

Le malaise de la médecine

La fonction thérapeutique entre soin et biopolitique

Pierangelo Di Vittorio, philosophe à Bari en Italie

Traduction de l'essai publié in M. Manfredi (dir.), *Variazioni sulla cura. Fondamenti, valori, pratiche* (Variations sur les soins. Fondements, valeurs, pratiques), Guerini e Associati, Milano 2009 par Vanni Della Giustina.

Pierangelo Di Vittorio est auteur avec Mario Colucci de Franco Basaglia : « Portrait d'un psychiatre intempêtif », Erès, 2005. Il a participé à la direction rédactionnelle du Lexique de biopolitique, « Les pouvoirs sur la vie », Erès, 2009. Il a aussi publié en italien : « Foucault et Basaglia, la rencontre entre généalogies et mouvements de base », Ombre corte ed., 1999.

<http://pdivittorio.wordpress.com>

.....
L'irruption du D' House dans l'imaginaire médical n'est pas un hasard. L'arrogance de la médecine et la mise entre parenthèses du malade qu'illustre cette série télévisée reflètent une manière d'être au monde dominée par la pensée (néo-)libérale où le sujet tend à s'identifier avec des fonctions de type bio-économique. En réaction contre cette image à la fois messianique et mécaniste de la santé, Pierangelo Di Vittorio actualise la réflexion critique sur le biopouvoir, les tendances liberticides et totalitaires de la médecine, sa culture de la performance.

Si nous souscrivons à son analyse, il lui manque cependant une ouverture aux alternatives que portent la médecine générale et les soins de santé primaires. L'auteur, citant Canguilhem, déplore en effet que la figure du médecin « thérapeute à 360° » (le généraliste), capable d'accueillir la demande du patient singulier ait été supplantée par celle du spécialiste « ingénieur d'un organisme décomposé comme une machinerie ». Ne nous enterrez pas trop vite, M. Di Vittorio...

La médecine occupe une position centrale dans nos sociétés. Elle est comme une toile de fond sur laquelle se projettent sans solution de continuité des raisonnements économiques et des choix politiques, des visions du monde et des orientations d'ordre éthique. Depuis longtemps, les frontières de la médecine sont devenues labiles, sa consistance légère, volatile. Elle se présente aujourd'hui comme une scène illimitée, un climat ambiant dans lequel l'expérience humaine prend forme et signification. Parmi les programmes télévisés à grand succès de ces dernières années, on trouve des séries comme *Urgences*, *Alertes médicales*, *D' Grey - leçons d'anatomie* et *D' House*, qui réussissent parfois même à disputer les records d'audience aux *reality shows*. La santé représente un des domaines les plus importants de la dépense publique, tandis que le secteur privé – des cliniques à l'industrie pharmaceutique et aux assurances vie – mobilise d'énormes capitaux et favorise les intrications les plus diverses entre le monde des affaires et celui de la politique. Après l'époque du *victim blaming*, les nouvelles campagnes d'éducation à la santé visent à transformer les styles de vie des personnes et véhiculent une idée de la santé comme valeur positive qui mobilise un vague désir multiforme de bien-être psychophysique¹. Toujours au nom de la santé, se créent des lois à succès, comme celle qui a imposé la défense de fumer dans les lieux publics, accueillie en Italie avec un consentement presque unanime. Les catastrophes elles-mêmes, que l'on pense au massacre d'Oklahoma City ou à celui du 11 septembre, sont codifiées comme attentats à la "santé mentale" collective et individuelle, et

Mots clefs : santé mentale, philosophie de la santé, représentations de la santé, relation thérapeutique.

