIRE, Pierre-Yves, HÄSELER, Jens, MCKENNA, Antony, (éds.), 2006, *Réseaux de correspondance à l'âge classique (XVI^e-XVIII^e siècles)*, Saint-Etienne, Publications de l'université de Saint-Etienne.

BEAUVOIR (DE), Simone, 1949, *Le deuxième sexe. I. les faits et les mythes. II. L'expérience vécue*, Paris, Gallimard.

BENAROYO, Lazare, 1987, « La médecine éclairée vue par un médecin du 18^e siècle, Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) », *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis*, 76 (12), p. 308-310.

BENAROYO, Lazare, 1988, « *L'Avis au peuple sur sa santé* » de Samuel-Auguste Tissot (1728-1797 : la voie vers une médecine éclairée, Jurisq Druck / Verlag Zürich.

BENAROYO, Lazare, 1994, « Médecine savante et médecine populaire dans l'œuvre du Dr Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) », *Revue médicale de la Suisse romande*, 117, p. 931-936.

BÉNICHOU, Claude, 1993, « Jacques Léonard : Pour une histoire, globale mais désabusée, de la santé », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 40, p. 115-117.

BENKIMOUN, Paul, (dir.), 2008, *Médecine : objectif 2035*, Paris, L'Archipel.

BENOIST, Jean, (dir.), 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.

BENOIST, Jean, 1996, « Singularités au pluriel ? », Benoist, J., (dir.), 1996, *op. cit.*, p. 5-16.

BENOIST, Jocelyn, 1996, *Kant et les limites de la synthèse. Le sujet sensible*, Paris, Presses Universitaires de France.

BENOIST, Jocelyn, MERLINI, Fabio, (éds.), 2001, *Historicité et spatialité. Recherches sur le problème de l'espace dans la pensée contemporaine*, Paris, Vrin.

BENSAÏD, Norbert, 1974, *La consultation*, Paris, Mercure de France.

BENSAÏD, Norbert, 1988, *Le sommeil de la raison. Une mode : les médecines douces*, Paris, Seuil.

BERCHE, Patrick, 2007, *Une histoire des microbes*, Paris, John Libbey.

BERGOGNE, Anne, 2002, « Médecins au bord de l'épuisement », *Le concours médical*, 124 (10), 16 mars 2002, p. 672-673.

BERNARD, Jean, 1973, *Grandeurs et tentations de la médecine*, Paris, Buchet / Chastel.

BERNARD, Jean, 1976, *L'homme changé par l'homme*, Paris, Buchet/Chastel.

BERNARD, Jean, 1994, *La bioéthique*, Paris, Flammarion, coll. « Dominos ».

BEUGNOT, Bernard, 1974, « Débats autour du genre épistolaire : réalité et écriture », *Revue d'histoire littéraire de la France*, 2, p. 195-202.

BEUGNOT, Bernard, 1978, « Style ou styles épistolaires ? », *Revue d'histoire littéraire de la France*, 78/6, *La lettre au XVII^e siècle*, p. 939-952.

BEUGNOT, Bernard, 1990, « De l'invention épistolaire : à la manière de soi », BOSSIS, Mireille, PORTER, Charles A., (éd.), 1990, *op. cit.*, p. 27-38.

BIRMAN, Joel, 2007, *Foucault et la psychanalyse*, Parangon.

BITBOL-HESPÉRIÈS, Annie, 1990, *Le principe de vie chez Descartes*, Paris, Vrin.

BLANCKAERT, Claude, (dir.), 2001, *Les politiques de l'anthropologie. Discours et pratiques en France (1860-1940)*, Paris, L'Harmattan.

BLANCKAERT, Claude, 1978, « Médecine et histoire naturelle de l'homme : l'anthropologie française dans la seconde moitié du XIX^e siècle », POIRIER, Jacques, POIRIER, Jean-Louis, (dir.), 1978, *op. cit.*, p. 101-116.

BLANCKAERT, Claude, 2001, « Les usages de l'anthropologie », BLANCKAERT, Claude, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 9-26.

BONAH, Christian, 2007, *L'expérimentation humaine : discours et pratiques en France, 1900-1940*, Paris, Belles-Lettres.

BONAH, Christian, RASMUSSEN, Anne, (dir.) 2005, *Histoire et médicaments aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Glyphe, 2^e édition, 2008.

BOSCHUNG, Urs, 2001, « "Multa pro nostra innocentia". L'implication de Tissot dans la querelle Haller-de Haen », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 113-147.

BOSSIS, Mireille, (dir.), 1994, *La lettre à la croisée de l'individuel et du social*, Paris, Kimé.

BOSSIS, Mireille, 2007, « Perspectives méthodologiques », BOSSIS, Mireille, BERGAMASCO, Lucia, (dir.), 2007, *op. cit.*, p. 337-343.

BOSSIS, Mireille, BERGAMASCO, Lucia, (dir.), 2007, *Colloque Archive épistolaire et Histoire*, Centre culturel international de Cerisy-la-salle, Paris, Connaissances et savoirs.

BOSSIS, Mireille, PORTER, Charles A., (éd.), 1990, *L'épistolarité à travers les siècles. Geste de communication et/ou d'écriture*, Centre culturel International de Cerisy la Salle, Stuttgart, Steiner.

BOUCHAYER, Françoise, 1986, « Au corps du sujet : un scénario contemporain inédit », *Autrement*, 85, p. 7-9.

BOURG, Dominique, 1996, *L'homme-artifice. Le sens de la technique*, Paris, Gallimard.

BOURGEY, Louis, 1953, *Observation et expérience chez les médecins de la Collection hippocratique*, Paris, Vrin.

BOURIAU, Christophe, 2000, *Aspects de la finitude. Descartes et Kant*, Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux.

BRAUNSTEIN, Jean-François, 2000, « Canguilhem avant Canguilhem », *Revue d'histoire des sciences*, 53/1, p. 9-26.

BRAUNSTEIN, Jean-François, 2005, « Daremberg et les débuts de l'histoire de la médecine en France », *Revue d'histoire des sciences*, 58/2, p. 367-387.

BRAUNSTEIN, Jean-François, 2009, *La philosophie de la médecine d'Auguste Comte*, Paris, Presses Universitaires de France.

BRAY, Bernard, 1969, « Quelques aspects du système épistolaire de Madame de Sévigné », *Revue d'Histoire Littéraire de la France* 1969, 3-4, p. 491-505.

BREDIN, Jean-Denis, 2001, « Secret, transparence et démocratie », *Pouvoirs*, 97, p. 5-16.

BRETON, Philippe, RIEU, Alain-Marc, TINLAND, Franck, 1990, *La Techno-science en question : éléments pour une archéologie du XX^e siècle*, Seysell, Champ-Vallon.

BRICHE, Gérard, 1979, *Furiculum vitae, chronique hospitalière d'un lupus : pour un nouveau malade*, Paris, Imprimerie Souchet.

BRICHE, Gérard, 1980a, « Au carrefour du solitaire et du politique », *Autrement*, 26, p. 11-20.

BRICHE, Gérard, 1980b, « La fabrication des malades », *Autrement*, 26, p. 22-41.

BRICHE, Gérard, 1980c, « La volonté de guérir », *Autrement*, 26, p. 55-63.

BRICHE, Gérard, 1980d, « La maladie, miroir de l'âme », *Autrement*, 26, p. 64-69.

BRISSONNET, Jean, 2003, *Les pseudo-médecines. Un serment d'hypocrites*, Book-e-book.

BRISSONNET, Jean, 2009, *Les médecines non conventionnelles ou les raisons d'une croyance*, Book-e-book.

BROCA, Paul, 1866, « Anthropologie », *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, Tome 5, BROCA, Paul, 1989, *op. cit.*, p. 1-41.

BROCA, Paul, 1869, « Histoire des progrès des études anthropologiques depuis la fondation de la Société », BROCA, Paul, 1989, *op. cit.*, p. 488-509.

BROCA, Paul, 1989, *Mémoires d'anthropologie (1871-1874)*, Paris, Jean-Michel Place.

BROCKLISS, Laurence, 1994, « Consultation by Letter in Early Eighteenth-Century Paris: The Medical Practice of Etienne-François Geoffroy », LA BERGE, A., FEINGOLD, M., (éds), 1994, *French Medical Culture in Nineteenth Century*, Amsterdam/Atlanta, Rodopi B.V., p. 79-117.

BROCKLISS, Laurence, 2001, « Quatre médecins francophones et la République des lettres du XVIII^e siècle : Boissier de Sauvages, Villard, Calvet et Tissot », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 151-169.

BROCKLISS, Laurence, JONES, Colin, 1997, *The Medical World of Early Modern France*, Oxford, Clarendon Press.

BRUNET, Manon, 1994, « La réalité de la fausse lettre : observations pour une épistémologie appliquée de l'épistolarité », *Tangence*, 45, p. 26-49.

BRUNET, Roger, (dir), 1992, *Les mots de la géographie*, Montpellier/Paris, La Découverte.

BRUNI, René, 1980, *Le pays d'Apt malade de la peste*, Aix en Provence, Edisud.

BUCLIN, Thierry, AMMON, Catherine, (dir.), 2001, *L'automédication. Pratique banale, motifs complexes*, Genève, Médecine & Hygiène.

BURGUIÈRES, André, 1983, « La notion de “mentalité” chez Marc Bloch et Lucien Febvre : deux conceptions, deux filiations », *Revue de synthèse*, 111-112, p. 333-348.

BURKE, Peter, 2004, *What is Cultural History ?*, Cambridge, Polity.

BURNET, Frank, FENNER, Frank, 1949, *The production of antibodies*, Melbourne, Macmillan, 2^e édition.

BURNIER, Marie, JEANNERET, Olivier, 2001, « L'automédication, une pratique en quête de sens : sa place dans le self-care et la promotion de la santé », BUCLIN, Thierry, AMMON, Catherine, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 11-29.

BURROWS, Roger, NETTLETON, Sarah, PLEACE, Nicholas, LOADER, Brian, MUNCER, Steven, 2000, « Virtual community care? Social policy and the emergence of computer mediated social support », *Information Communication and Society*, 3 (1), p. 23-31.

BUSER, Pierre, 2005, *L'inconscient aux mille visages*, Paris, Odile Jacob.

BUYDENS, Mireille, 2003, « Espace lisse/espace strié », SASSO, Robert, VILLANI, Arnaud, (dir.), 2003, *op. cit.*, p. 130-136.

CADORÉ, Bruno, 1994, *L'expérience bioéthique de la responsabilité*, Montréal, Fides.

CALLAHAN, Daniel, 1995, « Bioethics », REICH, Warren T., 1995, (dir.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon Schuster MacMillan, édition révisée, vol. 1, p. 247-255.

CALLEBAT, Louis, (dir.), 1999, *Histoire du médecin*, Paris, Flammarion.

CAMBROSIO, Alberto, KEATING, Peter, 2003, « Qu'est-ce que la biomédecine ? Repères socio-historiques », *Médecine/sciences*, 19/12, p. 1280-1287.

CANGUILHEM, Georges, 1937, « Descartes et la technique », *Travaux du IXe Congrès international de philosophie*, Congrès Descartes, t. II, Paris, Hermann, p. 77-85, *Cahiers philosophiques*, 69, déc. 1996, p. 199-214.

CANGUILHEM, Georges, 1938, « Activité technique et création », *Communications et discussions*, *Société toulousaine de philosophie*, 2^e série, p. 81-89.

CANGUILHEM, Georges, 1943, *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et la pathologique*, CANGUILHEM, Georges, 2005, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 1-167.

CANGUILHEM, Georges, 1952, « Réflexions sur la création artistique selon Alain », *Revue de métaphysique et de morale*, 57, p. 171-186, repris dans *Cahiers philosophiques*, Hors-série, septembre 2008, p. 55-70.

CANGUILHEM, Georges, 1957, *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, deuxième édition, 1975.

CANGUILHEM, Georges, 1958, « La philosophie biologique d'Auguste Comte et son influence au XIX^e siècle », *Bulletin de la Société française de philosophie*, numéro spécial 1958, « Célébration du Centenaire de la mort d'Auguste Comte », CANGUILHEM, Georges, 1968, *op. cit.*, p. 61-74.

CANGUILHEM, Georges, 1962, *Du développement à l'évolution au XIX^e siècle*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003.

CANGUILHEM, Georges, 1963, « Dialectique et Philosophie du Non chez Gaston Bachelard », *Revue internationale de philosophie*, 66, 4, p. 441-452, CANGUILHEM, Georges, 1968, *op. cit.*, p. 196-207.

CANGUILHEM, Georges, 1963-1966, *Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique*, CANGUILHEM, Georges, 2005, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 169-221.

CANGUILHEM, Georges, 1966, « L'objet de l'histoire des sciences », CANGUILHEM, Georges, 1968, *op. cit.*, p. 9-23.

CANGUILHEM, Georges, 1967, « Mort de l'homme ou épuisement du cogito », *Critique*, 242, p. 599-618.

CANGUILHEM, Georges, 1968, *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Paris, Vrin, 7^{ème} édition, 2002.

CANGUILHEM, Georges, 1988a, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », *Cahiers du séminaire de philosophie n°8 : la santé*, Strasbourg, Éditions Centre de documentation en histoire de la philosophie, p. 119-133 ; CANGUILHEM, Georges, 2002, *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, p. 49-68.

CANGUILHEM, Georges, 1988b, « Le statut épistémologique de la médecine », CANGUILHEM, Georges, 1968, *op. cit.*, p. 413-428.

CANGUILHEM, Georges, 2011, *Œuvres complètes Tome 1 : Écrits philosophiques et politiques 1926-1939*, Paris, Vrin.

CANGUILHEM, Georges, PLANET, Camille, 1939, *Traité de logique et de morale*, Marseille, F. Robert et fils.

CANOUI, Pierre, MAURANGES, Aline, 1998, *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses*, Paris, Masson.

CARCASSONNE, Guy, 2001, « Le trouble de la transparence », *Pouvoirs*, 97, p. 17-23.

CARO, Guy, 1969, *La médecine en question*, Paris, Maspero.

CARVAIS, Robert, 1986, « Le microbe et la responsabilité médicale », SALOMON-BAYET, Claire, (éd.), 1986, *op. cit.*, p. 217-275.

CASILLI, Antonio A., 2009, « Le Stéthoscope et la Souris : Savoirs médicaux et imaginaires numériques du corps », *Esprit*, 353, p. 175-188.

CASILLI, Antonio A., 2011, « Usages numérique en santé : conflictualité épistémique et sociale dans les communautés de patients en ligne », LAEDLEIN-GREILSAMMER, Claude-Marie, (dir.), 2011, *Internet : des promesses pour la santé ? Actes des Journée 2011 Euro Cos Humanisme et Santé*, Paris, Éditions de Santé, p. 181-191.

CASSOU-NOGUÈS, Pierre, GILLOT, Pascale, (éd.), 2009, *Le concept, le sujet et la science. Cavaillès, Canguilhem, Foucault*, Paris, Vrin

- CASTAN, Nicole, 1986, « Le public et le particulier », CHARTIER, Roger, (dir.), 1986, *op. cit.*, p. 413-453.
- CASTEL, Robert, 1980, « Lorsqu'un médecin cesse de jouer au docteur », *Autrement*, 26, p. 133-135.
- CASTERET, Anne -Marie, 1992, *L'affaire du sang*, Paris, La Découverte.
- CATHEBRAS, Pascal, 1996, « Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital: banalisation et pragmatisme », BENOIST, J., (dir.), 1996, *op. cit.*, p. 315-330.
- CAULLERY, Maurice, 1957, *Génétique et hérédité*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».
- CERNUSCHI, Alain, 2001, « Des "cordes qui vibrent" aux "cordes cachées". Acoustique et musique dans le traité des nerfs de Tissot », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 295-311.
- CFES, 1985, « Recherches en sciences humaines et éducation pour la santé », *Actes du colloque de Dourdan*, Cogito.
- CHAMAYOU, Grégoire, 2007, « Présentation », KANT, Emmanuel, 2007, *Écrits sur le corps et l'esprit*, Paris, Flammarion, trad. fr. G. Chamayou, p. 7-57.
- CHAMAYOU, Grégoire, 2008, *Les corps vils. Expérimenter sur les êtres humains aux XVIII^e et XIX^e siècles*, Paris, La Découverte.
- CHANFRAULT-DUCHET, Marie-Françoise, 1994, « Lettres d'adolescents en détresse : énonciation du moi et représentations sociales », BOSSIS, Mireille, (dir.), 1994, *op. cit.*, p. 186-193.
- CHAPERON, Danielle, 2001, « Des fibres et des lettres », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 283-294.
- CHARTIER, Roger, (dir.), 1986, *Histoire de la vie privée. III. De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil.
- CHARTIER, Roger, (dir.), 1991, *La correspondance. Les usages de la lettre au XIX^e siècle*, Paris, Fayard.
- CHARTIER, Roger, 1983, « Histoire intellectuelle et histoire des mentalités. Trajectoires et questions », *Revue de synthèse*, 111-112, p. 271-307.
- CHARTIER, Roger, 1984, « Culture as appropriation: Popular Cultural Uses in Early Modern France », KAPLAN, Steven L., (éd.), 1984, *Understanding Popular Culture: Europe from the middle ages to the nineteenth century*, Berlin-New York, Mouton, p. 175-191.
- CHARTIER, Roger, 1986, « Les pratiques de l'écrit », CHARTIER, Roger, (dir.), 1986, *op. cit.*, p. 113-162.
- CHARTIER, Roger, 1991a, « Avant propos », CHARTIER, Roger, (dir.), 1991, *op. cit.*, p. 7-13.

CHARTIER, Roger, 1991b, « Des “secrétaires” pour le peuple ? Les modèles épistolaires de l’Ancien Régime entre littérature de cour et livre de colportage », CHARTIER, Roger, (dir.), 1991, *op. cit.*, p. 159-207.

CHARTIER, Roger, 1998, *Au bord de la falaise. L’histoire entre certitudes et inquiétude*, Paris, Albin Michel.

CHARTIER, Roger, HÉBRARD, Jean, 1991, « Entre public et privé : la correspondance, une écriture ordinaire », CHARTIER, Roger, (dir.), 1991, *op. cit.*, p. 451-458.

CHARUTY, Giordana, 1993, « Maux dits, maux écrits », FABRE, Daniel, (dir.), 1993, *op. cit.*, p. 223-260.

CHARVOLIN, Florian, 2011, « La “cause” des sciences citoyennes », *Alliage*, 69, p. 90-99.

CHAUVEAU, Sophie, 2011, *L’affaire du sang contaminé. 1983-2003*, Paris, Belles-Lettres.

CHAUVENET, Antoinette, 1973, « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, XIV, p. 61-76.

CHOMSKY, Noam, 2012, *Occupy*, New York, Penguin books.

CLARIS, Antoine, 1977, *Espaces nouveaux de la médecine*, Paris, Robert Laffont.

CLAVERIE, Bernard, 2010, *L’Homme augmenté. Néotechnologies pour un dépassement du corps et de la pensée*, Paris, L’Harmattan.

CLAVIER, Paul, LEQUAN, Maï, RAULET, Gérard, TOSEL, André, BOURIAU, Christophe, (éds.), 2003, *La philosophie de Kant*, Paris, Presses Universitaires de France.

CLAVREUL, Jean, 1978, *L’ordre médical*, Paris, Seuil.

CLERMONT, Pierre, 1980, « “L’impatient” : dénoncer l’O.P.A. sur les corps », *Autrement*, 26, p. 178-182.

COCHRANE, Archie, 1971, *Effectiveness and Efficiency, random reflections on health services*, London, Royal Society of Medicine.

COLLECTIF, 1972, « Vers une anti-médecine », *La Nef*, 49, Paris, Librairie Jules Tallandier.

COLLECTIF, 1976, *Les correspondances : leur importance pour l’historien des sciences et de la philosophie, problèmes de leur édition / Journées organisées par le Centre international de synthèse, les 5, 6 et 7 mai 1975 à Chantilly*, *Revue de synthèse*, 81-82.

COLLECTIF, 1993, *Georges Canguilhem. Philosophe, historien des sciences*, Paris, Albin Michel.

COLLECTIF, 1998, *Actualité de Georges Canguilhem. Le normal et le pathologique*, Institut Synthélabo/ les empêcheurs de penser en rond.

COLLECTIF, 2004, « La démocratie sanitaire : aspects théoriques et pratiques hospitalières », *Revue générale de droit médical*, 12.