avivent le sens de vulnérabilité émotive des personnes en augmentant le besoin d'interventions de type médico-psychologique². Sur toutes les scènes d'action de la médecine d'urgence et de la médecine humanitaire – accidents aériens, catastrophes naturelles, guerres – les équipes médico-psychologiques sont inmanquablement présentes avec leurs experts en psycho-traumatologie. La nouvelle centralité de la condition de “victime”, accompagnée du succès du diagnostic de *syndrome de stress post-traumatique* (PTSD), façonne une “politique du traumatisme” dont les scènes emblématiques sont la victimologie psychiatrique, la psychiatrie humanitaire et la psycho-traumatologie de l'exil³. Le diagnostic de trouble post-traumatique peut, par exemple, servir à une personne pour faire reconnaître son statut de réfugié politique, tout autant qu'il peut servir à tout un peuple pour faire valoir ses raisons à un niveau international. Que cela soit juste ou faux, utile ou inutile pour obtenir certains droits ou plaider des causes politiques déterminées, le paradigme médico-psychologique s'impose aujourd'hui comme un nouveau régime de vérité, qui tend à saturer l'horizon du sens au détriment d'autres formes possibles de prise en compte de l'expérience humaine⁴. Non seulement la vie et la mort, mais encore les accouchements et les deuils, l'expérience scolaire, la perte de travail, la pauvreté et l'immigration - tout peut être médicalisé.

L'ancien projet philosophique de construire une métaphysique, c'est-à-dire une “science de la totalité de ce qui est”, semble retomber, de fait plus que de droit, sur les épaules de la médecine. Mais peut-être que pour arriver à cela, l'homme moderne a dû y engager son âme. Dans le sens qu'il a été nécessaire que la médecine et la psychologie consomment leurs noces et que la *subjectivité* devienne un enjeu fondamental du gouvernement biologique et économique des populations⁵.

••••
Politiques de la vie et de la santé

Mais pourquoi est-il à ce point difficile de “critiquer” la médecine ? Cherchons tout d'abord à comprendre dans quel sens. Il existe, en effet, une vaste tradition articulée de critique savante de la médecine, qu'il suffise de penser aux travaux de Georges Canguilhem, Ivan Illich ou Michel Foucault.

Que cela plaise ou non, le fait est que, pour exercer la médecine, personne n'est aujourd'hui tenu d'en connaître l'histoire.

G. Canguilhem, *L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicales*.

Toutefois, ces analyses, surtout lorsqu'elles réussissent à aller au-delà du cercle des professionnels, fonctionnent plus qu'autre chose comme aiguillons et pourraient difficilement être considérées comme représentatives de l'état d'esprit commun ou de la pensée dominante. D'autre part, il existe toute une gamme d'interventions critiques que nous pourrions ramener à une origine “journalistique” au sens large. Les cas de “dysfonctionnement sanitaire”

conduisent de façon répétée à mettre en évidence certaines limites et inefficiences du système sanitaire. Parfois, comme dans le cas du film documentaire *Sicko* de Michael Moore (2006), une telle dénonciation prend la forme d'un véritable acte d'accusation à caractère politique : sur le banc des accusés, le système d'assistance sanitaire des Etats Unis, introduit en 1971 par Richard Nixon, et qui semble désormais se trouver à la merci des puissants lobbys des assurances privées et de l'industrie pharmaceutique. La grande masse d'articles, d'interventions, d'enquêtes, de recherches sur les pannes et dysfonctionnements de la santé ne représente toutefois pas une critique de la médecine en tant que telle, au contraire elle tend à renforcer dans l'opinion publique l'idée d'une “bonne médecine” : ensemble de connaissances, de pratiques, de prestations et de services qui devraient garantir et préserver la valeur primordiale de la santé. C'est à ce niveau qu'il faut situer la difficulté de critiquer la médecine. Pour le dire par une boutade, nous semblons aujourd'hui disposés à nous laisser mener sur le chemin de la santé comme autrefois, on se faisait conduire sur la voie du salut. Il n'y a pas de doute : parmi les valeurs suprêmes qui éclairent notre existence, il y a la santé et la prolongation de la vie. Certes, il s'agit d'une nouvelle forme d'“idéisme”, dans lequel, cependant, le salut devient une promesse immanente, d'ordre essentiellement psychophysique et biologique. À qui confier une telle promesse ? Par qui se laisser diriger, guider, gouverner ?

La réponse est acquise mais non simple. Tant parce que la rationalité médicale a une longue histoire, que parce que, dans le cours de cette histoire, elle s'est nouée et confondue avec la rationalité politique. À cet égard, il vaut la peine de se rappeler qu'un dispositif technologique est apparu et s'est développé au cœur de l'époque moderne. Foucault a consacré de nombreuses analyses à cette thématique⁶. Entre le XVIII^{ème} et le XIX^{ème} siècle, la *police médicale*, l'*hygiène publique* et la *médecine sociale* ont joué un rôle central dans la mise au point d'une nouvelle façon de conduire les hommes, en construisant un pont entre la pastorale chrétienne et le gouvernement politique des populations. De tels dispositifs - proprement biopolitiques dans la mesure où ils gèrent les phénomènes biologiques et pathologiques des populations - ont incarné le projet d'une "médicalisation de la santé", au point d'en faire une sorte de religion séculaire du monde moderne⁷. De ce point de vue, il est significatif que les luttes contre l'ingérence de l'État en matière de foi, caractéristiques des groupes religieux dissidents dans les pays anglo-saxons protestants, aient par la suite pris la forme d'"insurrections antimédicales" et se soient exprimées à travers la revendication du droit de vivre et de mourir, de tomber malade et d'être soigné suivant sa propre volonté⁸. Dans le cadre du processus de sécularisation, la résistance à se faire guider dans le domaine religieux revêt de nouvelles significations et se traduit dans le refus d'être gouverné selon la logique et les modalités d'une rationalité de type médico-politique. L'histoire de la médecine et de la santé

publique⁹ ne peut donc être séparée de celle des mouvements anti-hygiénistes qui ont noué avec le libéralisme des rapports complexes et divers selon les contextes nationaux et régionaux¹⁰. En effet, ce fut précisément en Angleterre que la médecine sociale reçut une impulsion décisive : en 1853, fut établie l'obligation de vaccination, les *poor laws* permirent la légalisation des dispositifs médico-hygiénistes, enfin la législation sanitaire fut complétée grâce à l'institution des "*Health Offices*" - services publics chargés de faire appliquer les règlements de salubrité et de surveiller l'état de santé de la population - ensuite centralisés dans un "*Central Board of Health*"¹¹. La médicalisation de la santé est donc un projet politique qui montre une tendance totalisante et se traduit dans une série de mesures et d'interventions à caractère manifestement coercitif : des quarantaines, des cordons sanitaires pour protéger les populations privilégiées, des politiques d'assistance destinées au contrôle médical des classes pauvres et laborieuses. L'autre face de l'exigence biopolitique de prendre soin de la santé du corps social est l'autoritarisme inhérent aux processus de socialisation de la médecine.

Une nouvelle forme de management médico-politique

Tout cela semble se heurter à l'image habituelle du libéralisme : culture politique fondée sur les principes de l'État minimal, du sujet de droit et du respect des libertés individuelles. En réalité, le libéralisme est aussi la rationalité politique qui s'est posé la question de comment gérer les phénomènes biologiques et pathologiques des populations. En

d'autres termes, le libéralisme est l'art de gouverner au sein duquel les problèmes comme la santé, l'hygiène, les épidémies et les endémies, la natalité, la longévité etc. ont assumé pour la première fois l'aspect d'un véritable "défi". Au nom de quoi et suivant quelles règles est-il possible d'affronter et de gérer de tels problèmes, sans contrevenir aux principes fondamentaux du libéralisme ? Comment garantir la sûreté du corps social, sans transgresser les "limites" du sujet de droit et des libertés individuelles¹² ? La biopolitique naît historiquement de ce défi et en tant que réponse à un tel défi. C'est l'émergence d'une nouvelle forme de direction des hommes, d'un nouveau *management* de type médico-politique dont la tâche est de gérer de façon rationnelle et efficace les phénomènes biologiques et pathologiques des populations, sans sortir de l'orbite de la rationalité libérale. Toutefois, entre les principes de liberté et les exigences de sécurité il y a une tension constante, il est difficile de maintenir un équilibre¹³. La gouvernementalité libérale semble animée par la volonté prométhéenne de résoudre cette antinomie, mais la corde peut se rompre à tout moment, faisant réapparaître ses contradictions. En tout cas, il est probable que c'est là la raison pour laquelle nombre d'analyses critiques à l'égard de la médecine continuent à provenir du monde anglo-saxon. Il ne s'agit certes pas d'un discours monolithique, mais plutôt d'une galaxie qui rassemble des positions diverses et hétérogènes. Il y a par exemple le livre *The Nazis War on Cancer*, dans lequel l'historien américain de la science, Robert N. Proctor, analyse la découverte par les chercheurs allemands des effets