- COLLECTIF, 2010, « Le patient expert », *Diabète et Obésité*, 5 (40), p. 194-208.
- COMITÉ INVISIBLE, 2007, *L'insurrection qui vient*, Paris, La fabrique éditions.
- COMITÉ NATIONAL DE PRÉVENTION MÉDICALE, 1985, *L'Auto-médication : de la médication familiale à la dérive de la prescription médicale. Colloque du 4-5 octobre 1984*, Neuilly-sur-Seine, Comité national de prévention médicale.
- COMITI, Vincent-Pierre, 2010, « Historiographie de la bioéthique », *Journal international de bioéthique*, 21/2, p. 15-24.
- CONAN, Éric, 1986, « Valse hésitation pour l'officialisation », *Autrement*, 85, p. 227-232.
- CONSTABLE, Giles, 1976, *Letters and Letters-collections*, Turnhout, Éditions Brepols.
- COOPER, Tim, 2007, « Richard Baxter and his Physicians », *Social History of Medicine*, 20, p. 1-19.
- COOREN, François, 2010, « Comment les textes écrivent l'organisation. Figures, ventriloquie et incarnation », *Études de communication*, 34, p. 23-40, [en ligne] www.cairn.info/revue-etudes-de-communication-2010-1-page-23.htm.
- CORMIER, Maxence, 2002, « Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002 », *Actualité et dossier en santé publique*, 40, p. 6-10.
- CORNILLOT, Pierre, 1986, « Une coupure épistémologique ? », *Autrement*, 85, p. 41-49.
- COUCHOT, Edmond, 1998, *La technologie dans l'art. De la photographie à la réalité virtuelle*, Nîmes, Jacqueline Chambon.
- COULON, Alain, 1992, *L'école de Chicago*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».
- COULTER, Angela, 2002, *The Autonomous Patient: Ending Paternalism in Medical Care*, Londres, Stationery Office (for the Nuffield Trust).
- COUSINS, Norman, 1980, *La volonté de guérir*, Paris, Seuil.
- COUTURIER, Daniel, DAVID, Georges, LECOURT, Dominique, SRAER, Jean-Daniel, SUREAU, Claude, (dir.), 2009, *La mort de la clinique ?*, Paris, Presses Universitaires de France.
- CRAWFORD, Robert, 1977, « You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming », *International Journal of Health Services*, 7 (4), p. 663-680.
- CRAWFORD, Robert, 1980, « Healthism and the medicalization of everyday life », *International Journal of Health Services*, 10 (3), p. 365-388.
- CRIGNON-DE OLIVEIRA, Claire, GAILLE, Marie, (dir.), 2010, *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?*, Paris, Seli Arslan.
- CRIGNON-DE OLIVEIRA, Claire, GAILLE-NIKODIMOV, Marie, 2004, *À qui appartient le corps humain ? Médecine, politique et droit*, Paris, Belles-Lettres.

CUSSET, Catherine, 1994, « “Ceci n’est point une lettre” : échange épistolaire et mystique de la transparence. Le cas de Sophie Cottin (1770-1807) », BOSSIS, Mireille, (dir.), 1994, *op. cit.*, p. 48-53.

CUTRO, Antonella, 2010, *Technique et vie. Biopolitique et philosophie du bios dans la pensée de Michel Foucault*, Paris, L’Harmattan, trad. fr. C. Rousseau.

D’IVERNOIS, Jean-François, GAGNAYRE, Rémi, 1995, *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique*, Paris, Maloine, 2^e édition, 2004.

DAGOGNET, François, 1955, *Philosophie biologique*, Paris, Presses Universitaires de France.

DAGOGNET, François, 1964, *La raison et les remèdes*, Paris, Presses Universitaires de France.

DAGOGNET, François, 1965, « Archéologie ou histoire de la médecine », *Critique*, 216, p. 436-447.

DAGOGNET, François, 1969, « La situation de Cuvier dans l’histoire de la biologie », Journées Cuvier, 30-31 mars 1969, *Revue d’histoire des sciences et de leurs applications*, XXIII, 1, p. 49-60.

DAGOGNET, François, 1976, « La crise de la pensée médicale », Entretien avec Jacques Dufresne, *Critère*, 14, juin 1976, [en ligne] [http://agora.qc.ca/documents/medecine--la crise de la pensee medicale par francois dagognet](http://agora.qc.ca/documents/medecine--la%20crise%20de%20la%20pensee%20medicale%20par%20francois%20dagognet).

DAGOGNET, François, 1988, *La maîtrise du vivant*, Paris, Hachette.

DAGOGNET, François, 1993, *La peau découverte*, Luisant, Les Empêcheurs de penser en rond – Institut Synthélabo.

DAGOGNET, François, 1998, « De l’exercice du pouvoir médical », Abtroun, S., (dir.), 1998, *op. cit.*, p. 65-73.

DAGOGNET, François, 1999, *Les outils de la réflexion : épistémologie*, Le Plessis-Robinson, Empêcheurs de Penser En Rond.

DAGOGNET, François, 2004, *La subjectivité*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond/ Le Seuil.

DAGOGNET, François, 2010, « Préambule », KLEIN, Alexandre, (dir.), 2010, *op. cit.*, p. 9-12.

DALED, Pierre, 2008, « Le sujet en tant que fiction et déplacement chez Canguilhem : une éthique épistémologique », PINSART, Marie-Geneviève, (éd.), 2008, *Narration et construction de l’identité : de la philosophie à la bioéthique*, Paris, Vrin, p. 61-78.

DALGALARRONDO, Sébastien, 2000, « Une recherche négociée : la recherche thérapeutique VIH en France », *Sociologie du travail*, 42 (1), p. 159-183.

DAREMBERG, Charles Victor, 1870, *Histoire des sciences médicales, comprenant l’anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie et les doctrines de pathologie générale*, Paris, J.-B. Baillière, 2 vols.

- DARMON, Pierre, 1986, *La longue traque de la variole*, Paris, Perrin.
- DASTUR, Françoise, 2007, *Heidegger : la question du logos*, Paris, Vrin.
- DAUPHIN, Cécile, 2002, « Les correspondances comme objet historiques. Un travail sur les limites », *Sociétés & Représentations*, 13, p. 43-50.
- DAUPHIN, Cécile, LEBRUN-PEZERAT, Pierrette, POUBLAN, Danièle, 1994, « Une correspondance familiale au XIX^e siècle », BOSSIS, Mireille, (dir.), 1994, *op. cit.*, p. 125-145.
- DAVID, Sylvain, PRZYCHODZEN, Janusz, BOUCHER, François-Emmanuel, (dir.), 2009, *Que peut la métaphore ? Histoire, savoir et poétique*, Paris, L'Harmattan.
- DAYANT, Charles, 1974, *Plaidoyer pour une anti-médecine*, Paris, Presses de la Cité.
- DE KERCKHOVE, Derrick, 1995, « Esthétique et épistémologie dans l'art des nouvelles technologies », POISSANT, Louise, (dir.), 1995, *Esthétique des arts médiatiques*, Québec, Presses de l'Université du Québec, vol. 2., p. 19-30.
- DE LA ROCHE, Daniel, 1778, *Analyse des fonctions du système nerveux*, Genève.
- DE ROSNAY, Joel, PAPILLON, Fabrice, 2010, *Et l'Homme créa la vie. La folle aventure des architectes et des bricoleurs du vivant*, Paris, Les Liens qui libèrent.
- DE WIT, Hendrik Cornelius Dirk, BAUDIÈRE, André, 1992-1994, *Histoire du développement de la biologie*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 3 vols.
- DEAU, Xavier, 2007, « L'analyse d'un médecin omnipraticien de la relation médecin-malade-Internet dans sa pratique quotidienne », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 191 (8), p. 1497-1502.
- DEBORD, Guy, 1967, *La société du spectacle*, 1992, Paris, Gallimard.
- DEBRU, Claude, 2004a, « Biotechnologie », LECOURT, Dominique, (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 179-185.
- DEBRU, Claude, 2004b, *Georges Canguilhem. Science et non-science*, Paris, Éditions Rue d'Ulm,
- DECCACHE, Alain, LAPERCHE, Jean, 2001, « Se soigner sans médecins ? Éducation du patient et pénurie médicale », *La revue du praticien – médecine générale*, 15, n°553, p. 1945-1947.
- DEFERT, Daniel, 1989, « Le malade, réformateur social », *Gai Pied Hebdo*, n°376, p. 58-61.
- DEFERT, Daniel, 1994, « Un malade du sida peut-il être un réformateur social ? », *Esprit*, 7, p. 100-111.
- DEGOS, Laurent, 2007, « Automédication : le patient acteur de sa santé », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 191 (8), p. 1503-1508.
- DEKENS, Olivier, 2000, *L'épaisseur humaine. Foucault et l'archéologie de l'homme moderne*, Paris, Kimé.

DEKKER, Rudolf, (dir.), 2002, *Egodocuments in history. Autobiographical Writing in its Social Context since the Middle Ages*, Hilversum, Verloren Publishers.

DELAPORTE, François, 1990, *Le savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris*, Paris, Presses Universitaires de France.

DELAPORTE, François, 2004a, « Choléra », LECOURT, D., (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 243-249.

DELAPORTE, François, 2004b, « Contagion et infection », LECOURT, D., (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 283-287.

DELAUNAY, Paul, 1935, *La vie médicale aux XVI^e, XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Éditions Hippocrate.

DELBROUCK, Michel, 2007, « Burn-out et médecine », *Cahiers de psychologie clinique*, 28, p. 121-132.

DELEUZE, Gilles, 1968, *Différence et répétition*, Paris, Presses Universitaires de France.

DELEUZE, Gilles, 1986, « Sur quatre formules poétiques qui pourraient résumer la philosophie kantienne », *Philosophie*, 9, p. 29-34.

DELEUZE, Gilles, 1986, *Foucault*, Paris, Éditions de minuit.

DELEUZE, Gilles, 1988, *Le Pli. Leibniz et le baroque*, Paris, Éditions de minuit.

DELEUZE, Gilles, 1990, « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle », *L'autre journal*, n°1, mai 1990, DELEUZE, Gilles, 1990-2003, *Pourparlers*, Paris, Éditions de Minuit, 2009, p. 240-247.

DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Félix, 1972, *L'Anti-Œdipe – Capitalisme et schizophrénie*, Paris, Éditions de Minuit.

DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Félix, 1980, *Mille Plateaux*, Paris, Éditions de minuit.

DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Félix, 1991, *Qu'est-ce que la philosophie ?*, Paris, Éditions de Minuit, 2005.

DELEUZE, Gilles, PARNET, Claire, 1977, *Dialogues*, Paris, Flammarion.

DELRUELLE, Édouard, 2004, *Métamorphoses du sujet : l'éthique philosophique de Socrate à Foucault*, Bruxelles, De Boeck.

DES AULNIERS, Luce, 1997, *Itinérances de la maladie grave. Le temps des nomades*, Paris, L'Harmattan.

DESPIERRES, Gabriel, 1985, « Le serment d'Hippocrate et son histoire : comment le perçoit-on à notre époque ? », *Conférences de l'institut d'histoire de la médecine de Lyon, Cycle 1984-85*, Lyon, Collection Fondation Marcel Mérieux, p. 69-87.

DEWALD, Jonathan, 2006, *Lost Worlds: The Emergence of French Social History, 1815-1970*, University Park, Pennsylvania University Press.

DIGBY, Anne, 1994, *Making a Medical Living. Doctors and patients in the English market for medicine, 1720–1911*, Cambridge, Cambridge University Press.

DINGES, Martin, (éd.), 2002, *Patients in the History of Homoeopathy*, Sheffield, European Association for the History of Medicine and Health Publications.

DINIS DA GAMA, Américo., 2001, « La crise de la médecine contemporaine ou la “seconde mort” d’Hippocrate », *Journal des maladies vasculaires*, 26(5), p. 287-289 [en ligne] <http://www.em-consulte.com/article/124610/article/la-crise-de-la-medecine-contemporaine-ou-la-second>.

DODIER, Nicolas, 1999, « L’espace public de la recherche médicale. Autour de l’affaire de la ciclosporine », *Réseaux*, 17, 95, p. 107-154.

DODIER, Nicolas, 2002, « Recomposition de la médecine dans ses rapports avec la science. Les leçons du sida », *Santé publique et sciences sociales*, n° 8-9, p. 37-52.

DODIER, Nicolas, 2003, *Leçons politiques de l’épidémie de sida*, Paris, éditions EHESS.

DODIER, Nicolas, BARBOT, Janine, 2008, « Autonomy and Objectivity as Political Operators in the Medical World: Twenty Years of Public Controversy about AIDS Treatments in France », *Science in Context*, 21, p. 403-434.

DOIZY, Guillaume, LE PETIT, Jean-François, (éds.), 2007, *Alfred Le Petit. Je suis malade. Curieux carnets d’un séjour à l’Hôtel-Dieu en 1903-1905*, Paris, Éditions Alternatives.

DONFU, Éric, 2008, *Ces jolies filles de mai : 68, la Révolution des femmes*, Paris, Éditions Jacob-Duvernet.

DORON, Claude-Olivier, 2007, « Introduction : les métamorphoses du corps », MASQUELET, Alain-Charles, (dir.), 2007, *op. cit.*, p. 3-14.

DOS SANTOS, José R., 1986, « Les médecines populaires ne rejoignent pas les parallèles », *Autrement*, 85, p. 26-34.

DOSSE, François, 1987, *L’histoire en miettes : des « Annales » à la « nouvelle histoire »*, Paris, La Découverte.

DOUCET, Hubert, 1998, « La bioéthique : sens et limites d’un mouvement socioculturel », *Ethica*, 10/1, p. 31-58.

DOUCET, Hubert, 2001, « Le concept de personne en bioéthique : un facteur d’exclusion en médecine », HERVÉ, Christian, THOMASMA, David, WEISSTUB, David, (éds.), 2001, *op. cit.*, p. 131-140.

DOUGIER, Henry, PLOIX, Hélène, (dir.), 1977, « Francs-tireurs de la médecine », *Autrement*, 9.

DOUZOU, Pierre, DURAND, Gilbert, KOURILSKY, Philippe, SICLET, Gérard, 1983, *Les biotechnologies*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».

DOZON, Jean-Pierre, FASSIN, Didier, 2001, *Critique de la santé publique*, Paris, Balland.

DREYFUS, Hubert L., RABINOW, Paul, 1989, « Qu'est-ce que la maturité ? Habermas, Foucault et les lumières », COUZEN HOY, David, (éd.), 1989, *Michel Foucault, Lectures Critiques*, Bruxelles, De Boek Wesmael, trad. fr. J. Colson, p. 127-140.

DREYFUSS, Didier, LEMAIRE, François, OUTIN, Hervé-Dominique, (dir.), 2006, *Des patients tout-puissants ?*, Paris, Flammarion.

DUBAS, Frédéric, 2004, *La médecine et la question du sujet*, Paris, Belles-Lettres.

DUBY, Georges, 1961, « Histoire des mentalités », *L'histoire et ses méthodes*, Paris, Gallimard, p. 937-966.

DUCHÊNE, Roger, 1970, *Réalité vécue et art épistolaire, 1 : Madame de Sévigné et la lettre d'amour*, Paris, Bordas.

DUCHÊNE, Roger, 1971, « Réalité vécue et réussite littéraire : le statut particulier de la lettre », *Revue d'Histoire Littéraire de la France*, 71/2, mars-avril 1971, p. 177-194.

DUDEN, Barbara, 1991, *The woman beneath the skin: a doctor's patients in eighteenth-century Germany*, Cambridge Mass, Harvard University Press.

DUFIEF, Pierre-Jean, (éd.), 2000, *Les écritures de l'intime : la correspondance et le journal. Actes du colloque de Brest. 23-25 octobre 1997*, Paris, Honoré champion.

DUHAMEL, Pierre, 1993, *Histoire des médecins français*, Paris, Plon.

DUMAIS, Alfred, LÉVESQUE, Johanne, 1986, *L'auto-santé, des individus et des groupes au Québec*, Québec, IQRC, 2007, Les classiques des sciences sociales.

DUPAGNE, Dominique, 2010, « Les nouvelles informations en santé », *Les Tribunes de la santé*, 29, p. 33-39, [en ligne] www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-4-page-33.htm.

DUPREZ, Adrien, 1988, *La médecine du XXI^e siècle sera-t-elle humaine ? Essai thérapeutique pour une médecine traumatisée*, Paris, Éditions médicales internationales.

DUPUIS, Jean-Pierre, KARSENTY, Serge, 1974, *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil.

DURAND, Guy, 2005, *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*, Montréal, Fides.

DURAND, Guy, DUPLANTIE, Andrée, LAROCHE, Yvon, LAUDY, Danielle, 2000, *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

DURISCH GAUTHIER, Nicole, ROSSI, Ilario, STOLZ, Jörg, (éds.), 2007, *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Genève, Labor & Fides.

DYENS, Ollivier, 2000, *Chair et métal*, Montréal, Vlb éditeur.

ECHENE, Agnès, 1986, « Petite pathologie du mal, de mots », *Autrement*, 85, p. 35-40.

EHRENBERG, Alain, 1993, *Le corps militaire*, Paris, Aubier.

ELIADE, Mircea, 1963, *Aspects du mythe*, Paris, Gallimard.

- ELIADE, Mircea, 1965, *Le sacré et le profane*, Paris, Gallimard.
- ELLENBERG, Eytan, 2005, « Le *nosocomium* et la matrice du retiolus », *Le Portique* [En ligne], <http://leportique.revues.org/index533.html>.
- ELLENBERGER, Henri-Frédéric, *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Fayard, 1994.
- ELLUL, Jacques, 1954, *La technique ou l'enjeu du siècle*, Paris, Armand Colin.
- ELLUL, Jacques, 1977, *Le système technicien*, Paris, Calmann-Lévy.
- ELLUL, Jacques, 1988, *Le bluff technologique*, Paris, Hachette.
- ENGEL, George L., 1980, « The clinical application of the biopsychologic model », *American Journal of psychiatry*, 52, p. 100-113.
- ENGEL, Pascal, 2001, « La vérité malgré tout », KHAYAT, David, MARTIN, Nicolas, SPIRE, Antoine, (dir.), 2001, *Mots pour maux*, Paris, Le Bord de l'Eau, p. 59-64.
- ENGELHARDT, Tristan, 1986, *The Foundations of Bioethics*, New York, Basic Books.
- EPSTEIN, Steven, 1992, « Une science démocratique ? Le mouvement AIDS et la construction contestée du savoir », *Futur Antérieur 12-13*, 1992/4-5, p. 245-273, [en ligne], <http://multitudes.samizdat.net/Une-science-democratique-Le>.
- EPSTEIN, Steven, 1996, *Impure Science. Aids, activism and the politics of knowledge*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, *La grande révolte des malades. Histoire du sida 2*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond/Seuil, 2001, trad. fr. F.-G. Lavacquerie.
- EPSTEIN, Steven, 2008, « Patient Groups and Health Movements », HACKETT, E. J., AMSTERDAMSKA, O. , LYNCH, M., WAJCMAN, J. (dir), *The Handbook of Science and Technology Studies*, Cambridge, MIT Press, p. 499-539.
- ÉVIN, Claude, 2009, « L'hôpital en crise ? », *Les Tribunes de la santé*, 22, p. 75-80, [en ligne] www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2009-1-page-75.htm.
- EWALD, François, 2001, « Vers un État sanitaire global », *Les échos*, 11 septembre 2001, p. 53.
- EYSENBACH, Gunther, 2008, « Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness », *Journal of Medical Internet Research*, 10(3):e22 [en ligne] <http://www.jmir.org/2008/3/e22/>.
- FABRE, Daniel, (dir.), 1993, *Écritures ordinaires*, Paris, P.O.L., Bibliothèque publique d'information / Centre Georges Pompidou.
- FABRE, Daniel, (dir.), 1993, *Écritures ordinaires*, Paris, P.O.L., Bibliothèque publique d'information / Centre Georges Pompidou.
- FABRE, Daniel, 2002, « Vivre, écrire, archiver », *Sociétés et représentations*, 13, p. 19-42.
- FAGOT-LARGEAULT, Anne, 1985, *L'homme bioéthique. Pour une déontologie de la recherche sur le vivant*, Paris, Maloine.

FAGOT-LARGEAULT, Anne, 2010, *Médecine et philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France.