● Le malaise de la médecine (suite)

cancérigènes de la fumée active et passive, et le rôle joué par la médecine dans la croisade antitabac du III^{ème} Reich¹⁴. Une telle campagne rentre dans le cadre d'une série de mesures sanitaires et écologiques qui, se trouvant cependant dans un rapport d'étrange familiarité avec les tristement célèbres politiques eugéniques, obligent à considérer avec un autre regard, plus problématique, le rapport entre science et nazisme. Malgré les précautions de Proctor, son livre a servi à avaliser les positions des adversaires les plus radicaux et intransigeants de la santé publique. Jacob Sullum, porte parole des *libertarians* rassemblés autour de la *Reason Foundation*, a publié en 1998 un livre à succès – intitulé *For Your Own Good : The anti-Smoking Crusade and the Tyranny of Public Health* – où l'on soutient qu'est "totalitaire" une gouvernance dotée des pleins pouvoirs pour maximiser la santé des citoyens. Il est dommage que le principe de l'inviolabilité des libertés individuelles finisse dans ce cas par légitimer, non seulement le droit de fumer, mais aussi celui d'user des armes¹⁵. Nombre d'auteurs, sans aller jusqu'à évoquer le spectre d'un "fascisme de la santé", stigmatisent sans nuances les tendances liberticides de la médecine¹⁶.

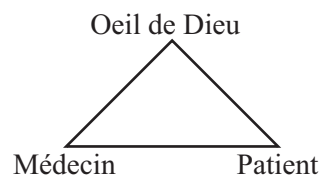
Il convient, toutefois, de considérer de telles critiques avec discernement : d'un côté parce qu'elles restent d'une certaine façon internes au libéralisme et à sa dialectique entre liberté et sécurité ; de l'autre parce que le néolibéralisme, avec la doctrine du capital humain, exalte l'autonomie et la subjectivité de l'individu considéré comme "entrepreneur" de sa vie biologique et économique¹⁷. Un autre discours pourrait par contre être tenu

quant à la critique de la médecine qui s'est développée dans le cadre des mouvements qui, au cours des années '60 et '70 du siècle passé, ont mis en discussion la logique du *management* médico-politique, en posant le problème plus radical de comment et à quel prix les hommes sont gouvernés dans des institutions comme les hôpitaux, les asiles, les soins de santé en général¹⁸. Cette critique, qui s'est focalisée sur les relations de pouvoir ainsi que sur le lien entre les dispositifs de pouvoir et les formes de savoir, a produit dans certains cas d'importantes transformations, non seulement à un niveau institutionnel et législatif, mais plus généralement en ce qui touche la façon de pratiquer la médecine et de considérer le rapport entre santé et maladie. Aujourd'hui, toutefois, on ne peut que constater la marginalité de ces courants, sur une scène caractérisée par la redoutable convergence entre les nouveaux paradigmes scientifiques et les politiques néolibérales, les technologies biomédicales et les stratégies de gestion du capital humain.

● ● ● ● L'abysse de la liberté et l'impératif de la performance

Au fond, la raison pour laquelle il est si difficile de s'interroger sur la médecine, c'est qu'une réponse est d'emblée toujours prête. *On dit* qu'il est fondamental d'avoir la meilleure santé possible, qu'il faut être soigné de la meilleure façon possible et vivre le plus longtemps possible.