FAGOT-LARGEAULT, Anne, 2011, « Préface », HOERNI, Bernard, 2011, *op. cit.*, p. 9-12.

FAINZANG, Sylvie, 2010, « Qu'est-ce qu'un bon patient ? Un patient autonome, mais pas trop... », CRIGNON-DE OLIVEIRA, Claire, GAILLE, Marie, (dir.), 2010, *op. cit.*, p. 106-116.

FANTINI, Bernardo, 1995, « La microbiologie médicale », GRMEK, Mirko, (dir.), 1995, *op. cit.*, vol. 3, p. 115-146.

FARGE, Arlette, 1989, *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil.

FARGE, Arlette, 2003, *Le Bracelet de parchemin. L'écrit sur soi au XVIII^e siècle*, Paris, Bayard.

FARGE, Arlette, 2007, *Effusion et tourment, le récit des corps. Histoire du peuple au XVIII^e siècle*, Paris, Odile Jacob.

FASSIN, Didier, 2005, *Faire de la santé publique*, Rennes, Éditions de l'École nationale de Santé Publique.

FAURE, Olivier, (éd.) 1992, *Praticiens, patients et militants de l'Homéopathie (1800-1940)*, Lyon, Presses universitaires de Lyon/Éditions Boiron.

FAURE, Olivier, 1994, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e – XX^e)*, Paris, Anthropos-Economica.

FAURE, Olivier, 1999, « Le médecin de la fin du XVIII^e siècle aux années 1880 », CALLEBAT, Louis, (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 209-241.

FAURE, Olivier, 2001, « Médecine des Lumières, médecine d'aujourd'hui ? », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 325-334.

FEBVRE, Lucien, 1941, « Comment reconstituer la vie mentale d'autrefois ? », *Annales d'Histoire Sociale*, 3, p. 5-20.

FEBVRE, Lucien, 1962, *Pour une histoire à part entière*, Paris, SEVPEN.

FERRONE, Vincenzo, ROCHE, Daniel, (dir.), 1999, *Le monde des Lumières*, Paris, Fayard.

FEUILLET-LE MINTIER, Brigitte, 1997, « Personne et éthique médicale », FOLSCHIED, Dominique, FEUILLET-LE MINTIER, Brigitte, MATTEI, Jean-François, 1997, *op. cit.*, p. 279-294.

FIGLIO, Karl M., 1975, « Theories of Perception and the Physiology of Mind in the Late Eighteenth Century », *History of Science*, 13, p. 177-212

FIMIANI, Mariapaola, 1998, *Foucault et Kant. Critique, clinique, éthique*, Paris L'Harmattan, trad. fr. N. le Lirzin.

FIMIANI, Mariapaola, 2008, « La vie en sommeil », *Klesis*, 2008/8, p. 48-61.

FISSEL, Mary E., 1991, *Patients, Power and the poor in XVIIIth Century* Bristol, Cambridge.

FISSELL, Mary E., 1991, « The disappearance of the patient's narrative and the invention of hospital medicine », FRENCH, Roger, WEAR, Andrew, (éds.), 1991, *British medicine in an age of reform*, London and New York, Routledge, p. 92-109.

FLAHAULT, François, 1978, *La parole intermédiaire*, Paris, Seuil

FLECK, Ludwick, 1935, *Genèse et développement d'un fait scientifique*, Paris, Belles-Lettres, 2005, trad. fr. N. Jas.

FLICHY, Patrice, 2010, *Le sacre de l'amateur. Sociologie des passions ordinaires à l'ère numérique*, Paris, Seuil.

FLORA, Luigi, 2011, « Acteur, auteur de sa santé jusqu'au dernier souffle », *Revue Générale de Droit Médical*, 38, p. 239-253.

FLOURNOY, Olivier, 1986, *Théodore et Léopold. De Théodore Flournoy à la psychanalyse*, Neuchâtel, La Baconnière.

FOISIL, Madeleine, 1986, « L'écriture du for privé », CHARTIER, Roger, (dir.), 1986, *op. cit.*, p. 331-369.

FOLSCHEID, Dominique, FEUILLET-LE MINTIER, Brigitte, MATTEI, Jean-François, (dir.), 1997, *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, Presses Universitaires de France

FONTAINE, Laurent, 2010, « "Agents" ou "patients" ? », *Ateliers du LESC*, 34, [En ligne] <http://ateliers.revues.org/8526>.

FORNAI, Francesco, LONGONE, Patrizia, CAFARO, Luisa, KASTSIUCHENKA, Olga, 2008, « Lithium delays progression of amyotrophic lateral sclerosis », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105(6), p. 2052–2057.

FORSTER, Elborg, 1986, « From the Patient's Point of View: Illness and Health in the Letters of Liselotte von der Pfalz (1652-1722) », *Bulletin of the History of Medicine*, 60, p. 297-320

FORTIER, Frances, MERCIER, Andrée, 2006, « L'autorité narrative dans le roman contemporain. Exploitations et redéfinitions », *Protée*, 34 (2-3), p. 139-152.

FORTIER, Frances, MERCIER, Andrée, 2010, « L'autorité narrative en question dans le roman contemporain. Enjeux théoriques et esthétiques d'une notion » BOUJU, Emmanuel, (dir.), 2010, *L'autorité en littérature*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 109-120.

FORTIN, Robin, 2000, *Comprendre la complexité : Introduction à la Méthode d'Edgar Morin*, Sainte-Foy – Paris, Presses universitaires de Laval – L'Harmattan.

FOUCAULT, Michel, (éd.), 1973, *Moi Pierre Rivière ayant égorgé ma mère, ma sœur, mon frère...*, Paris, Gallimard/Julliard, coll. « Archives ».

FOUCAULT, Michel, 1954a, *Maladie mentale et psychologie*, Presses Universitaires de France, coll. « Quadriges », 2005.

FOUCAULT, Michel, 1954b, « Introduction », BINSWANGER, Ludwig, 1954, *Le Rêve et l'Existence*, Paris, Desclée de Brouwer, trad. fr. J. Verdeaux, *Dits et Ecrits*, texte 1, vol. 1, p. 93-147.

FOUCAULT, Michel, 1963, *Naissance de la clinique. Archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Galien », 2003, coll. « Quadrige ».

FOUCAULT, Michel, 1964, « Notice historique », KANT, Emmanuel, 1798, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, Paris, Vrin, 1994, p. 7-10.

FOUCAULT, Michel, 1965a, « Philosophie et psychologie » (entretien avec A. Badiou), *Cahiers philosophiques* (hors série), juin 1993.

FOUCAULT, Michel, 1965b, « Philosophie et psychologie », (entretien avec A. Badiou), *Dossiers pédagogiques de la radio-télévision scolaire*, 27 février 1965, p. 65-71, *Dits et écrits*, texte 30, vol. 1, p. 466-476.

FOUCAULT, Michel, 1966a, *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard Tel, 2002.

FOUCAULT, Michel, 1966b, « Une histoire restée muette », *La Quinzaine littéraire*, n°8, 1^{er}-15 juillet 1966, p. 3-4 (sur E. Cassirer, *La Philosophie des Lumières*, trad. fr. P. Quillet, Paris Fayard, coll. « L'histoire sans frontières », 1966), *Dits et écrits*, texte 40, vol. 2, p. 573-577

FOUCAULT, Michel, 1968, « Sur l'archéologie des sciences. Réponse au Cercle d'épistémologie », *Cahiers pour l'analyse*, n° 9, Généalogie des sciences, p. 9-40, *Dits et écrits*, texte 59, vol. 1, p. 724-759.

FOUCAULT, Michel, 1969, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard Tel, 2008.

FOUCAULT, Michel, 1971, *L'ordre du discours*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT, Michel, 1972, « I problemi della cultura. Un dibattito Foucault-Preli » (« Les problèmes de la culture. Un débat Foucault-Preli » ; entretien avec G. Preli, recueilli par M. Dzieduszycki; trad. A. Ghizzardi), *Il Bimestre*, n° 22-23, septembre-décembre 1972, p. 1-4, *Dits et écrits*, texte 109, vol. 1, p. 1237-1248.

FOUCAULT, Michel, 1972, *Histoire de la folie*, Paris, Gallimard Tel, 2004.

FOUCAULT, Michel, 1975a, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard Tel, 2002.

FOUCAULT, Michel, 1975b, « Gérer les illégalismes », *Pol-Droit*, R., 2004, *Michel Foucault, entretiens*, Paris, Odile Jacob, p. 59-73.

FOUCAULT, Michel, 1976a, *Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT, Michel, 1976b, « Crisis de un modelo en la medicina? » (« Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? » trad. D. Reynié), *Revista centroamericana de Ciencias de la Salud*, n° 3, p. 197-209. (Première conférence sur l'histoire de la médecine, Institut de médecine sociale, université d'État de Rio de Janeiro, Centro biomedico, octobre 1974), *Dits et écrits*, texte 170, vol. 2, p. 40-58.

FOUCAULT, Michel, 1976c, « Questions à Michel Foucault sur la géographie », *Hérodote*, N° 1, Janvier-mars 1976, p. 71-85, *Dits et écrits*, texte 169, vol. 2, p. 28-40.

FOUCAULT, Michel, 1977, « El nacimiento de la medicina social » (« La naissance de la médecine sociale » ; trad. D. Reynié), *Revista centroamericana de Ciencias de la Salud*, n° 6, janvier-avril 1977, p. 89-108. (Deuxième conférence prononcée dans le cadre du cours de médecine sociale à l'université d'État de Rio de Janeiro, octobre 1974), *Dits et écrits*, texte 196, vol. 2, p. 207-236.

FOUCAULT, Michel, 1978a, « Qu'est-ce que la critique ? », Compte-rendu de la séance du 27 mai 1978, *Bulletin de la société française de philosophie*, t. LXXXIV, Paris, Armand Colin, 1990, p. 35-63.

FOUCAULT, Michel, 1978b, « La société disciplinaire en crise », *Asahi Jaanaru*, 20^e année, n° 19, 12 mai 1978 (Conférence à l'Institut franco-japonais de Kansai, à Kyoto, le 18 avril 1978), *Dits et écrits*, texte 231, vol. 2, p. 532-534.

FOUCAULT, Michel, 1978c, « La "gouvernementalité" », *Aut-Aut*, n° 167-168, septembre-décembre 1978, p. 12-29, *Dits et écrits*, texte 239, vol. 2, p. 635-657.

FOUCAULT, Michel, 1979a, « La politique de santé au XVIII^e siècle », *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, Pierre Mardaga, p. 7-18, *Dits et écrits*, texte 257, vol. 2, p. 725-742.

FOUCAULT, Michel, 1979b, « Inutile de se soulever ? », *Le Monde*, n° 10661, 11-12 mai 1979, p. 1-2 ; *Dits et écrits*, texte 269, vol. 2, p. 790-794.

FOUCAULT, Michel, 1981, « As malhas do poder » (« Les mailles du pouvoir », trad. fr. P. W. Prado Jr ; conférence prononcée à la faculté de philosophie de l'université de Bahia, 1976), *Barbârie*, 4, été 1981, p. 23-27, *Dits et écrits*, texte 297, vol. 2, p. 1001-1012.

FOUCAULT, Michel, 1982a, « Le combat de la chasteté », *Communications*, n° 35, « Sexualités occidentales », mai 1982, p. 15-25, *Dits et écrits*, texte 312, vol. 2, p. 1114-1127.

FOUCAULT, Michel, 1982b, « The Subject and Power », DREYFUS, Hubert, RABINOW, Paul, 1982, *Michel Foucault: Beyond Structuralisme and Hermeneutics*, Chicago, The University of Chicago Press, p. 208-226, « Le sujet et le pouvoir », trad. F. Durand-Bogaert, *Dits et Ecrits*, texte 306, vol. 2, p. 1041-1062.

FOUCAULT, Michel, 1982c, « Space, Knowledge and Power » (« Espace, savoir et pouvoir », entretien avec P. Rabinow, trad. fr. F. Durand-Bogaert), *Skyline*, mars 1982, p. 16-20, *Dits et écrits*, texte 310, vol. 2, p. 1089-1104.

FOUCAULT, Michel, 1983, « Usages des plaisirs et techniques de soi », *Le Débat*, n° 27, novembre 1983, p. 46-72, *Dits et Ecrits*, texte 338, vol. 2, p. 1358-1380.

FOUCAULT, Michel, 1984a, *Histoire de la sexualité II : L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard Tel, 2002.

FOUCAULT, Michel, 1984b, « Foucault », D. Huisman (éd.), 1984, *Dictionnaire des philosophes*, Paris, Presses Universitaires de France, tome 1, p. 942-944, *Dits et Ecrits*, texte 345, vol. 2, p. 1450-1455.

FOUCAULT, Michel, 1984c, « Le retour de la morale » (entretien avec G. Barbedette et A. Scala, 29 mai 1984), *Les Nouvelles littéraires*, n° 2937, p. 36-41, *Dits et écrits*, texte 354, vol. 2, p. 1515-1526.

FOUCAULT, Michel, 1984d, « Des espaces autres » (conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967), *Architectures, Mouvement, Continuité*, n°5, octobre 1984, p. 46-49, *Dits et écrits*, texte 360, vol. 2, p. 1571-1581.

FOUCAULT, Michel, 1984e, « Qu'est-ce que les Lumières ? » (What is Enlightenment? »), RABINOW, Paul, 1984, (éd.), *The Foucault Reader*, New-York, Pantheon Books, p. 32-50, *Dits et écrits*, texte 339, vol. 2, p. 1381-1397.

FOUCAULT, Michel, 1984f, « Qu'est-ce que les Lumières ? », *Magazine Littéraire*, n° 207, mai 1984, p. 35-39. (Extrait du cours du 5 janvier 1983 au collège de France), *Dits et écrits*, texte 351, vol. 2, p. 1498-1507.

FOUCAULT, Michel, 1984g, « Polémique, politique et problématisations » (« Polemics, Politics and Problematizations », entretien avec Paul Rabinow, mai 1984), RABINOW, Paul, (éd.), 1984, *The Foucault Reader*, New-York, Pantheon Books, p. 381-390, *Dits et écrits*, texte 342, vol. 2, p. 1410-1417.

FOUCAULT, Michel, 1984i, « Qu'est-ce que les Lumières ? », *Magazine littéraire*, n°207, p. 35-39, *Dits et écrits*, texte 351, vol. 2, p. 1498-1507.

FOUCAULT, Michel, 1984j, « L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté » (entretien avec H. Becker, R. Fornet-Betancourt, A. Gomez-Müller, 20 janvier 1984), *Concordia. Revista internacional de filosofia*, n° 6, juillet-décembre 1984, p. 99-116, *Dits et écrits*, texte 356, vol. 2, p. 1527-1548.

FOUCAULT, Michel, 1985, « La vie : l'expérience et la science », *Revue de métaphysique et de morale*, 90^e année, n°1 : Canguilhem, janvier-mars 1985, p. 3-14, *Dits et écrits*, texte 361, vol. 2, p. 1582-1595.

FOUCAULT, Michel, 1994, *Dits et écrits*, Paris, Gallimard, 4 vols, Quarto Gallimard, 2001, 2 vols.

FOUCAULT, Michel, 1997, « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France. 1976-1977*, Paris, Gallimard Seuil.

FOUCAULT, Michel, 2001, *L'Herméneutique du sujet, Cours au Collège de France. 1981-1982*, Paris, Gallimard Seuil.

FOUCAULT, Michel, 2003, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Paris, Gallimard Seuil.

FOUCAULT, Michel, 2004a, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979*, Paris, Gallimard Seuil.

FOUCAULT, Michel, 2004b, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*. Paris, Gallimard Seuil.

FOUCAULT, Michel, 2008, *Le gouvernement de soi et des autres, Cours au Collège de France. 1982-1983*, Paris, Gallimard Seuil.

FOUCAULT, Michel, 2009, « Introduction à l'Anthropologie de Kant », Kant, E., 1797, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, Paris, Vrin, 2009 trad. fr. M. Foucault, p. 11-79.

FOUCAULT, Michel, LANDAU, A., PETIT, J.-Y., 1973, « Convoqués à la P.J. », *Le Nouvel Observateur*, n° 468, 29 octobre-4 novembre 1973, p. 53, *Dits et écrits*, texte 128, vol. 1, p. 1313-1315.

FOUCAULT, Michel, *Subjectivité et vérité, Cours au Collège de France. 1980-1981*, Paris, Gallimard Seuil, à paraître.

FOUGEREAU, Michel, 1979, *L'immunologie*, Presses Universitaires de France, coll. « Que-sais-je ? », 3^e édition refondue, 1995.

FOX, Nick, WARD, Katie, O'ROURKE, Alan, 2005, « The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet », *Social Science & Medicine*, 60, p. 1299–1309.

FRANKENBURG, Frances Rachel, 2009, *Vitamin discoveries and disasters: history, science, and controversies*, Santa Barbara, Greenwood publishing group.

FREIDSON, Eliot, 1970, *Profession of medicine*, Harper & Row, Publishers, New York ; *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, trad. fr. A. Lyotard-May et C. Malamoud.

FRICK, Jean-Paul, 1988, « Le problème du pouvoir chez A. Comte », *Revue philosophique de France et de l'étranger*, 1988/3, p. 273-301.

FRIEDAN, Betty, 1963, *The Feminine Mystique*, New-York, Norton.

FRIXIONE, Eugenio, 2004a, « Iatrichimisme », LECOURT, Dominique, (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 615-616.

FROST, Jeana, OKUN, Sally, VAUGHAN, Timothy, HEYWOOD, James, WICKS, Paul, 2011, « Patient-reported outcomes as a source of evidence in off-label prescribing: analysis of data from PatientsLikeMe », *Journal of Medical internet research*, 13(1) : e6 [en ligne] <http://www.jmir.org/2011/1/e6/>.

FRYE, Northrop, 1969, *Anatomie de la critique*, Paris, Gallimard.

FUKUYAMA, Francis, 2002, *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*, New York, Farrar, Straus, and Giroux, *La Fin de l'homme : les Conséquences de la révolution biotechnique*, Paris, La Table Ronde, 2002 trad. fr. D.-A. Canal.

FUNCK-BRENTANO, Jean-Louis, 1990, *Le grand chambardement de la médecine*, Paris, Odile Jacob.

FUNCK-BRENTANO, Jean-Louis, 1994, *Le désordre médical et les moyens d'y remédier*, Paris, Hermann.

GADENNE, Emmanuel, 2012, *Le guide pratique du Quantified Self. Mieux gérer sa vie, sa santé, sa productivité*, Paris, FYP.

GAILLE, Marie, 2007, « De la relégation du corps par les techniques médicales à la relégation du corps par la maladie : un corps en quête de reconnaissance et d'ajustement », MASQUELET, Alain-Charles, (dir.), 2007, *op. cit.*, p. 151-165.

GALISON, Peter, HEVLY, Bruce, (éds.), 1994, *Big Science: The Growth of Large-Scale Research*, Stanford, Stanford University Press.

GALLOIS, Pierre, VALLÉE, Jean-Pierre, LE NOC, Yves, 2006, « Médecine générale en crise : faits et questions », *Médecine*, 2 (5), p. 223-228.

GAUCHET, Marcel, 1985, *Le désenchantement du monde*, Paris, Gallimard.

GAUCHET, Marcel, 2002, *La démocratie contre elle-même*, Paris, Gallimard.

GAUDILLIÈRE, Jean-Paul, 2002a, *Inventer la biomédecine*, Paris, La découverte.

GAUDILLIÈRE, Jean-Paul, 2002b, « Mettre les savoirs en débat ? Expertise biomédicale et mobilisations associatives aux États-Unis et en France », *Politix*, 15/57, p. 103-124.

GAUDILLIÈRE, Jean-Paul, 2006a, *La médecine et les sciences*, Paris, La Découverte.

GAUDILLIÈRE, Jean-Paul, 2006b, « La culture scientifique et technique entre amateurs et experts profanes », *Alliage*, 59, p.3-9 [en ligne] <http://www.tribunes.com/tribune/alliage/59/page1/page1.html>.

GAUTIER, Isabelle, 2003, « Burn out des médecins », *Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris*, 86, [en ligne] <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/sallelec/textselect/burnout.html>.

GAY, Peter, 1966-1969, *The Enlightenment: an interpretation*, New-York, Vintage, 2 vols.

GAY, Peter, 1967, « The Enlightenment as Medicine and as Cure », BARBER, William, (éd.), 1967, *The Age of Enlightenment. Studies presented to Theodore Besterman*, Edimbourg, St Andrews University Publications, p. 375-386.

GAYON, Jean, 2000, « Le concept d'individualité dans la philosophie biologique de Georges Canguilhem », LE BLANC, Guillaume, (dir.), 2000, *op. cit.*, p. 19-48.

GAYON, Jean, 2004, « Épistémologie de la médecine », LECOURT, Dominique, (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 430-431.

GAYON, Jean, 2006, « Le concept d'individualité dans la philosophie biologique de Georges Canguilhem », BITBOL, Michel, GAYON, Jean, (dir.), 2006, *L'épistémologie française (1830-1970)*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 431-463.

GAYON, Jean, JACOBI, Daniel, (dir.), 2006, *L'éternel retour de l'eugénisme*, Paris, Presses Universitaires de France.

GELFAND, Toby, 1980, *Professionalizing Modern Medicine: Paris Surgeons and Medical Science and Institutions in the Eighteenth Century*, Westport, Connecticut, Greenwood Press.

GENARD, Jean-Louis, 2007, « Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? », CANTELLI, Fabrizio, GENARD, Jean-Louis, (dir.), 2007, *Action publique et subjectivité*, Paris, Droit et société, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, n°46, p. 41-64.

GENETET, Bernard, 2000, *Histoire de l'immunologie*, Paris, Presses Universitaires de France.

GEYER-KORDESCH, Johanna, 1990, « Medizinische Fallbeschreibungen und ihre Bedeutung in der Wissensreform des 17. und 18. Jahrhunderts », *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, 9, p. 7-19.

GILLE, Bertrand, 1978, *Histoire des techniques*, Paris, Gallimard.

GINZBURG, Carlo, PONI, Carlo, 1981, « La micro-histoire », *Le Débat*, décembre 1981, p. 133-136; LEVI, Giovanni, 1989, *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVII^e siècle*, Paris, Gallimard.

GIROUD, Jean-Paul, BAUWENS, Marie-Christine, ROUVEIX, Bernard, 1999, « Intérêt et limite de l'automédication. Un comportement à risque », QUENEAU, Patrice, (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 20-22.

GLANZ, Karen, LEWIS, Frances Marcus, RIMER, Barbara, (eds.), 2002, *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, San Francisco, Jossey-Bass.

GLORION, Bernard, 2004, « Code de déontologie », LECOURT, Dominique, (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 262-263.

GODECHOT, Jacques, 1988, *La révolution française*, Paris, Perrin.

GOFFETTE, Jérôme, 2008, *Naissance de l'anthropotechnie. De la médecine au modelage de l'humain*, Paris, Vrin.

GOOD, Byron, 1994, *Medicine, Rationality and Experience*, New-York, Cambridge University Press, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robin, Institut Synthélabo, 1998, trad. fr. S. Gleize.

GORI, Roland, DEL VOLGO, Marie-Josée, 2005, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.

GORI, Roland, DEL VOLGO, Marie-Josée, 2008, *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*, Paris, Denoël.

GOUBERT, Jean-Pierre, 1977, « L'art de guérir. Médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790 », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 32 (5), p. 908-926.

GOUBERT, Jean-Pierre, 1979, « Les marginaux de la thérapeutique en France à la fin du XVIII^e siècle », *Les marginaux et les exclus dans l'histoire, Cahiers Jussieu*, 5, p. 333-353.

GOUBERT, Jean-Pierre, 1991, « Position et statut des malades en France à la veille de la Révolution de 1789 », LAFAY, Ariette, (dir.), 1991, *Le statut du malade XVI^e-XX^e siècles : approches anthropologiques*, Paris, L'Harmattan, p. 51-63.

GOUBERT, Jean-Pierre, 1992, *Médecins d'hier, médecins d'aujourd'hui ; le cas du docteur Lavergne (1756-1831)*, Paris, Publisud.

GOUBERT, Jean-Pierre, LORILLOT, Dominique, (éds.), 1984, *1789, le corps médical et le changement : les cahiers de doléances des médecins, chirurgiens et apothicaires*, Toulouse, Privat.

GOUBERT, Jean-Pierre, REY, Roselyne, (dir.), 1989, *Atlas de la Révolution française*, vol. 7, médecine et santé, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

GOUBERT, Pierre, 1969, *L'ancien régime. 1 : la société*, Paris, Armand Colin.

GOUBERT, Pierre, 1973, *L'ancien régime. 2 : les pouvoirs*, Paris, Armand Colin.

GOULEMOT, Jean-Marie, MASSEAU, Didier, 1994, « Lettres au grand homme ou quand les lecteurs écrivent », BOSSIS, Mireille, (dir.), 1994, *op. cit.*, p. 39-47.

GOUREVITCH, Danielle, 2004, « Darenberg, his friend Littré and positivist medical history », HUISMAN, Frank, WARNER, John Harley, (éds), 2004, *Locating Medical History: The Stories and Their Meanings*, Baltimore – London, the Johns Hopkins Press, p. 53-73

GOUST, François, 1969, *Médecine et urbanisation*, Paris, Les éditions ouvrières.

GOYARD-FABRE, Simone, 1996, *La philosophie du droit de Kant*, Paris, Vrin.

GRANGE, Juliette, 1996, *La philosophie d'Auguste Comte*, Paris, Presses Universitaires de France.

GRASSI, Marie-Claire, 1990, « La correspondance comme discours du privé au XVIII^e siècle », BOSSIS, Mireille, PORTER, Charles A., (éds.), 1990, *op. cit.*, p. 180-183.

GRASSI, Marie-Claire, 1998, *Lire l'épistolaire*, Paris, Dunod.

GRATELOUP, Léon-Louis, 1988, « Auguste Comte et “la question de l'être” », *Revue philosophique de France et de l'étranger*, 1988/3, p. 303-315.

GRIMALDI, André, 2010, « Les différents habits de l'“expert profane” », *Les Tribunes de la santé*, 27, p. 91-100 [en ligne] www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-2-page-91.htm.

GRISON, Emmanuel, GOUPIL, Michelle, BRET, Patrice, (éds.), 1994, *A scientific correspondence during the chemical revolution: Louis-Bernard Guyton de Morveau and Richard Kirwan (1782-1802)*, Berkeley, Office for History of science and technology, University of California at Berkeley.

GRMEK, Mirko, (dir.), 1995, *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Paris, Seuil, 3 vols.

GRMEK, Mirko, 1963a, « Le secret médical, I : Aperçu historique », *Le concours médical*, 85, 2, p. 4177-4182.

GRMEK, Mirko, 1963b, « Le secret médical, II : Du secret absolu au secret partagé », *Le concours médical*, 85, 2, p. 4283-4290.

GRMEK, Mirko, 1963c, « Le secret médical, III : Situation actuelle dans le cadre européen », *Le concours médical*, 85, 3, p. 4371-4380.

GRMEK, Mirko, 1969, « L'origine et les vicissitudes du secret médical », *Cahiers Laennec*, 29, 3, p. 5-31.

GRMEK, Mirko, 1989, *Histoire du sida*, Paris, Payot.

- GRMEK, Mirko, 1990, *La première révolution biologique*, Paris, Payot.
- GRMEK, Mirko, 1995, « Le concept de maladie », GRMEK, Mirko, (dir.), 1995, *op. cit.*, vol. 3, p. 147-167.
- GROOPMAN, Jerome, HARTZBAND, Pamela, 2011, *Your Medical Mind: How to Decide What Is Right for You*, The Penguin Press.
- GROS, François, 1990, *L'ingénierie du vivant*, Paris, Odile Jacob.
- GUARDIA, Joseph-Michel, 1865, *La médecine à travers les siècles : Histoire-Philosophie*, Paris, J.-B. Baillière.
- GUBIN, Éliane, (dir.), 2004, *Le siècle des féminismes*, Paris, Éditions de L'Atelier.
- GUCHET, Xavier, 2003, « Pensée technique et philosophie transcendante », *Archives de la philosophie*, 66, p. 119-144.
- GUILHAUMOU, Jacques, 2012, « Autour du concept d'agentivité », *Rives méditerranéennes*, 41, p. 25-34.
- GUIMELCHAIN-BONNET, Michèle, 2010, « Le patient expert, un partenaire pour le soignant », *L'aide soignante*, 24, 115, p. 9-10.
- GUSDORF, Georges, 1991, *Lignes de vie. I. Les écritures du moi*, Paris, Odile Jacob.
- HABERMAS, Jürgen, 1968, « La technique et la science comme "idéologie" », HABERMAS, Jürgen, 1973, *op. cit.*, p. 3-74.
- HABERMAS, Jürgen, 1973, *La technique et la science comme « idéologie »*, Paris, Gallimard, trad. fr. Ladmiral, J.-R.
- HABERMAS, Jürgen, 1997, *L'espace public : archéologie de la publicité comme dimension constitutive de la société bourgeoise*, Paris, Payot.
- HACKING, Ian, 2002, *Historical ontology*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- HADOT, Pierre, 1995, *Qu'est-ce que la philosophie antique ?*, Paris, Gallimard.
- HADOT, Pierre, 2004, *Le voile d'Isis. Essai sur l'histoire de l'idée de Nature*, Paris, Gallimard.
- HALOUIA, Bruno, 2004, *Science et conscience. Une histoire de l'éthique médicale*, Paris, Liliana Lévi.
- HAMON, Hervé, 1998, « Carnet de route », ABTOUN, Samy, (dir.), 1998, *op. cit.*, p. 79-85.
- HAMRAOUI, Éric, 2001, « L'œuvre de Sénac, référence critique de la pensée physiologique et médicale de Tissot », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 93-102.
- HANAFI, Nahema, 2012, « Des plumes singulières. Les écritures féminines du corps souffrant au XVIII^e siècle », *Clio*, 35, p. 45-66.
- HARAWAY, Donna, 1991, « Biopolitique des corps postmodernes : les constitutions du soi dans les discours sur le système immunitaire », *Des singes, des cyborgs et des*

femmes. La réinvention de la nature, Editions Jacqueline Chambon /Actes Sud, 2009, trad. fr. O. Bonis, p. 355-398.

HARDEY, Michael, 2004, « Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine ? » *Sciences sociales et santé*, 22 (1), p. 21-43.

HARDT, Michael, NEGRI, Antonio, 2004, *Multitude*, Paris, La Découverte.

HAROCHE, Aurélie, 2011, « Se soigner grâce au web : les français moins tentés que les autres », *Journal international de médecine*, 04 janvier 2011 [en ligne], http://m.jim.fr/pro_societe/e-docs/00/01/DA/EE/document_actu_pro.phtml.

HAROCHE-BOUZINAC, Geneviève, 1995, *L'épistolaire*, Paris, Hachette.

HASSENTEUFEL, Patrick, 2008, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les tribunes de la santé*, 18, p. 21-28.

HATCHUEL, Patrick, 2008, *Kant en français (1796-1917)*, Librairie Hatchuel.

HAUG, Marie, WYKLE, May, NAMAZI, Kevan, 1989, « Self-care among older adults », *Social Science and Medicine*, 29, 2, p. 171-183.

HAXAIRE, Claudie, 2007, « Les trois concepts de la maladie », MOUILLIE, Jean-Marc, LEFÈVE, Céline, VISIER, Laurent, (dir.), 2007, *op. cit.*, p. 263-265.

HAZARD, Paul, 1935, *La crise de la conscience européenne. 1680-1715*, Paris, Boivin.

HECKETSWEILER, Philippe, 2010, *Histoire de la médecine : des malades, des médecins, des soins et de l'éthique biomédicale*, Paris, Ellipses.

HEIDEGGER, Martin, 1946, *Lettre sur l'humanisme*, Paris, Éditions Montaigne, 1957, trad. fr. R. Munier.

HEIDEGGER, Martin, 1953, « La question de la technique », *Essais et conférences*, Paris, Gallimard, 1958, trad. fr. A. Préau, p. 9-48.

HÉLARDOT, Valentine, MULOT, Stéphanie, 2011, « Les relations de soin : du colloque singulier au pluralisme médical », DRULHE, Marcel, SICOT, François, (dir.), 2011, *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, p. 185-206.

HELMREICH, Christian, 2002, « La réception cousinienne de l'esthétique de Kant », *Revue de métaphysique et de morale*, 2002/2, p. 193-210.

HENRY, Éric., 1986, « Au-delà des différences, l'efficacité symbolique », *Autrement*, 85, p. 62-67.

HERMITTE, Marie-Angèle, 1990, « L'embryon aléatoire », TESTART, Jacques, (dir.), 1990, *op. cit.*, p. 238-265.

HERVÉ, Christian, 2002, « Éditorial », *Le Courrier de l'éthique médicale*, 2/3, Juillet-Août-Septembre 2002, p. 43.

HERVÉ, Christian, THOMASMA, David, WEISSTUB, David, (éd.), 2001, *Visions éthiques de la personne*, Paris, L'Harmattan.

HERVÉ, Christian, THOMASMA, David, WEISSTUB, David, (éds.), 2001, *Visions éthiques de la personne*, Paris, L'Harmattan.

HERXHEIMER, Andrew, 1978, « L'automédication », FABRE, Jean, (éd.), 1978, *Thérapeutique médicale VI*, Paris, Flammarion, p. 125-127.

HERZLICH, Claudine, 1969, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton-EHESS.

HERZLICH, Claudine, 1970, *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton-EHESS.

HERZLICH, Claudine, 1976, « Le développement de la sociologie de la médecine, en France, et son contexte », *Santé, Médecine et Sociologie : Colloque International de Sociologie Médicale*, Paris, Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique, p. 131-135.

HERZLICH, Claudine, 1984, « Médecine moderne et quête de sens : la maladie comme signifiant social », AUGÉ, Marc, HERZLICH, Claudine, (éds.), 1984, *op. cit.*, p. 189-216.

HERZLICH, Claudine, PIERRET, Janine, 1984, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot.

HESSEL, Stéphane, 2010, *Indignez-vous !*, Montpellier, Indigène.

HIRSCH, Emmanuel, 1994, *Responsabilités humaines pour temps de SIDA*, Marsat, Synthélabo/Les empêcheurs de tourner en rond.

HIRSCH, Emmanuel, 2010, *L'existence malade. Dignité d'un combat de vie*, Paris, Cerf.

HODGKISS, Andrew, 2000, « User, client, or patient: what do we call people receiving treatment for mental health problems? », *Psychiatric bulletin*, 24, p. 441.

HOERNI, Bernard, 1988, *Réflexions sur les personnes malades. Changements et continuité*, Paris, Doin.

HOERNI, Bernard, 1991, *L'autonomie en médecine. Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes*, Paris, Payot.

HOERNI, Bernard, 1998, « Pouvoirs en médecine et pouvoirs des médecins », ABTROUN, Samy, (dir.), 1998, *op. cit.*, p. 53-63.

HOERNI, Bernard, 2006, *Temps et médecine*, Paris, Éditions Glyphe.

HOERNI, Bernard, 2008, *La relation médecin-malade : l'évolution des échanges patient-soignant*, Paris, Imhotep.

HOERNI, Bernard, 2011, *Être médecin de soi-même. Principes pour que chacun prenne soin de sa santé*, Paris, Éditions Glyphe.

HOERNI, Bernard, BÉNÉZECH, Michel, 2010, *La relation humaine en médecine : ses mutations en France : 1947-2002*, Paris, Glyphe.

HOPE, Janet E., 2008, *Biobazaar the Open Source Revolution and Biotechnology*, Cambridge, Harvard.

- HOTTOIS, Gilbert, 1984, *Le Signe et la technique*, Paris, Aubier-Flammarion.
- HOTTOIS, Gilbert, 1996, *Entre symboles et technosciences*, Seyssel-Paris, Champ-Vallon Presses Universitaires de France.
- HOTTOIS, Gilbert, MISSA, Jean-Noël, (dir.), 2001, *Nouvelle encyclopédie de bioéthique : médecine, environnement, biotechnologie*, Bruxelles, De Boeck.
- HUNEMAN, Philippe, 1998, *Bichat, la vie et la mort*, Paris, Presses Universitaires de France.
- HUNEMAN, Philippe, 2008, *Métaphysique et biologie. Kant et la constitution du concept d'organisme*, Paris, Kimé.
- HUNYADI, Mark, 2009, « La santé-je, -tu, -il : retour sur le normal et le pathologique », FERRY, Jean-Marc, GUIBET LAFAYE, Caroline, HUNYADI, Mark, 2009, *Penser la santé*, Paris, Vrin, p. 21-54.
- HUSSERL, Edmund, 1954, *La crise des sciences européenne et la phénoménologie transcendantale*, Paris, Tel Gallimard, 1976, trad. fr. G. Granel.
- ILLICH, Ivan, 1975, *Némésis médicale*, Paris, Seuil.
- ILLICH, Ivan, 1993, « Surveiller son regard à l'âge du "show" », ILLICH, Ivan, 2006, *op. cit.*, p. 187-231.
- ILLICH, Ivan, 1995, « Passé scopique et éthique du regard. Plaidoyer pour l'étude historique de la perception oculaire », ILLICH, Ivan, 2006, *op. cit.*, p. 287-326.
- ILLICH, Ivan, 2006, *La perte des sens*, Paris, Fayard.
- JACQUART, Danielle, 1999, « Le médecin au Moyen Âge », CALLEBAT, Louis, (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 59-87.
- JAHAN, Sébastien, 2006, *Le corps des Lumières. Émancipation de l'individu ou nouvelles servitudes ?*, Paris, Belin.
- JANICAUD, Dominique, 1985, *La puissance du rationnel*, Paris, Gallimard.
- JANKÉLEVITCH, Vladimir, 1987, *Le je-ne-sais-quoi ou le presque-rien III*, Paris, Seuil.
- JAUBERT, Anna, 2005, « Négociations de la mise en place et stratégies de l'idéalisation », SIESS, Jürgen, HUTIN, Séverine, 2005, *op. cit.*, p. 65-82 [En ligne], <http://semen.revues.org/2032>.
- JEANNOT, Gilles, 1998, *L'usager des services publics*, Paris, Presses Universitaires de France.
- JERNE, Niels K., 1974, « Towards a network theory of the immune system », *Annales d'immunologie*, 125 C, p. 373-389.
- JEWSON, Nicholas, 1976, « The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870 », *Sociology*, 10, p. 225-244.
- JOARCHO, Saul, (éd.), 2000, *Clinical Consultations of Francesco Torti*, Malabar, Krieger Pub Co

JOHANNESSEN, Helle, LAZAR, Imre, (éds.), 2006, *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*, New York-Oxford, Berghahn Books.

JOLIVET, Alexia, VÁSQUEZ, Consuelo, 2011, « Reconfiguration de l'organisation : suivre à la trace les figures textualisées – le cas de la figure du patient », *Études de communication*, 36, p. 129-146. [en ligne] www.cairn.info/revue-etudes-de-communication-2011-1-page-129.htm.

JONES, Colin, 1987, « Montpellier medical students and the medicalisation of the 18th Century France », PORTER, Roy, WEAR, Andrew, (éds.), 1987, *Problems and methods in the History of medicine*, Croom and Helm, London, p. 57-80.

JONES, Colin, 1996, « The Great Chain of Buying: Medical Advertisement, the Bourgeois Public Sphere and the Origins of the French Revolution », *American Historical review*, 101, p. 13-40.

JORLAND, Gérard, 1981, *La science dans la philosophie. Les recherches épistémologiques d'Alexandre Koyré*. Paris, Gallimard.

JOUANNA, Jacques, 1992, *Hippocrate*, Paris, Fayard.

JOUBERT, Lucien, 1962, *La médecine est malade*, Paris, Éditions de l'homme.

JOUET, Emmanuelle, LAS VERGNAS, Olivier, 2011, « Les savoirs des malades peuvent-ils être tenus pour des savoirs amateurs ? », *Alliage*, 69, p. 136-150.

JUILLET, Yves, 2007, « Synthèse et conclusion », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 191, 8, p. 1539-1542.

KALIFA, D., 2008, « What is cultural history now about ? », GILDEA, R., SIMONIN, A., éds., *Writing Contemporary History*, London, Hodder Education, p. 47-69.

KARSENTY, Serge, 1980, « La crise de la médecine », *Bulletin du groupe de liaison pour l'action culturelle scientifique*, n° 10, « Médecine, santé et usagers », p. 7-16.

KEATING, Peter, CAMBROSIO, Alberto, 2003, *Biomedical Platforms: Realigning the Normal and the Pathological in Late Twentieth-Century Medicine*, Cambridge (MA), MIT Press.

KEEL, Othmar, 1979, *La généalogie de l'histopathologie. Une révision déchirante. Philippe Pinel, lecteur discret de James Carmichael Smyth (1741-1821)*, Paris, Vrin, coll. « L'Histoire des Sciences. Textes et Études », Préface de G. Canguilhem.

KEEL, Othmar, 2001, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe. 1750-1815*, Genève, Georg éditeur, Presses Universitaires de Montréal.

KELLER, Bruno, 2002, « Près d'un médecin sur deux est victime d'épuisement émotionnel », *Quotidien du médecin*, 23 Janvier 2002.

KELLY, Michael, (éd.), 1994, *Critique and Power: Recasting the Foucault / Habermas Debate*, Cambridge (Massachusetts), MIT Press.

KERNICK, David, 1999, « The name's the game », *The Lancet*, 353, 8 mai 1999, p. 1632.

KERVASDOUÉ DE, Jean, (dir.), 2003, *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod.

KICKBUSCH, Ilona, 1989, « Self-care in health promotion », *Social Science and Medicine*, 29, 2, p. 125-130.

KICKBUSH, Ilona, 1996, « Self-care in health promotion », *Health Promotion: An Anthology*, Washington, Pan American Health Organisation, p. 211-220.

KLEIN, Alexandre, (dir.), 2010, *Les sensations de santé. Pour une épistémologie des pratiques corporelles du sujet de santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.

KLEIN, Alexandre, 2010a, « “Les sensations de santé”. Pour une philosophie des pratiques corporelles du sujet de santé », KLEIN, Alexandre, (dir.), 2010, *op. cit.*, p. 15-48.

KLEIN, Alexandre, 2010b, « Quel sujet pour l'éducation à la santé ? Les apports de Michel Foucault pour les interventions éducatives en santé publique », *Recherches & éducations*, n° 3, p. 47-75.

KLEIN, Alexandre, 2010c, « *Se jouer des corps pour se parer de liberté*. Du bijou contemporain comme espace de normativité », *.dpi*, 17 « adhérence : résistance visqueuse », [en ligne consulté le 10 mars 2010] <http://dpi.studioxx.org/demo/?q=fr/no/17/se-jouer-des-corps-pour-se-parer-liberte-par-Alexandre-Klein>.

KLEIN, Alexandre, 2011, « Frédéric Dubois d'Amiens, médecin-philosophe : l'exemple de la question de la Société Royale de Médecine de Bordeaux de 1830 », *Histoire des Sciences médicales*, XLV, n° 2, p. 131-145.

KLEIN, Alexandre, 2012, « Contribution à l'histoire du “patient” contemporain. L'autonomie en santé : du *self-care* au *biohacking* », *Histoire, médecine et santé*, 1, p. 115-128.

KLEIN, Alexandre, 2013, « Le sujet peut-il être objet d'histoire ? L'exemple des discours de malades dans la correspondance de Samuel-Auguste Tissot », à paraître.

KOPFERSCHMITT, Jacques, 1999, « Quelle information et quelle éducation pour le public et les patients ? », QUENEAU, Patrice, (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 115-121.

KOURILSKY, Philippe, 1987, *Les artisans de l'héritage*, Paris, Odile Jacob.

KOYRÉ, Alexandre, 1943, « Galilée et Platon », KOYRÉ, Alexandre, 1976, *op.cit.*, p. 166- 195.

KOYRÉ, Alexandre, 1948, « Sens et portée de la synthèse newtonienne », Conférence à L'université de Chicago, 3 novembre 1948, KOYRÉ, Alexandre, 1968, *op. cit.*, p. 27-49.

KOYRÉ, Alexandre, 1955, « Galilée et la révolution scientifique », Conférence au palais de la découverte le 7 mai 1955, KOYRÉ, Alexandre, 1976, *op. cit.*, p. 196-212.

KOYRÉ, Alexandre, 1957, *Du monde clos à l'univers infini*, Paris, Gallimard, 1973.

KOYRÉ, Alexandre, 1968, *Études newtoniennes*, Paris, Gallimard

KOYRÉ, Alexandre, 1976, *Études d'histoire de la pensée scientifique*, Paris, Gallimard.

KRAMS-LIFSCHITZ, Anne, 1991, « Dégénérescence et personne, migrations d'un concept au XIX^e siècle », NOVAES, Simone, (dir.), 1991, *op. cit.*, p. 131-158.

KRAUS, Dorothea, 1999, « Appropriation et pratiques de la lecture. Les fondements méthodologiques et théoriques de l'approche de l'histoire culturelle de Roger Chartier » *Labyrinthe*, 3, p. 13-25.

KREMER-MARIETTI, Angèle, 1985, *Michel Foucault. Archéologie et généalogie*, Paris, Librairie Générale Française.

KREMER-MARIETTI, Angèle, 1999, *L'anthropologie positiviste d'Auguste Comte*, Paris, L'Harmattan.

KUHN, Thomas, 1962, *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press ; *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983, trad. fr., L. Meyer, édition revue et corrigée par l'auteur.

LADO, Ludovic, (dir.), 2012, *Le pluralisme médical en Afrique: colloque international de Yaoundé, 3-5 février 2010 : hommage à Éric de Rosny*, Paris, Karthala.

LADRIÈRE, Jean, 1993, « Éthique et tâche de la pensée. L'éthique et la raison pratique », FORUM ÉTHIQUE, 1994, *L'éthique : interprétations et positionnements multiples*, Bruxelles, ECCE.

LADRIÈRE, Jean., 1977, *Les enjeux de la rationalité. Le défi de la science et de la technique aux cultures*, Paris, Aubier-Unesco.

LADRIÈRE, Paul, 1991, « La notion de personne, héritière d'une longue tradition », NOVAÈS, Simone, (dir.), 1991, *op. cit.*, p. 27-85.

LAGRÉE, Jacqueline, 2002, *Le médecin, le malade et le philosophe*, Bayard, Paris.

LAGRÉE, Jacqueline, 2004, « Patient », LECOURT, Dominique, (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 845-851.

LAMBERT, Jean, (éd.), 1989, *La médecine à l'époque de la Révolution française : contribution à l'étude de son état et de son évolution dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle*, Montreuil, La Brèche-PEC.

LAMY, Jérôme, 2003, « La science, le continent ignoré des historiens français ? », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, 90-91, [en ligne], <http://chrhc.revues.org/index1471.html>

LANDZELIUS, Kyra, 2006, « Introduction: Patient organization movements and new metamorphoses in patienthood », *Social science and medicine*, 62(3), p. 529-537.

LANTÉRI-LAURA, Georges, 1998, « Normal et pathologique: esquisse d'un point de vue médical », COLLECTIF, 1998, *op. cit.*, p. 47-58.

LAPLANTINE, François, 1986, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.

LAPLANTINE, François, RABEYRON, Paul-Louis, 1987, *Les médecines parallèles*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que-sais-je ? ».

LARRÈRE, Catherine, 1993, « La nation chez Sieyès : l'inflexion révolutionnaire de l'universalité des Lumières », BOURGEOIS, Bernard, D'HONDT, Jacques, (dir.), 1993, *La philosophie et la Révolution française*, Paris, Vrin, p. 143-154.

LASCOUMES, Pierre, 2002, « Représenter les usagers », BASZANGER, Isabelle, BUNGENER, Martine, PAILLET, Anne, (dir.), 2002, *op. cit.*, p. 107-125.

LATOUR, Bruno 1988, *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*, La découverte/Poche, 1996.

LATOUR, Bruno, 1986, « Le théâtre de la preuve », SALOMON-BAYET, Claire, (éd.), 1986, *op. cit.*, p. 335-384.

LE BLANC, Guillaume, (dir.), 2000, *Lectures de Canguilhem*, « *Le normal et le pathologique* », Fontenay-aux-Roses, Feuillet de l'ENS Fontenay Saint/Cloud.

LE BLANC, Guillaume, (dir.), 2000, *Lectures de Canguilhem*, « *Le normal et le pathologique* » Fontenay-aux-Roses, Feuillet de l'ENS Fontenay Saint/Cloud.

LE BLANC, Guillaume, 1998, *Canguilhem et les normes*, Paris, Presses Universitaires de France

LE BLANC, Guillaume, 2000, « La vie selon ses points de vue », LE BLANC, Guillaume, (dir.), 2000, *op. cit.*, p. 49-60.

LE BLANC, Guillaume, 2002a, *La vie humaine. Biologie et anthropologie chez Georges Canguilhem*, Paris, Presses Universitaires de France

LE BLANC, Guillaume, 2002b, « Le conflit des médecines », *Esprit*, mai 2002 « La médecine et le corps humain », p. 71-86.

LE BLANC, Guillaume, 2002c, « L'invention de la normalité », *Esprit*, mai 2002 « La médecine et le corps humain », p. 145-164.

LE BLANC, Guillaume, 2005, *L'esprit des sciences humaines*, Paris, Vrin.

LE BLANC, Guillaume, 2006, *La pensée Foucault*, Paris, Ellipses.

LE BLANC, Guillaume, 2007, *Les maladies de l'homme normal*, Paris, Vrin.

LE BLANC, Guillaume, 2009, « Le pluralisme des valeurs de la science chez Canguilhem », CASSOU-NOGUÈS, Pierre, GILLOT, Pascale, (éd.), 2009, *op. cit.*, p. 95-107.

LE BLANC, Guillaume, 2010, « L'expérience de la vie malade », BENAROYO, Lazare, LEFÈVE, Céline, MINO, Jean-Christophe, WORMS, Frédéric, (dir.), 2010, *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 301-317.

LE BRETON, David, 1990, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaires de France.

LE BRETON, David, 2006, *La saveur du monde*, Paris, Métailié.

LE BRETON, David, 2007, « Le gène comme patient : une médecine sans sujet », MASQUELET, Alain-Charles, (dir.), 2007, *op. cit.*, p. 15-31.

LE DOUARIN, Nicole, 2000, *Des chimères, des clones et des gènes*, Paris, Odile Jacob.

LE FOYER DE COSTIL, Huguette, 2009, « Clinique à distance », COUTURIER, Daniel, DAVID, Georges, LECOURT, Dominique, SRAER, Jean-Daniel, SUREAU, Claude, (dir.), 2009, *op. cit.*, p. 47-62.

LE GOFF, Jacques, CHARTIER, Roger, (dir.), 1978, *La nouvelle histoire*, Paris, Retz-C.E.P.L.

LE GOFF, Jacques, NORA, Pierre, (dir.), 1976a, *Faire de l'histoire I : nouveaux problèmes*, Paris, Gallimard.

LE GOFF, Jacques, NORA, Pierre, (dir.), 1976b, *Faire de l'histoire II : nouvelles approches*, Paris, Gallimard.

LE GOFF, Jacques, NORA, Pierre, (dir.), 1976c, *Faire de l'histoire III : nouveaux objets*, Paris, Gallimard.

LE GRAND, Jean-Louis, PRAYEZ, Pascal, 1986, « L'utopie de la médecine idéale », *Autrement*, 85, p. 12-21.

LE NAOUR, Jean-Yves, VALENTI, Catherine, 2003, *Histoire de l'avortement. XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Seuil.

LE PEN, Claude, 1999, *Les habits neufs d'Hippocrate. Du médecin artisan au médecin ingénieur*, Paris, Calmann-Lévy.

LEBRUN, François, 1983, *Médecins, saints et sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Temps actuel.

LEBRUN, François, 1995, *Se soigner autrefois : Médecins, saints et sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Seuil, 2^e édition.

LEBRUN, Jean-Pierre, 1993, *De la maladie médicale*, Bruxelles, de Boeck.

LECOMTE, Thérèse, 1999, « Chiffres de l'autoconsommation en France et à l'étranger », QUENEAU, Patrice, (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 49-56.

LECORPS, Philippe, PATURET, Jean-Bernard, 1999, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*. Rennes, Éditions de l'École nationale de la santé publique.

LECOURT, Dominique, 1969, *L'épistémologie historique de Gaston Bachelard*, Paris, Vrin.

LECOURT, Dominique, 1972, *Pour une critique de l'épistémologie : Bachelard, Canguilhem, Foucault*, Paris, Maspero.

LECOURT, Dominique, 2003, *Humain, Posthumain. La technique et la vie*, Paris, Presses Universitaires de France.

LECOURT, Dominique, 2004, « Personne humaine », LECOURT, Dominique, (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 857-859.

LEFÈVE, Céline, 2010, « Peut-il seulement y avoir de bons médecins ? La relation médecin-malade selon Georges Canguilhem », CRIGNON-DE OLIVEIRA, Claire, GAILLE, Marie, (dir.), 2010, *op. cit.*, p. 16-33.

- LEGENDRE, Pierre, 1992, *Les enfants du texte*, Paris, Fayard.
- LEGRAND, Stéphane, 2007, *Les normes chez Foucault*, Paris, Presses Universitaires de France.
- LEJEUNE, Philippe, 1975, *Le pacte autobiographique*, Paris, Le Seuil.
- LENOIR, Noëlle, MATHIEU, Bertrand, 1998, *Les normes internationales de la bioéthique*, Paris, Presses Universitaires de France, coll « Que sais-je ? ».
- LÉONARD, Jacques, 1978a, *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*, Paris, Champion, 3 vols.
- LÉONARD, Jacques, 1978b, *La France médicale au XIX^e siècle*, Paris, Gallimard/Julliard.
- LÉONARD, Jacques, 1981, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Paris, Aubier Montaigne.
- LÉONARD, Jacques, 1983a, « Histoire des sciences médicales et histoire des mentalités », *Revue de synthèse*, 111-112, juil.-déc. 1983, p. 355-362.
- LÉONARD, Jacques, 1983b, « La pensée médicale », *Revue de synthèse*, IIIe S., n° 109, janvier-mars, 1983, LÉONARD, Jacques, 1992, *op. cit.*, p. 220-221.
- LÉONARD, Jacques, 1984, « La révolution française et la science », Communication inédite faite au séminaire « Science, histoire et société », Université Rennes 2, LÉONARD, Jacques, 1992, *op. cit.*, p.249-259.
- LÉONARD, Jacques, 1986, « Comment peut-on être pasteurien ? », SALOMON-BAYET, Claire, (éd.), 1986, *op. cit.*, p. 143-179.
- LÉONARD, Jacques, 1992, *Médecins, malades et société dans la France du XIX^e siècle*, Paris, Sciences en Situation.
- LESLIE, Charles, 1976, « Pluralism and Integration in the Indian and Chinese Medical Systems », KLEINMAN, Arthur, KUNSTADTER, Peter, ALEXANDER, Russell E., GALE, James, (éds.), 1976, *Medicine in Chinese cultures : comparative studies of health care in Chinese and other societies*, Washington, U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health, p. 401-417.
- LEVIN, Lowell S., 1977, « Self-care and health planning », *Social Policy*, 8 (3), p. 47-54.
- LEVIN, Lowell S., KATZ, Alfred H., HOLST, Erik, 1976, *Self-care. Lay initiatives in health*, New- York, Prodist, 133 p.
- LEVY, Pierre, 1990, *Les techniques de l'intelligence*, Paris, La Découverte.
- LICHTENHAELER, Charles, 1975, *Geschichte der medizin*, Köln-Lövenich, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH ; *Histoire de la médecine*, trad. fr. D. Meunier, Paris, Fayard, 1978.
- LIDENBOOM, Gerrit Arie, 1962-1979, *Boerhaave's correspondence*, Leiden, E. J. Brill, 3 vols.

LOPEZ TERRADA, María Luz, SALAVERT FABIANI, Vincent L., 1999, « Le médecin de la Renaissance à l'aube des Lumières », CALLEBAT, Louis, (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 111-163.

LOUIS-COURVOISIER, Micheline, 2001a, « Le malade et son médecin : le cadre de la relation thérapeutique dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle », *Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine*, 18, p. 277-296

LOUIS-COURVOISIER, Micheline, 2001b, « Rhabilleurs, experts, chirurgiens, sages-femmes et pasteurs : les malades et leurs soignants en suisse Romande au XVIII^e siècle », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 187-200.

LOUIS-COURVOISIER, Micheline, MAURON, Alex, 2002, « “Il me trouva très bien ; pour moi, je me sentois toujours malade”. La relation patient-médecin au XVIII^e et au XX^e siècle », *Médecine et Hygiène*, 2402, p. 1518-1522.

LOUIS-COURVOISIER, Micheline, PILLOUD, Séverine, 2000, « Le malade et son entourage au XVIII^e siècle : les médiations dans les consultations épistolaires adressées au Dr Tissot », *Revue médicale de la Suisse romande*, 120, p. 939-944.

LOUX, Françoise, 1978, « Médecins et guérisseurs : deux rapports au corps », *Autrement*, 15, p. 182-184

MACHEREY, Pierre, 1989, *Comte. La philosophie et les sciences*, Paris, Presses Universitaires de France.

MACHEREY, Pierre, 1993, « Normes vitales et normes sociales dans l'Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique », COLLECTIF, 1998, *op. cit.*, p. 71-84, [en ligne], <http://stl.recherche.univ-lille3.fr/sitespersonnels/macherey/machereybiblio75.html>.

MACKENZIE, C., 2012, « Agency : un mot, un engagement », *Rives méditerranéennes*, 41, p. 35-37.

MAGNANT, Pierre, CHABOCHE, François-Xavier, 1986, « Usagers : notre corps est à nous », *Autrement*, 85, p. 212-217.

MAGNY, Jean-Claude, 2009, *Pour une approche intégrée en santé*, Québec, Presses Universitaires du Québec.

MAHER, Brendan, 2007, « Personal genomics: His daughter's DNA », *Nature*, 449, p. 773-776.

MAISONNEUVE, Hervé, SILBER, Denise, 2009, « L'Internet est un outil pour améliorer la Santé », *La Presse Médicale*, 38(10), p. 1416-1417.

MALHERBE, Jean-François, 1987, *Pour une éthique de la médecine*, Paris, Larousse.

MAMALI, Catalin, 1994, « Correspondance et dialogue virtuel du niveau individuel au niveau sociétal », BOSSIS, Mireille, (dir.), 1994, *op. cit.*, p. 179-185.

MANDROU, Robert, 1968, « L'histoire des mentalités », article « Histoire », 5, *Encyclopaedia Universalis*, vol. VIII, p. 436-438.

MARCHAT, Philippe, 2001, *La médecine déchirée, entre désir de savoir et volonté de guérir*, Toulouse, Privat.

MARCUSE, Herbert, 1968, *L'homme unidimensionnel : essai sur l'idéologie de la société industrielle avancée*, Paris, Éditions de minuit, trad. fr. M. Wittig.

MAREJKO, Jan, 1989, *Cosmologie et politique*, Lausanne, L'Age d'homme.

MARIN, Claire, 2008a, *Violences de la maladie, violence de la vie*, Paris, Armand Colin.

MARIN, Claire, 2008b, *Hors de soi*, Paris, Éditions Allia.

MARTIN, Nicolas, 2001, « Avant-propos », ABTROUN, Samy, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 3-10.

MARX, Karl, 1867, *Le Capital : critique de l'économie politique*, Paris, Éditions sociales, 1977, trad. Fr. J. Roy.

MASQUELET, Alain-Charles, (dir.), 2007, *Le corps relégué*, Cahiers du Centre Georges Canguilhem, Paris, Presses Universitaires de France.

MASQUELET, Alain-Charles, 2006, *Le raisonnement médical*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».

MASQUELET, Alain-Charles, 2007, « Mutations du regard médical », MASQUELET, Alain-Charles, (dir.), 2007, *op. cit.*, p. 57-68.

MASSIS, Thierry, 2001, « La transparence et le secret. Champ social, débat de conscience », *Études*, 394, p. 751-761.

MATHIOT, Jean, 1993, « Génétique et connaissance de la vie », COLLECTIF, 1993, *op. cit.*, p. 194-207.

MAUSS, Marcel, 1934, « Les techniques du corps ». Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934, *Journal de Psychologie*, XXXII, 3-4, 15 mars - 15 avril 1936, p. 271-293.

MAZZOLINI, Renato, 1995, « Les lumières de la raison : des systèmes médicaux à l'organologie naturaliste », GRMEK, Mirko, (dir.), 1995, *op. cit.*, p. 95-115.

MCLEAN WARD, Barbara, 1992, « Medicine and Disease in the Diary of Benjamin Walker, Shopkeeper of Boston », BENES, Peter, (éd.), 1992, *Medicine and Healing*, Boston, Boston University, p. 44-54

MÉADEL, Cécile, AKRICH, Madeleine, 2010, « Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin », *Les Tribunes de la santé*, 29, p. 41-48, [en ligne] www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-4-page-41.htm.

MEMMI, Dominique, 1996, *Les gardiens du corps. Dix ans de magistère bioéthique*, Paris, Éditions des Hautes Études en sciences sociales.

MENGAL, Paul, 2000, « La constitution de la psychologie comme domaine du savoir (XVI^{ème}-XVII^{ème} siècles) », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 2/2000, p. 5-27.

MOLINA, Nelly, 1988, *L'automédication*, Paris, Presses Universitaires de France.

MONOD, Jean-Claude, 2001, « Structure, spatialisation et archéologie, ou : “l’époque de l’histoire” peut-elle finir ? », BENOIST, Jocelyn, MERLINI, Fabio, (éd.), 2001, *op. cit.*, p. 55-76

MOORE, Wendy, 2005, *The Knife Man: The Extraordinary Life and Times of John Hunter, Father of Modern Surgery*, Londres, Bantman.

MORANGE, Michel, 1994, *Histoire de la biologie moléculaire*, Paris, La Découverte.

MORANGE, Michel, 2001, « La construction du gène », *Sciences et Avenir*, hors série, p. 69-72.

MOREL, Jacques, 2007, « La médecine générale malade, un défi ! », *Santé conjuglée*, 42, p. 13.

MOREL, Jacques, 2008, « La médecine générale est malade... elle ne se sauvera pas toute seule ! », *Santé conjuglée*, 44, p. 7-10.

MORELLE, Aquilino, 1993, « L’institution médicale en question. Retour sur l’affaire du sang contaminé », *Esprit*, 10, p. 5-51

MORIN, Edgard, 1982, *Science et conscience*, Paris, Fayard.

MORISSON, Jocelyn, 1997, « Automédication en Europe. Décollage immédiat », *Pharmaceutiques*, mai 1997, n° 47, p. 61.

MOUILLIE, Jean-Marc, LEFÈVE, Céline, VISIER, Laurent, (dir.), 2007, *Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales*, Paris, Belles-Lettres.

MOULIN, Anne-Marie, 1984, « Biologie sans vivant, médecine sans malades », *Anatomie d’un épistémologue : François Dagognet*, Paris, Vrin, p. 57-67.

MOULIN, Anne-Marie, 1988, « Medical ethics in France: the latest great political debate », *Theoretical Medicine*, t. 9, n°3, p. 271-285.

MOULIN, Anne-Marie, 1989, « The immune system: a key concept for the history of immunology », *History and philosophy of life sciences*, 11, p. 13-28.

MOULIN, Anne-Marie, 1991, *Le dernier langage de la médecine. Histoire de l’immunologie de Pasteur au Sida*, Paris, Presses Universitaires de France.

MOULIN, Anne-Marie, 1993, « La médecine moderne selon Georges Canguilhem. « Concepts en attente » », COLLECTIF, 1993, *op. cit.*, p. 121-134.

MOUTEL, Grégoire, 2002, « L’an I de la “démocratie sanitaire” », *Le Courrier de l’éthique médicale*, 2/3, Juillet-Août-Septembre 2002, p. 45-48.

MOUTEL, Grégoire, 2009, *Médecins et patients. L’exercice de la démocratie sanitaire*, Paris, L’Harmattan.

NÉDELEC, Marc, 1970, *La médecine de groupe*, Paris, Seuil.

NEGRI, Antonio, HARDT, Michael, 2000, *Empire*, Paris, Exils.

NEIRINCK, Claire, (dir.), 1994, *De la bioéthique au bio-droit*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence.

NELSON, Alondra, 2011, *Body and Soul: The Black Panther Party and the Fight against Medical Discrimination*, Minneapolis-Londres, University of Minnesota Press.

NEUBERGER, Julia, 1999, « Let's do away with "patients" », *British medical journal*, 318, p. 1756-1757.

NICOLAS, Serge, 2000, « La psychologie au XIX^{ème} siècle », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 1/2000, p. 57-103.

NOËL, Didier, 2005, *L'évolution de la pensée en éthique médicale*, Paris, Connaissances et savoirs

NONNIS-VIGILANTE, Serenella, 2010, « Les sources de la plainte : pour une histoire des rapports médecins-malades en France aux XIX^e-XX^e siècles », BELMAS, Élisabeth, NONNIS-VIGILANTE, Serenella, (éds.), 2010, *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVII^e-XVIII^e siècles*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, p. 239-260.

NOVAES, Simone, (dir.), 1991, *Biomédecine et devenir de la personne*, Paris, Seuil.

NOVAES, Simone, 1991, « Le devenir de la personne, un enjeu de société », NOVAES, Simone, (dir.), 1991, *op. cit.*, p. 349-348.

NYE, Robert A., 1995, « Honor codes and medical ethics in modern France », *Bulletin of History of Medicine*, 69, p. 91-111;

NYE, Robert, 2006, « Médecins, éthique médicale et État en France : 1789-1947 », *Le Mouvement social*, 214, p. 19-36.

OFFRAY DE LA METTRIE, Julien, 1747, *L'homme-Machine*, Paris, Éditions Mille et une nuits, 2000.

ONG, Walter, 1967, *The presence of the Word*, New Haven, Yale University Press

OTTAVIANI, Didier, 2003, « Foucault-Deleuze : de la discipline au contrôle », DA SILVA, Emmanuel, (dir.), 2003, *Lectures de Michel Foucault II : Foucault et la philosophie*, Lyon, ENS Éditions, p. 59-73.

PAGE, Martin, 2000, *Comment je suis devenu stupide*, Paris, Éditions Le Dilettante.

PAQUOT, Thierry, 2009, « Qu'appelle-t-on un territoire ? », PAQUOT, Thierry, YOUNÈS, Chris, (dir.), 2009, *Le territoire des philosophes. Lieu et espace dans la pensée au XX^e siècle*, Paris, Éditions La Découverte, p. 9-27

PARAYRE, Séverine, 2009, « L'hygiène à l'école aux XVII^e et XIX^e siècles », *Recherches & éducations*, 1, p. 177-193.

PARKER, Geoffrey, SMITH, Lesley M., 1978, *General Crisis of the Seventeenth Century*, Londres, Routledge & Kegan Paul.

PARRET, Herman, 1988, *Le sublime du quotidien*, Paris, Éditions Hadès-Benjamins

PARROT, Jean, 1999, « Le point de vue de l'Ordre des Pharmaciens », QUENEAU, Patrice, (dir.), 1999, *op.cit.*, p. 74-79.

PARSONS, Talcott, 1951, *The Social system*, Glencoe (Illinois), Free Press.

PARSONS, Talcott, 1955, « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne », *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955, trad. fr. F. Bourricaud, p. 197-238.

PATENAUDE, Johanne, XHIGNESSE, Marianne, 2003, « Processus identitaire et syndrome du conflit des rôles. Les cas de la profession médicale », LEGAULT, Georges A., (dir.), 2003, *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 55-83.

PAUGAM, Guillaume, 2009, « De l'Anthropologie à l'archéologie », *Critique*, 10/2009 (n° 749), p. 836-847.

PEARSON, Helen, 2007, « Cancer patients opt for unapproved drug », *Nature*, 446 (7135), p. 474-475.

PÉRON-MAGNAN, Pierre, 1983, « L'ère moderne des thérapeutiques biologiques », POSTEL, Jacques, QUETEL, Claude, (dir.), 1983, *op. cit.*, p. 517-528.

PERROT, Michelle, 1985, « Avant et ailleurs », ARIÈS, Philippe, DUBY, Georges, (dir.), 1985, *Histoire de la vie privée*, Paris, Seuil, vol. 4, p. 9-20.

PERROT, Michelle, 1998, « Sur l'histoire contemporaine du pouvoir médical », ABTROUN, Samy, (dir.), 1998, *op. cit.*, p. 41-52.

PERTHUIS, Christian, 1980, « Boutiques de santé : l'autogestion à tâtons », *Autrement*, 26, p. 81-83.

PESTRE, Dominique, 1995, « Pour une histoire sociale et culturelle des sciences : nouvelles définitions, nouveaux objets, nouvelles pratiques », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 50/3, p. 487-522.

PESTRE, Dominique, 2011, « Des sciences, des techniques et de l'ordre démocratique et participatif », *Participations*, 1, p. 210-238.

PETER, Jean-Pierre, 1971, « Les mots et les objets de la maladie. Remarques sur les épidémies et la médecine dans la société française de la fin du XVIII^e siècle », *Revue historique*, 499, p. 13-38

PETER, Jean-Pierre, 1971a, « Le corps du délit », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 3, p. 71-108.

PETER, Jean-Pierre, 1975, « Le grand rêve de l'ordre médical, en 1770 et aujourd'hui », *Autrement*, 4, p. 183-192.

PETER, Jean-Pierre, 1978, « Quiconque n'est pas docteur n'est-il qu'un charlatan ? », *Autrement*, 15, p. 168-178.

PETIT, Anne, 1995, « L'héritage du positivisme dans la création de la chaire d'histoire générale des sciences au Collège de France », *Revue d'histoire des sciences*, 48(4), p. 521-556.

PICARD, Jean-François, 1996, « Naissance de la biomédecine, le point de vue d'un historien », *Médecine/sciences*, 12, p. 97-102.

PICHOT, André, 1993, *Histoire de la notion de vie*, Paris, Gallimard.

PICHOT, André, 2002, « La génétique est une science sans objet », *Esprit*, mai 2002 « La médecine et le corps humain », p. 102-131.

PICHOT, André, 2011, *Expliquer la vie, de l'âme à la molécule*, Versailles, éditions Quae.

PICKERING, Mary, 1993, *Auguste Comte, an intellectual biography*, Cambridge, Cambridge University Press.

PIGEAUD, Jackie, 1983, « L'Antiquité et les débuts de la psychiatrie française », POSTEL, Jacques, QUETEL, Claude, (dir.), 1983, *op. cit.*, p. 129-146.

PIGEAUD, Jackie, 1999, « Le médecin au XVIII^e siècle », CALLEBAT, L. (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 165-207.

PIGEAUD, Jackie, 2006, *La crise, éléments d'histoire de la médecine*, Nantes, Éditions Cécile Defaut.

PILLER, Gundrun, 1999, « Krankheit schreiben. Körper und Sprache im Selbstzugnis von Margarethe E. Milow-Hudwalcker (1748-1794) », *Historische Anthropologie*, 7, p. 212-235

PILLOUD, Séverine, 1999, « Mettre les maux en mots, médiations dans la consultation épistolaire au XVIII^e siècle : les malades du Dr Tissot (1728-1797) », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 16, p. 215-245.

PILLOUD, Séverine, HÄCHLER, Stefan, BARRAS, Vincent, 2004, « Consulter par lettre au XVIII^e siècle », *Gesnerus*, 61, p. 232-253.

PILLOUD, Séverine, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, 2000, « Le malade et son entourage au XVIII^e siècle : les médiations dans les consultations épistolaires adressées au Dr Tissot », *Revue médicale de la Suisse romande*, 120 (2000), p. 939-944.

PILLOUD, Séverine, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, BARRAS, Vincent, *Le « courrier du corps » au 18^e siècle. L'expérience de la maladie dans les consultations épistolaires adressées au Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797)*, Lausanne, BHMS, à paraître.

PINCHING, A. J., HIGGS, R., BOYD, K. M., 2000, « The impact of AIDS on medical ethics », *Journal of Medical Ethics*, 26, p. 3-8.

PINELL, Patrice, 2002, (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*, Paris, Presses Universitaires de France.

PINELL, Patrice, 2004, « Génétique médicale », LECOURT, Dominique, (dir.), 2004, *op. cit.*, p. 514-518.

PINELL, Patrice, 2005, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005/1, n°156-157, p. 4-36.

PIZZINI, Franca, LOMBARDI, Lia, 2004, « La médicalisation du corps féminin », VEAUUVY, Christiane, 2004 (dir.), *Les femmes dans l'espace public. Itinéraires français et italiens*, Paris, Les éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, p. 133-147.

PLATON, *L'Apologie de Socrate*, Paris, Folio Essais, Gallimard, 1950, trad. fr. L. Robin et M.-J. Moreau, p. 15-68.

PLATZER, Hazel, HART, Angie, HENWOOD, Flis, WYATT, Sally, 2004, « L'extension des territoires du patient : Internet et santé au quotidien », *Sciences sociales et santé*, 22(1), p. 45-68.

PLUTARQUE, 1985, *Œuvres morales II*, Paris, Belles Lettres, trad. fr. J. Defradas, J. Hani et R. Klaerr.

POIRIER, Jacques, POIRIER, Jean-Louis, (dir.), 1978, *Médecine et philosophie à la fin du XIX^e siècle*, Cahiers de l'institut de recherche universitaire d'histoire de la connaissance, des idées et des mentalités, n°2.

POIRIER, Jacques, SALAÜN, Françoise, 2001, *Médecin ou malade ?*, Paris, Masson.

POIRRIER, Philippe, 2008, (dir.), *L'Histoire culturelle : un « tournant mondial » dans l'historiographie ?*, Dijon, Éditions universitaires de Dijon.

POLACK, Jean-Claude, 1971, *La médecine du capital*, Paris, Maspero.

POMATA, Gianna, 1994, *La promessa di guarigione: malati e curatori in antico regime, Bologna, secoli XVI-XVIII*, Rome-Bari, Laterza ; *Contracting a cure, Patients, Healers and the Law in Early Modern Bologna*, Baltimore-London, The Johns Hopkins University Press, 1998.

PORTER, Roy, (éd.), 1985, *Patients and Practitioners: Lay Perceptions of Medicine in Pre-industrial Society*, Cambridge, Cambridge University Press.

PORTER, Roy, 1985, « The Patient's View: doing medical history from below », *Theory and Society*, 14 (2), p. 175-195.

PORTER, Roy, 1990, *The Enlightenment*, Honk-Hong, Humanities Press International, INC, 1991.

PORTER, Roy, 1991a, « Civilization and Disease: medical Ideology in the Enlightenment », BLACK, Jeremy, GREGORY, Jeremy, (éds), 1991, *Culture, Politics and Society in Britain 1660-1800*, Manchester, Manchester University Press, p. 154-183.

PORTER, Roy, 1991b, « Reforming the patient in the age of reform: Thomas Beddoes and medical practice », FRENCH, Roger, WEAR, Andrew, (éds.), 1991, *British Medicine in an Age of Reform*, London-New York, Routledge, p. 9-44.

PORTER, Roy, 1995, « The Eighteenth Century », CONRAD, Lawrence I., NEVE, Michael, NUTTON, Vivian, PORTER, Roy, WEAR, Andrew, 1995, *The Western Medical Tradition : 800 BC to AD 1800*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 371-476 ; « Le dix-huitième siècle », *Histoire de la lutte contre la maladie : La tradition occidentale de l'Antiquité à la fin du siècle des Lumières*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1999, trad. fr. P. Rozenberg, p. 381-494.

PORTER, Roy, 2001, « Modernité et médecine: le dilemme de la fin des Lumières », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *La médecine des Lumières : tout autour de Tissot*, Genève, Georg Éditeur, trad. fr. G. Rilliard, p. 5-24.

POSTEL, Jacques, 1983, « De l'évènement théorique à la naissance de l'asile (le traitement moral) », POSTEL, Jacques, QUETEL, Claude, (dir.), 1983, *op. cit.*, p. 147-156.

POSTEL, Jacques, QUETEL, Claude, (dir.), 1983, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat.

POTTE-BONNEVILLE, Mathieu, 2004b, « Politiques des usages », *Vacarme*, 29 [en ligne] <http://www.vacarme.org/article1373.html>.

POTTE-BONNEVILLE, Mathieu, 2007, « Usages », ARTIÈRES, Philippe, POTTE-BONNEVILLE, Mathieu, (éds.), 2007, *D'après Foucault. Gestes, luttes, programmes*, Paris, Les prairies ordinaires, p. 343-375.

POURTOIS, Jean-Pierre, DESMET, Huguette, 2007, *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*, Paris, Mardaga, 3^e édition.

PROST, Antoine, 1996, *Douze leçons sur l'histoire*, Paris, Seuil.

QUENEAU, Patrice, (dir.), 1999, *Automédication, autoprescription, autoconsommation*, Paris, John Libbey Eurotext

QUENEAU, Patrice, 1999, « Il y a automédication et ... automédication », QUENEAU, Patrice, (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 11-14.

QUENEAU, Patrice, MASCRET, Damien, 2004, *Le malade n'est pas un numéro ! Sauver la médecine*, Paris, Odile Jacob.

QUINCHE, Florence, 2008, « Sites internet santé : vecteurs de normes santé ou lieux de contestation ? », *Philosophia Scientiae*, Paris, Kimé, 12, (2), p. 75-91.

QVIST, George, 1977, « John Hunter's alleged syphilis », *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 59, p. 205-209.

RABEHARISOA, Vololona, CALLON, Michel, 1999, *Le pouvoir des malades. L'association française contre myopathie et la recherche*, Paris, Presses de l'École des Mines.

RABEHARISOA, Vololona, CALLON, Michel, 2002, « L'engagement des associations de malades dans la recherche », *Revue internationale des sciences sociales*, 171, p. 65-73

RABINOW, Paul, 1996, *Essays on the Anthropology of Reason*, Princeton, Princeton University Press.

RAMEIX, Suzanne, 1996, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipses

RAMSAY, Matthew, 1994, « Public health in France », PORTER, Dorothy, (éd.), 1994, *The history of public health and the modern state*, Londres, Wellcome Institute series, p. 45-118.

RAMSEY, Matthew, 1982, « Traditional medicine and medical enlightenment: The regulation of secret remedies in the Ancien Régime », Goubert, J.-P., (dir.), 1982, « La médicalisation de la société française, 1770-1830 », *Historical Reflections/Réflexions historiques*, 9/1-2, n° spécial, p. 215-232.

RAMSEY, Matthew, 1988, *Professional and Popular Medicine in France, 1770-1830: The Social World of Medical Practice*, Cambridge, Cambridge University Press.

RAMSEY, Matthew, 2001, « Le médecin, le peuple, l'État : la question du monopole professionnel », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 27-40.

RANKIN, Alisha M., 2008, « Duchess, Heal Thyself: Elisabeth of Rochlitz and The Patient's Perspective in Early Modern Germany », *Bulletin of the History of Medicine*, 82, p. 109-144.

RAULET, Gérard, 2003, « Kant. Histoire et citoyenneté », *La philosophie de Kant*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 217-412.

RAVENET, Monique, HOUDY, Aline, 1989, « "L'Homme transparent", Entretien avec le Dr Alain Taïed », *Autrement*, série Mutations, 109, p. 33-36.

RAYMOND (DE), Jean-François, 2000, *La querelle de l'inoculation ou préhistoire de la vaccination*, Vrin, Paris.

RÉGNIER, François, 1976, *La médecine pour ou contre les hommes ?*, Paris, Belfond.

REID, Martine, 1990, « Écriture intime et destinataire », BOSSIS, Mireille, PORTER, Charles A., (éds.), 1990, *op. cit.*, p. 20-26.

RENAUD, Marc, 1985, « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé : trente ans de recherches sur le malade et la maladie », DUFRESNE, Jacques, DUMONT, Fernand, MARTIN, Yves, (dir.), 1985, *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses de l'université du Québec, p. 281-291.

RESWEBER, Jean-Paul, 2000, *Le pari de la transdisciplinarité. Vers l'intégration des savoirs*, Paris, L'Harmattan.

REVEL, Jacques, (dir.), 1996, *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, EHESS/Gallimard/Seuil.

REVEL, Jacques, 1989, « L'histoire au ras du sol », LEVI, Giovanni, 1989, *Le Pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVII^e siècle*, Paris, Gallimard, trad. fr. M. Aymard, p. I-XXXIII.

REVEL, Jacques, PETER, Jean-Pierre, 1972, « Le corps. L'homme malade et son histoire », LE GOFF, Jacques, NORA, Pierre, (dir.), 1974, *Faire l'histoire. III. Nouveaux objets*, Paris, Gallimard, 1974, p. 169-191.

REVEL, Judith, 2002, *Le vocabulaire de Foucault*, Paris, Ellipses.

REY, Roselyne, 1991, « La vulgarisation médicale au XVIII^e siècle : le cas des dictionnaires portatifs de santé », *Revue d'histoire des sciences*, 44 (3-4), p. 413-433.

REY, Roselyne, 1995, « L'âme, le corps et le vivant », GRMEK, Mirko, (dir.), 1995, *op. cit.*, p. 117-155.

REY, Roselyne, 2000, *Naissance et développement du vitalisme de la deuxième moitié du 18^e siècle à la fin du Premier Empire*, Oxford, Voltaire Foundation.

RHEINBERGER, Hans-Jörg, 2010, *On historicizing epistemology*, Stanford, Stanford University Press, trad. angl. D. Fernbach.

RICATTE, Michelle, 1999, « Le point de vue de la Caisse Nationale d'Assurance maladie », QUENEAU, Patrice, (dir.), 1999, *op.cit.*, p. 81-83.

RICHARD, Nathalie, 2001, « Rituels d'instauration et constitution des identités disciplinaires : les lieux de mémoire de l'anthropologie (1859-1900) », BLANCKAERT, Claude, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 337-364.

RICŒUR, Paul, 1996a, « Préface », *Code de déontologie médicale*, Paris, Seuil.

RICŒUR, Paul, 1996b, « Les trois niveaux du jugement médical », *Esprit*, p. 21-33.

RIEDER, Philip, 2003, « L'histoire du "patient" : aléa, moyen ou finalité de l'histoire médicale ? », *Gesnerus*, 60, p. 260-271.

RIEDER, Philip, 2005, « Médecins et patients à Genève : offre et consommations thérapeutiques à l'époque moderne », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 52 (1), p. 39-63.

RIEDER, Philip, 2007, « A l'aune d'une vie : un patient au XVIII^e siècle », MORERDO, Jean-Daniel, (éd.), 2007, *Le Journal du pasteur Théophile Rémy Frêne, Actes du Colloque organisé à Tavannes le 4 juin 2005 ; Actes de la Société jurassienne d'émulation, année 2006*, 119, p. 160-170.

RIEDER, Philip, 2010, *La figure du patient au XVIII^e siècle*, Genève, Droz.

RIEDER, Philip, BARRAS, Vincent, 2001, « Écrire sa maladie au siècle des Lumières », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 201-222.

RIEDER, Philip, BARRAS, Vincent, 2005, « Corps et subjectivité à l'époque des Lumières », *Dix-huitième siècle*, 37, p. 211-223.

RIFKIN, Jeremy, 1988, *Le siècle bio-tech. Le commerce des gènes dans le meilleur des mondes*, Paris, La Découverte.

RIGAL, Elizabeth, 2003, « Désubjectivation », SASSO, Robert, VILLANI, Arnaud, (dir.), 2003, « Le Vocabulaire de Gilles Deleuze », *Les Cahiers de Noesis*, n° 3, Paris, Vrin, p. 75-81.

RIOUX, Jean-Pierre, SIRINELLI, Jean-François, (dir.), 1997, *Pour une histoire culturelle*, Paris, Seuil.

RISKIN, Jessica, 2002, *Science in the Age of Sensibility: The Sentimental Empiricists of the French Enlightenment*, Chicago, University Of Chicago Press,

RISSE, Guenter B., 1974, « Doctor William Cullen, physician Edinburgh': A consultation practice in eighteenth century", *Bulletin of the History of Medicine*, 48, p. 338-351

RISSE, Guenter B., 1995, « La synthèse de l'anatomie et de la clinique », GRMEK, Mirko, (dir.), 1995, *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 2., p. 177-197.

RIVIÈRE, M., 1978, « Médecine officielle : l'univers du déjà donné », *Autrement*, 15, p. 179-181.

ROBITAILLE, Antoine, 2007, *Le nouvel homme nouveau. Voyages dans les utopies de la posthumanité*, Montréal, les éditions du Boréal.

ROCHE, Daniel, 1988, *Les républicains des lettres. Gens de culture et lumières au XVIII^e siècle*, Paris, Fayard.

ROGER, Jacques, 1968, « La lumière et les lumières », *Cahiers de l'Association internationale des études françaises*, 20, p. 167-177.

ROGER, Jacques, 1993, *Pour une histoire des sciences à part entière*, Paris, Albin Michel.

ROLAND, J., 2007, « La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 191 (8), p. 1491-1495.

ROLLOT, Jérémie, 2011, « La télésanté : une santé sans sensation ? », KLEIN, Alexandre, (dir.), 2011, *Les sensations de santé. Pour une épistémologie des pratiques corporelles du sujet de santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, p. 231-242.

ROMANO, Leah Voigt, JACOBSON, Peter D., « Patient access to unapproved therapies: the leading edge of medicine and law », *Journal of health and life sciences law*, 2 (2), p. 45 et p. 47-72.

ROSANVALLON, Pierre, 1992, *Le Sacre du citoyen*, Paris, Gallimard.

ROSENVALLON, Pierre, 1990, *L'État en France de 1789 à nos jours*, Paris, Seuil, 1993.

ROSS, Emma, 2009, « Unapproved drug use: compassionate or cause for concern? », *Lancet Neurology*, 8 (2), p.136-137.

ROSSET, François, 2001, « Samuel-Auguste Tissot : Le docteur écrivain », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 245-259.

ROUSSEAU, George Sébastian, PORTER, Roy, (eds.), 1980, *The Ferment of Knowledge: studies in the historiography of Eighteenth Century science*, Cambridge, Cambridge University Press.

ROUSSEAU, Jean-Jacques, 1762a, *Émile ou de l'éducation*, Gallimard, Folio essais, 1969.

ROUSSEAU, Jean-Jacques, 1762b, *Le Contrat social*, Paris, Garnier Flammarion, 1966.

ROUSSEAU, Jean-Jacques, 1961, *Œuvres Complètes*, Gallimard, Pléiade, vol. II.

RUFFIÉ, Jacques, 1993, *Naissance de la médecine prédictive*, Paris, Odile Jacob.

RUISINGER, Marion, 2001, « Auf Messers Schneide. Patientperspektive aus der chirurgischen Praxis Lorenz Heisters (1683-1758) », *Medizinhistorisches Journal*, 36, p. 309-333

SACKETT, David L., ROSENBERG, William M. C., MUIR, Gray J. A., HAYNES, Brian R., RICHARDSON, Scott W., 1996, « Evidence-based medicine. What is it what it isn't », *British Medical Journal*, 312, p. 71-72.

SAILLANT, Francine, GAGNON, Éric, 1996, « Le self-care : de l'autonomie-libération à la gestion du soi : Le soin comme objet problématique », *Sciences sociales et santé*, 14(3), p. 17-46.

SAINT-ARNAUD, Jocelyne, 1989, « La bioéthique : définitions et perspectives didactiques », PARIZEAU, Marie-Hélène, (dir.), 1989, *Bioéthique : méthodes et fondements*, Montréal, ACFAS, p. 183-192.

SALOMON-BAYET, Claire, (éd.), 1986, *Pasteur et la révolution pastorienne*, Paris, Payot.

SALOMON-BAYET, Claire, 1986, « Penser la révolution pastorienne », SALOMON-BAYET, Claire (éd.), 1986, *op. cit.*, p. 15-62.

SAOUT, Christian, 2009, « La crise de confiance dans le système de santé », *Les Tribunes de la santé*, 22, p. 119-132, [en ligne] www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2009-1-page-119.htm.

SAPANET, Michel, 2009, *Chroniques d'un médecin légiste*, Paris, Jean-Claude Gawsewitch Éditeur.

SARDET, Frédéric, 2001, « Consulter Tissot : hypothèses de lecture », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 55-66.

SARTRE, Jean-Paul, 1945, *L'existentialisme est un humanisme*, Paris, Nagel, 1946.

SASSO, Robert, 2003, « déterritorialisation/reterritorialisation », SASSO, Robert, VILLANI, Arnaud, (dir.), 2003, *op. cit.*, p. 82-100.

SASSO, Robert, VILLANI, Arnaud, (dir.), 2003, « Le Vocabulaire de Gilles Deleuze », *Les Cahiers de Noesis*, n° 3, Paris, Vrin.

SCHUHL, Pierre-Maxime, 1952, *Le Merveilleux. De la pensée à l'action*, Paris, Flammarion.

SCHUMAKER, C. J. Jr., 1977, « The health services System: dilemmas and potential Solutions », *Social-Thought*, 3(3), p. 19-30.

SEARLE, John, 1969, *Speech Acts: An Essay in the Philosophy of Language*, Cambridge, Cambridge University Press, *Les Actes de langage : Essai de philosophie linguistique*, Paris, Hermann, 1972, trad. fr. H. Pauchard.

SEIDLER, Eduard, 1978, « Le rôle de la méthode historique dans la médecine actuelle », POIRIER, Jacques, POIRIER, Jean-Louis, (éds.), 1978, *op. cit.*, p. 149-155.

SÉRIS, Jean-Pierre, 1994, *La technique*, Paris, Presses Universitaires de France.

SERVAIS, Paul, VAN YPERSELE, Laurence, MIRGUER, Françoise, 2007, *La lettre et l'intime. L'émergence d'une expression du for intérieur dans les correspondances privées (17^e -19^e siècles)*, Louvain-la-Neuve, Bruylant Academia.

SETH, Catriona, 2008, *Les rois aussi en mouraient. Les Lumières en lutte contre la petite vérole*, Paris, Desjonquères.

SÈVE, Lucien, 1994, *Pour une critique de la raison bioéthique*, Paris, Odile Jacob.

SÉVENO, Maurice, 1970, *Le scandale de la santé en France*, Paris, La Table ronde.

SFEZ, Lucien, (dir.), 2001, *L'utopie de la santé parfaite, colloque de Cerisy (du 11 au 19 juin 1998)*, Paris, Presses Universitaires de France.

SFEZ, Lucien, 1988, *La politique symbolique*, Paris, Presses Universitaires de France.

SFEZ, Lucien, 1995, *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Seuil.

SFEZ, Lucien, 2001, *Le rêve biotechnologique*, Paris, Presses Universitaires de France.

SFEZ, Lucien, 2002, *Technique et idéologie. Un enjeu de pouvoir*, Paris, Seuil.

SHAW, Joanne, BAKER, Mary, 2004, « “Expert patient”, dream or nightmare? The concept of a well informed patient is welcome, but a new name is needed », *British Medical Journal*, 328, p. 723-724.

SHRYOCK, Richard Harrisson, 1956, *Histoire de la médecine moderne. Facteur scientifique, facteur social*, Paris, Armand Colin, trad. fr. R. Tarr.

SHUSTERMAN, Richard, 2007, *Conscience du corps*, Paris, Éclat.

SICARD, Didier, 2002, *La médecine sans le corps. Une nouvelle réflexion éthique*, Paris, Plon.

SICARD, Didier, 2006, *L'alibi éthique*, Paris, Plon.

SICARD, Didier, 2009, *L'éthique médicale et la bioéthique*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».

SIESS, Jürgen, HUTIN, Séverine, (dir.), 2005, « Le rapport de place dans l'épistolaire », *Semen. Revue de sémio-linguistique des textes et discours*, 20.

SILBER, Didier, 2009a, « L'Internet et le partage de la décision médicale entre patients et professionnels de santé », *La Presse Médicale*, 38(10), p. 1491-1493.

SILBER, Didier, 2009b, « Médecine 2.0 : les enjeux de la médecine participative », *La Presse Médicale*, 38 (10), p. 1456-1462.

SIMONDON, Gilbert, 1989, *Du mode d'existence des objets techniques*, Paris, Aubier, 3^e édition.

SKRABANEK, Petr, 1994, *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob.

SKRABANEK, Petr, MC CORMICK, James, 1997, *Idées folles, idées fausses en médecine*, Paris, Odile Jacob.

SMALLWOOD, Olivier, 2006, « La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité des professionnels de santé ? », *Médecine & Droit*, 79-80, p. 121-126.

SMILES, Samuel, 1859, *Self-Help; with Illustrations of Character and Conduct*, Londres, John Murray.

SMITH, Lisa W., 2003, « Reassessing the Role of the Family: Women's Medical Care in Eighteenth-Century England », *Social History of Medicine*, 16, p. 327-342.

SOHN, Anne-Marie, (dir.), 2002, *La correspondance, un document pour l'Histoire*, Cahiers du GRHIS, n° 12, Rouen, Publications de l'université de Rouen.

SONTAG, Susan, 1977, « La maladie comme métaphore », *Œuvres complètes III*, 2009, Lonrai, Christian Bourgois éditeur, trad. fr. M.-F. De Paloméra, p. 11-113.

SONTAG, Susan, 1988, « Le sida et ses métaphores », *Œuvres complètes III*, 2009, Lonrai, Christian Bourgois éditeur, trad. fr. B. Matthieussent, p. 115- 232.

SOULEZ BARSELO, Émilie, 2010, « Le patient expert, un nouveau partenaire », *Pharmaceutiques*, n° 180/9, p. 134-136.

SOULIER, Eddie, GRENIER, Corinne, LEWKOWICZ, Myriam, 2005, « La crise du médecin généraliste : une approche cognitive de la profession », *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 36 (1), p. 53-61.

SOURNIA, Jean-Charles, 1982, *Histoire et médecine*, Paris, Fayard.

SOURNIA, Jean-Charles, 1989, *La médecine révolutionnaire (1789-1799)*, Paris, Payot.

SOURNIA, Jean-Charles, 1992, *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte, 1997.

SOURNIA, Jean-Charles, 1998, *La renaissance du corps*, Paris, Éditions de Santé.

SPIRE, Antoine, 2010, *Cancer : le malade est une personne*, Paris, Odile Jacob.

STAROBINSKI, Jean, 1962, *Histoire de la médecine*, Genève, Éditions Rencontre and Erik Nitsche International.

STENGERS, Isabelle, 1993, *L'invention des sciences modernes*, Paris, Flammarion, 1995.

STENGERS, Isabelle, 1995, « Le médecin et le charlatan », NATHAN, Tobie, STENGERS, Isabelle, 1995, *Médecins et sorciers*, Paris, Seuil/ Les empêcheurs de penser en rond, 2004, p. 125-177.

STENGERS, Isabelle, 2009, *Ces catastrophes qui s'annoncent*. Paris, Les empêcheurs de penser en rond/La Découverte.

STEUDLER, François, 1999, « Aspects sociologiques de l'automédication », QUENEAU, Patrice, (dir.), 1999, *op. cit.*, p. 23-32.

STIEGLER, Bernard, 2011, « Le temps de l'amatorat », *Alliage*, 69, p. 161-179.

STOLBERG, Michael, 1999, « La négociation du régime et de la thérapie dans la pratique médicale du XVIII^e siècle », FAURE, Olivier, (dir.), 1999, *Les thérapeutiques : savoirs et usages*, Oullins, Fondation Marcel Merieux, p. 357-368.

STRATHERN, Paul, 2005, *A Brief History of Medicine*, Londres, Robinson.

SZASZ, Thomas, HOLLANDER, Mark, 1956, « A contribution to the Philosophy of Medicine », *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, XCVII, p. 585-592.

TABUTEAU, Didier, 2009, « Crises et réformes », *Les Tribunes de la santé*, 22, p. 19-40.

- TABUTEAU, Didier, 2011, « La crise de la médecine : comment en sortir ? », *Le Débat*, 167, p. 113-117.
- TAGUIEFF, Pierre-André, 1998, *Le Racisme. Un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir*, Paris, Flammarion.
- TALLIS, Raymond, 1999, « Commentary: Leave well alone », *British medical journal*, 318, p. 1757-1758.
- TAYLAN, Ferhat, 2011, « *Geist, Gemüt et Seele* : les transformations des figures kantienne de l'intériorité chez Foucault », *Lumières*, 16, « Foucault lecteur de Kant : le champ anthropologique », p. 33-52.
- TEMKIN, Owsei, 1971, *The Falling Sickness: a history of epilepsy from the Greeks to the beginning of modern neurology*, Baltimore-London, Johns Hopkins Press.
- TERNON, Yves, 2001, « Genèse et sens du code de Nuremberg », ABTRON, Samy, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 91-117.
- TESTART, Jacques, (dir.), 1990, *Le magasin des enfants*, Paris, François Bourion
- TESTART, Jacques, 2006, « L'eugénisme médical aujourd'hui et demain », GAYON, Jean, JACOBI, Daniel, (dir.), 2006, *op. cit.*, p. 29-47
- TEYSSEIRE, Daniel, (éd.), 1995, *Obèse et impuissant : le dossier médical d'Elie-de-Beaumont : 1765-1776*, Grenoble, J. Million.
- TEYSSEIRE, Daniel, 2001, « Qu'est-ce qu'un médecin des Lumières ? Portraits et discours croisés de quelques contemporains de Tissot », BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 223-242.
- THEIS, Robert, SOSOE, Lucas, (éd.), 2005, *Les sources de la philosophie kantienne. XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Vrin.
- THÉRAMÉ, Victoria, 1976, *Hosto blues*, Paris, Des femmes.
- THOLLIER, Toussaint, 1955, *Regards sur le monde des malades*, Éditions Spes, Paris.
- THOUVENIN, Dominique, 1990, « Le droit aussi a ses limites », TESTART, Jacques, (dir.), 1990, *Le magasin des enfants*, Paris, François Bourion, p. 219-237.
- THOUVENIN, Dominique, 1994, « Le consentement des patients dans le droit français », *Journées d'éthique médicale Maurice Rapin. Consentement éclairé et recherche clinique*, Paris, Flammarion, p. 11-16.
- THOUVENIN, Dominique, 2007, « Les droits des personnes malades », MOUILLIE, Jean-Marc, LEFÈVE, Céline, VISIER, Laurent, (dir.), 2007, *op. cit.*, p. 473-487.
- TISSERON, Serge, 2001, *L'intimité surexposée*, Paris, Ramsay éditions.
- TISSERON, Serge, 2008, *Virtuel, mon amour*, Paris, Éditions Albin Michel.
- TOCQUEVILLE, Alexis, 1856, *L'Ancien régime et la Révolution*, Paris, Gallimard, 1952.

TODOROV, Tzvetan, 2006, *L'Esprit des Lumières*, Paris, Librairie Générale Française, 2010, Livre de poche.

TOSEL, André, 1988, *Kant révolutionnaire, droit et politique*, Paris, Presses Universitaires de France.

TOSEL, André, 2003, « Kant révolutionnaire », *La philosophie de Kant*, p. 413-522.

TOUITOU, Yvan, 2007, « Introduction à l'automédication », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 191 (8), p. 1487-1488.

TOULOUSE, Jean, 1999, « Le point de vue de l'Ordre des médecins », QUENEAU, Patrice, (dir.), 1999, *op.cit.*, p. 70-73.

TOURNAY, Virginie, 2007, « Comment inscrire durablement les revendications militantes, les pratiques sociales et les récits historiques ? », TOURNAY, Virginie, (dir.), 2007, *La gouvernance des innovations médicales*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 17-58.

TOUROLLE, Marie, 1980a, « La santé, miroir de l'identité », *Autrement*, 26, p. 7-9.

TOUROLLE, Marie, 1980b, « Les femmes et leur corps. Un regard "du dedans" », *Autrement*, 26, p. 162-173.

TRÉDÉ, Monique, 1992, *Kairos : l'à-propos et l'occasion. Le mot et la notion d'Homère à la fin du IV^e siècle avant J.-C.*, Paris, Klincksieck.

TREVELYAN, George Macaulay, 1973, *English Social History: A Survey of Six Centuries from Chaucer to Queen Victoria*, Londres, Book Club Associates.

TROJAN, Alf, 1983, « Groupes de Santé. The Users Movement in France », HATCH, Stephen, KICKBUSCH, Ilona, (éds.), *Self-Help and Health in Europe New Approaches in health care*, Copenhagen World Health Organisation Regional Office for Europe, p. 43-57.

VAILLY, Joëlle, 2011, *Naissance d'une politique de la génétique. Dépistage, biomédecine, enjeux sociaux*, Paris, Presses Universitaires de France

VALLOIS, Maximilien, 1924, *La formation de l'influence kantienne en France*, Paris, Alcan.

VAN DEN BORNE, Hubertus W., 1998, « The patient from receiver of information to informed decision-maker », *Patient Education and Counseling*, 34, p. 89-102.

VAN EYNDE, Laurent, 1993, *L'ontologie acosmique : la crise de la modernité chez Pascal et Heidegger*, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis

VAN INGEN, Frederika, 2002, « Les médecins malades du stress », *Impact-Médecine*, n° 20.

VAN POTTER, Rensselaer, 1971, *Bioethics: Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

VAN POTTER, Rensselaer, 1988, *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*, East-Lansing, Michigan State University Press.

VANDEWALLE, Bernard, 2001, *Kant. Santé et critique*, Paris, L'Harmattan.

VANDEWALLE, Bernard, 2003, « L'analyse du dispositif anthropologique dans les *Dits et écrits* de Michel Foucault », Moreau, Pierre-François, (dir.), 2003, *Lectures de Michel Foucault III : Sur les Dits et écrits*, Lyon, ENS, p. 53-59.

VEATCH, Robert M., 1987, *The patient as partner: a theory of human experimentation ethics*, Bloomington, Indiana university Press.

VEATCH, Robert M., 2009, *Patient, Heal Thyself. How the New medicine puts the Patients in charge*, Oxford, Oxford University Press.

VEDRINE, Hélène, 1994, « Lettre, texte et image. La représentation dans la correspondance de Félicien Rops », BOSSIS, Mireille, (dir.), 1994, *op. cit.*, p. 165-170.

VENULET, Jan, SCHULZ, Pierre, 1976, « L'automédication », *Médecine & Hygiène*, 1187, p. 443-446.

VERCRUYSSSE, Bernard, 2007, « La médecine générale est malade, que faire ? », *Santé conjuguee*, 42, p. 14-19.

VERGEZ, Béatrice, 1996, *Le monde des médecins au XX^e siècle*, Bruxelles, Éditions complexe, p. 247.

VERRY-JOLIVET, Corinne, 1993, « Les livres de médecine des pauvres aux XVII^e et XVIII^e siècles. Les débuts de la vulgarisation médicale », *Maladies, médecines et sociétés. Approches historiques pour le présent*, Paris, L'Harmattan et Histoire au présent, tome 1, p. 51-61.

VERRY-JOLIVET, Corinne, 1995, « Médecins et médecins des pauvres au XVIII^e siècle », TEYSSEIRE, Daniel, (dir.), 1995, *La médecine du peuple de Tissot à Raspail (1750-1850)*, Créteil, Conseil général du Val de Marne, Archives départementales, p. 7- 23.

VEYNE, Paul, 1978, « Foucault révolutionne l'histoire », *Comment on écrit l'histoire : essai d'épistémologie*, Paris, Éditions du Seuil, p. 211-217.

VÉZINAT, Nadège, 2010, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France », *Sociologie*, 3(1), [En ligne] <http://sociologie.revues.org/517>

VIGARELLO, Georges, (dir.), 2005, *Histoire du corps. I. De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil.

VIGARELLO, Georges, 1993, *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil.

VIGNAIS, Pierre, 2001, *La biologie, des origines à nos jours*, Grenoble, EDP Sciences

VILLANI, Arnaud, 2003, « Ritournelle », SASSO, Robert, VILLANI, Arnaud, (dir.), 2003, *op. cit.*, p.304-307.

VITAL-DURAND, Denis, 1999, « Vers une automédication adaptée et encadrée : quelle formation pour les professionnels de santé ? », QUENEAU, Patrice, (dir.), 1999, *op.cit.*, p. 109-114.

VOGUË DE, Anne, GRASSET, Sonia, 1975, *S.O.S. Hôpitaux*, Paris, Gallimard.

WAITZKIN, Howard, 1989, « A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters », *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (2), p. 220-239.

WALLACH, Marjorie, 2001, « “Automédication responsable” : un partenariat pharmaciens-industriels pour le bienfait des consommateurs », BUCLIN, Thierry, AMMON, Catherine, (dir.), 2001, *op. cit.*, p. 167-171.

WARTELLE, Jean-Claude, 2004, « La Société d'Anthropologie de Paris de 1859 à 1920 », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 10, p. 125-171.

WEBER, Jean-Christophe, 1998, « Y a-t-il une essence de la médecine ? », *Revue de médecine interne*, 1998, 18, p. 924-927

WEBER, Jean-Christophe, 2004, « Présences et absences du sujet dans le discours et la pratique de la médecine actuelle », GIOT, Jean, KINABLE, Jean, (dir.), 2004, *Transhumances V. Actes du colloque de Cerisy : Résistances au sujet, résistances du sujet*, Namur, Presses Universitaires de Namur, p. 281-294.

WEINER, Dora B., 1993, *The citizen-patient in revolutionary and imperial Paris*, Baltimore ; London, the Johns Hopkins University Press.

WEISZ, George, 1991, « The origins of medical ethics in France. The international congress of Morale Médicale of 1955 », WEISZ, George, (éd.), 1991, *Social science perspectives on medical ethics*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, p. 145-161.

WEISZ, George, 1994a, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *Social History of Medicine*, 7, 1994, p. 177-211.

WEISZ, George, 1994b, « The Development of Medical Specialization in Nineteenth-Century Paris », *Clio Medica*, 25, p. 149–188.

WEISZ, George, 2006, *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization*, New York, Oxford University Press.

WENTZER, Helle, BYGHOLM, Ann, 2010, « Compliance or patient empowerment in online communities: reformation of health care services? », *Studies In Health Technology and Informatics*, 157, p. 141-147.

WICKS, Paul, VAUGHAN, Timothy E., MASSAGLI, Michael P., HEYWOOD, James, 2011, « Accelerated clinical discovery using self-reported patient data collected online and a patient-matching algorithm », *Nature Biotechnology*, 2011/29, p. 411-414.

WILD, Wayne, 2000, « Doctor-Patient correspondence in Eighteenth-Century Britain: a change in rhetoric and relationship », *Studies in Eighteenth century culture*, 29, p. 47-64.

WILD, Wayne, 2006, *Medicine-by-Post: The Changing Voice of Illness in Eighteenth-Century British Consultation Letters and Literature*, Amsterdam, Rodopi.

WILDES, Kevin Wm., 1993, « After the Fall: particularism in bioethics », *Journal of medicine and philosophy*, 18/6, p.505-509.

WINCKLER, Martin, 2009, « La crise de la médecine générale », *Les tribunes de la santé*, 22, p. 67-74.

WIT (DE), Hendrik Cornelius Dirk, 1982-1989, *Ontwikkelingsgeschiedenis van de biologie*, Pudoc, Centrum voor Landbouwpublikaties en Landbouwdocumentatie ; *Histoire du développement de la biologie*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 1993-1994, trad. fr. A. Baudière, 3 vol.

WITT, Elke, 2005, « Du mécanisme à l'organisme. Une comparaison des conceptions du vivant chez Albrecht von Haller et Emmanuel Kant », THEIS, Robert, SOSOE, Lucas, (éd.), 2005, *op. cit.*, p. 369-378.

WOHLSEN, Marcus, 2011, *Biopunk. DIY scientists hack the software of life*, New-York, Current.

WOOTON, David, 2006, *Bad Medicine: Doctors Doing Harm Since Hippocrates*, Oxford, Oxford University Press.

WORMS, Frédéric, 2010, *Le moment du soin. A quoi nous tenons ?*, Paris, Presses Universitaires de France.

WUNENBURGER, Jean-Jacques, 2006, *Imaginaires et rationalités des médecines alternatives*, Paris, Belles-Lettres.

ZANCARINI-FOURNEL, Michelle, 2003, « Histoire(s) du MLAC (1973-1975) », *Clio*, 18, [En ligne], <http://clio.revues.org/index624.html>.

ZUGER, Abigail, 2004, « Dissatisfaction with medical practice », *The New England Journal of Medicine*, 350, p. 69-75.

Rapports, mémoires, thèses et textes non publiés

ALBOU, Paul, 1978, « L'automédication », Conférence au III^e Colloque européen de psychologie économique, Augsburg, juillet 1978, non publiée.

ALGAN, Luc, 1975, *La médecine est-elle en crise ?*, Mémoire DES, UER 02, Université Paris I.

ANDRIEU, Bernard, 2009b, « Quelle autonomie dans l'autosanté ? », Conférence donnée dans le cadre du séminaire de l'axe 5 de la MSH Lorraine à Metz le 11 juin 2009. Non publiée.

ANDRIEU, Bernard, 2010, « S'auto-santer. Une éducation à l'agentivité », non publié, [en ligne] <https://plone2.unige.ch/aref2010/symposiums-longs/coordonateurs-en-p/education-et-sante-4eme-partie-representations-des-acteurs/Sauto-santer.pdf/view>.

AUZANEAU, Nadia, RIVIÈRE, Jean-Philippe, 2010, *L'automédication et l'information santé sur internet*, Enquête Opinion Way, [en ligne] http://www.opinion-way.com/pdf/etude_opinionway-doctissimo_sur_1%27automedication-2010.pdf.

AZZEDINE, Leila, BALICCO, Marie-Paule, PAILLART, Isabelle, 2008, « Le cancer et ses récits : quelle place des malades et des maladies ? », [en ligne] http://w3.u-grenoble3.fr/les_enjeux/2007/Azeddine/azeddine07.pdf.

BANNERMAN, Robert H., BURTON, John, CH'EN, Wen-Chieh, *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, OMS.

BENMOUSSA, Denis, 1986, *De la consultation médicale à l'automédication : Aspects contractuels et rôle du pharmacien*, Thèse d'exercice de pharmacie, Université de Montpellier I.

BERTHOULOUX, Anne, 1986, *Automédication : dangers, prévention*, Thèse d'exercice de pharmacie, Université de Rennes 1.

BURELLIER, Michel, 1978, *Contribution à l'étude de la non-observance des prescriptions médicales de nature médicamenteuse et à l'étude de l'automédication*, Thèse d'exercice de médecine, Université Jean Monnet, Saint-Etienne.

CAPS, Géraldine, 2007, *Les « médecins cartésiens », Héritage et diffusion de la représentation mécaniste du corps humain (1646-1696)*, Thèse de doctorat de philosophie, sous la direction de Simone Mazauric, soutenue à l'université Nancy 2.

CLAIRE, Paradigm shifts in healthcare - the rise of the e-patient, [en ligne] <http://claireot.wordpress.com/2012/02/06/paradigm-shifts-in-healthcare-the-rise-of-the-e-patient/>

COLLECTIF, 2010, Rapport *Internet World Stats*, <http://www.internetworldstats.com/eu/fr.htm>

COLLECTIF, 2011, *Code d'éthique DIYBio*, [en ligne] <http://arcollab.org/2011/09/08/diybio-code-of-ethics/>.

COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LA SITUATION DE LA FEMME AU CANADA, 1967, *Rapport de la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada*, Ottawa, Imprimeur de la Reine.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, 2006, *Démographie médicale. Les spécialités en crise*. Étude n° 38-2.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, 2011, *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2011*, [en ligne], <http://www.demographie-medicale.ordre.medecin.fr/atlas/2011.php>

COULOMB, Alain, BAUMELOU, Alain, 2007, *Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution. Marché, comportements, positions des acteurs*, [en ligne] <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000030/0000.pdf>.

DAUDELIN, Geneviève, VISSANDJÉE, Bikis, 2001, « L'empowerment comme technique d'intervention dans le domaine de la santé. Réflexion sur une panacée », [en ligne] <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/cesaf/empowerment-intervention.pdf>.

DELPECH, Richard, 1981, *Enquête sur l'automédication dans la rue et à l'officine*, Thèse d'exercice de pharmacie, Université Bordeaux 2.

DUPOND, Pascal, 2006, « La question du sujet dans la philosophie kantienne », *Philopsis*, [en ligne] <http://www.philopsis.fr/spip.php?article143>.

FAGOT-LARGEAULT, Anne, 2001, *Leçon inaugurale au Collège de France*, [en ligne], <http://fr.scribd.com/doc/8361952/Anne-FagotLargeault-Lecon-inaugurale-au-college-de-France-1er-Mars-2001>.

FRASER, Pierre, 2012a, *Le mythe rationnel*, [en ligne] <http://pierre-fraser.com/2012/04/30/le-mythe-rationnel-une-proposition/>.

FRASER, Pierre, 2012b, *Technologies numériques : désintermédiation de la santé*, [en ligne] <http://pierre-fraser.com/2012/03/07/technologies-numeriques-desintermediation-de-la-sante/>.

GADENNE, Emmanuel, 2011, « Le Quantifiedself » [en ligne] <http://plateautele.francetv.fr/com/2011/04/19/le-quantifiedself-par-emmanuel-gadanne/>.

GALAM, Éric, (dir.), 2007, *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*, UMRL, Ile de France, [en ligne], http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf.

GLEIZES, Marie, 2002, *Évaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes, en Haute Garonne et à Paris*, Thèse de Médecine, Toulouse.

GOUREVITCH, Danielle, 2004a, *Charles Victor Daremberg (1817-1872) et une histoire positiviste de la médecine*, BIUM, [en ligne], <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/daremberg.htm>.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2008, *Cadre de coopération avec les associations de patients et d'usagers*, [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_660855/cadre-de-cooperation-avec-les-associations-de-patients-et-dusagers .

HELLER, Thomas, 2005, « De l'anatomopolitique à la psychopolitique », *Études de communication*, 28, [En ligne] <http://edc.revues.org/index265.html>.

KETLY, Christopher, 2010, « Meanings of participation: Outlaw Biology? », [En ligne, consulté le 1^{er} septembre 2011] <http://outlawbiology.net/about/wtf/>.

KLEIN, Alexandre, 2005, *Le sujet médical dans la Collection hippocratique*, Mémoire de maîtrise de philosophie, soutenu à l'Université Nancy 2, sous la direction de Thomas Bénatouïl.

KLEIN, Alexandre, 2006, *Le philosophe et le vagabond. Naissance du sujet moderne dans l'Histoire philosophique de l'hypochondrie de Frédéric Dubois d'Amiens*, Mémoire de Master 2 « Philosophie et rationalités », soutenu à l'Université Nancy 2, sous la direction de Simone Mazauric.

MARCHAL, Florence, 1984, *L'automédication*, Thèse d'exercice de pharmacie, Université de Paris-Sud.

MIZRAHI, Andrée, MIZRAHI, Arié, 1976, « L'automédication », Communication présentée au Congrès annuel de la Société française d'Hygiène et de Médecine sociale et de Génie sanitaire, 21-22 octobre 1976.

OMS, 1998, *Rapport technique – région Europe*, Programme de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques – Recommandations d'un groupe de travail du bureau régional pour l'Europe (Copenhague) de l'Organisation Mondiale de la Santé, 88p.

PATTERSON, Meredith, 2010, *Manifeste biopunk*, [en ligne] <http://biopunk.hu/2011/01/10/biopunk-manifesto/>.

PILLOUD, Séverine, 2003, *Histoires de maladies, histoires de vie : narrativité dans l'interaction thérapeutique*, Rapport de recherche FNRS, non publié.

PILLOUD, Séverine, 2008, *Les mots du corps. L'expérience de la maladie dans les consultations épistolaires adressées au Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797)*, Thèse de doctorat ès lettres, Université de Lausanne, Faculté des lettres, non publié.

PILLOUD, Séverine, 2011, « Marges interprétatives et autorité narrative dans le récit des maux », BARRAS, Vincent, DINGES, Martin, (éd.), *Maladies en lettres. 17e-21e siècles*, Lausanne, BHMS, à paraître, p. 11-32.

QUÉMÉRAS, Cyril, 2003, *Intérêt des listes de discussion destinées aux patients concernés par une pathologie rare, grave ou chronique : comparaison du point de vue de la population générale et du point de vue médical*, Thèse de doctorat de médecine, Université de Brest-Bretagne Occidentale.

QUILLATRE, Elisabeth, 2007, *Le dossier médical personnel. Du secret professionnel au contrôle par le patient*, Mémoire pour l'obtention du Master Pro Droit de l'Internet Public, Université Paris 1 [en ligne] http://www.univ-paris1.fr/fileadmin/diplome_droit_internet/06-07_Elisabeth_Quillatre_-_Memoire_-_DMP.pdf.

RAY-DAFFIX, Pierrette, 1987, *L'automédication : aspects juridiques*, Thèse de droit pharmaceutique, Université de Clermont-Ferrand 1.

RENAHY, Emilie, PARIZOT, Isabelle, LESIEUR, Sophie, CHAUVIN, Pierre, 2007, *WHIST - Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet*, [en ligne] http://www.inserm.fr/content/download/1423/13035/file/enquete_whist_2007.pdf.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES, « Autosanté », <http://rqasf.qc.ca/>.

SANTESSO, Nancy, 2005, « Consommateur averti : expert patient », [En ligne] <http://www.arthritiques.ca/index.php/ressources/consommateur-averti-expert-patient>.

SOURNIÉS, Gilles, 2007, *L'information de l'utilisateur de santé au regard de la loi du 4 mars 2002*, Mémoire [en ligne] <http://www.atoute.org/n/IMG/pdf/gilles-sournies-memoire-2007.pdf>.

SPRANZI, Marta, 2009, *Autonomie et consentement*, Support de cours, [en ligne] <http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/0f4d0071608efcebc125709d00532b6f/cf97656498fc2d8dc12576480052e444?OpenDocument>.

Sites Internet

http://www.doctissimo.fr/qui_sommes_nous.htm

<http://www.epatientdave.com/>

<http://www.internetworldstats.com/eu/fr.htm>

<http://www.lapaillasse.org/>

<http://www.mydaughtersdna.org>

<http://www.oecd.org>

<http://www.openyou.org>

<http://www.pinkarmy.org/>

<http://www.quantifiedself.com>

<http://www.yourfuturehealth.com/>

Résumé : La médecine connaît actuellement en France une crise de ses repères et de ses valeurs conséquente aux bouleversements scientifiques, techniques et sociologiques qu'elle a connue au cours du XX^e siècle. Cette thèse vise à explorer les tenants et les aboutissants de cette situation, à partir d'une étude historique et philosophique de l'émergence et du développement de la médecine française moderne puis contemporaine, entendue à la fois comme profession, discours scientifique et pratique sociale. De la formation du corps médical à l'apparition d'un discours autonome des usagers de santé, nous défendons l'idée selon laquelle la genèse et l'évolution du discours médical, depuis le XVIII^e siècle jusqu'à nos jours, repose sur sa capacité à répondre à la question fondatrice des possibilités d'objectivation scientifique et technique de la subjectivité humaine. Ce problème, originellement épistémologique, se révèle au cours de notre généalogie de nature tant philosophique qu'éthique et sociopolitique, nous conduisant finalement à rechercher les outils de problématisation de la crise contemporaine au fondement de la relation médicale moderne. L'étude de la correspondance du médecin des Lumières Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) nous offre finalement un contre-point essentiel pour préciser les conditions de possibilités d'une médecine, que nous souhaitons pour le XXI^e siècle, et au sein de laquelle est assuré le respect de l'autonomie et de l'identité propres à l'ensemble des sujets, qu'ils soient soignés ou soignants.

Mots-clefs : histoire de la médecine, subjectivité, philosophie, épistémologie, relation médecin-malade, autonomie, identité, corps, crise de la médecine.

Abstract: Medicine in France is currently undergoing a crisis, with respect to its established references and values, as a result of the major technical, sociological and scientific changes undergone in the twentieth century. This thesis aims to explore the ins and outs of this crisis through an historical and philosophical study of the emergence and development of modern and contemporary French medicine as a profession, scientific discourse and social practice. From the forming of the medical body to the emergence of an autonomous non-professional discourse, we defend the idea following which the genesis and evolution of medical discourse, from the eighteenth century to the present day, rests on its ability to answer the foundational problem of the possibility a scientific and technical objectivation of the human subjectivity. Originally of an epistemological nature, this problem reveals itself, through our genealogy, to be rather of a philosophical, ethical and sociopolitical nature, which leads us to conceive a frame of reference by means of which to better understand the contemporary crisis underlying the modern doctor-patient relation. Finally, a case study of the correspondence of Enlightenment's medical doctor Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) offers an essential viewpoint from which to reflect on the possibility and conditions of a medical epistemology that ensures the respect of the autonomy and identity of all subjects, patients and practitioners alike.

Key Words: history of medicine, subjectivity, philosophy, epistemology, doctor-patient relation, autonomy, identity, body, medicine crisis.

Illustration de couverture : Honoré Daumier, *Ah! docteur... je crois bien que j'suis poitrinaire!*, 1847.