Difficile d'égratigner l'évidence de granit de ce discours. En réalité, la phénoménologie nous a appris que les choses ne paraissent évidentes que parce qu'une dense stratification de discours scientifiques et de sens commun fait obstruction à la source vive de l'expérience. Ce que l'on pense habituellement de la médecine se fonde sur un contrat tacite dont la structure est triangulaire. Aux angles de la base il y a le médecin et le patient,



disposés l'un face à l'autre dans un rapport horizontal et tendant à la réciprocité ; au sommet, par

contre, il y a les valeurs suprêmes de la vie et de la santé, vers lesquelles le médecin et le patient convergent et qui garantissent la validité et le maintien de leur rapport. Concrètement, cela signifie que si je suis les directives de la médecine, en réduisant les facteurs de risque et en adoptant un style de vie correct, je m'attends à ce que la médecine en fasse de même, c'est-à-dire qu'elle s'engage effectivement à veiller sur ma santé. Donc, non seulement j'exige d'être soigné de la meilleure façon possible, mais je considère l'État directement responsable lorsque ma santé se trouve en danger¹⁹. Le médecin, quant à lui, faisant écho à la demande du patient et assumant le mandat que celui-ci lui confère, tend à s'identifier au rôle de celui qui doit offrir les meilleures prestations thérapeutiques possibles pour défendre les valeurs suprêmes de la santé et de la vie. Il a donc tout à fait le droit d'exiger que le patient respecte lui-même de telles valeurs, peut-être même contre sa volonté. La logique est à ce point parfaite qu'elle se révèle

bientôt trompeuse. Le contrat qui lie le médecin et le patient s'expose aux formes le plus variées de litiges potentiels. Il semble presque fait pour être cassé à tout moment.

La vie à tout prix ?

Que se passe-t-il, en effet, quand un patient ne veut pas être soigné, au risque même de sa propre vie ? En 2004, une dame sicilienne résidant à Milan refusa de consentir à l'amputation de son pied dévoré par la gangrène²⁰. Les médecins disaient : « L'amputation est l'unique possibilité de te sauver la vie ! ». La patiente répondait : « Je préfère mourir plutôt que de vivre sans un pied ! ». Le cas fit beaucoup de bruit et un débat s'ouvrit qui divisa l'opinion publique. Albertini, le maire de Milan lui-même, envoya une lettre ouverte à la femme pour la convaincre de revenir sur sa décision. Ses médecins avaient tenté la voie du traitement sous contrainte, mais l'expertise psychiatrique avait conclu négativement. Ils s'étaient alors adressés à la magistrature. La réponse du Parquet de Milan fut qu'il fallait respecter la décision de la dame : le confirmait la Convention européenne de 1997 sur les droits de l'homme et la biomédecine, ainsi qu'une sentence de la Cour de Cassation suivant laquelle un médecin qui intervient contre la volonté du patient peut être accusé de violence privée. À la fin, les médecins frustrés se sont retranchés dans une explication supplémentaire : pour refuser le consentement à l'amputation, la dame n'a fait appel à rien d'autre qu'à sa propre « conception paraphilosophique de la vie ». La raison médicale jette une ombre de discrédit sur les motivations personnelles du patient. On pourrait

toutefois penser que les médecins, de leur côté, n'ont rien fait d'autre que d'en appeler à la valeur de la vie, laquelle les obligeait à faire le possible pour éviter la mort de l'assisté. Ce qu'on pense communément et qui a, pour le moins, soutenu l'initiative "humanitaire" des médecins, est au fond basé sur l'intime conviction que, par sa décision, la dame a indirectement renoncé à la vie. Une espèce de suicide de fait. En avait-elle bien le droit ? Interprétée comme un pur et simple "non" à la vie, une pareille décision se vide de sens et perd toute valeur, si non celle, purement négative, d'être considérée comme un comportement incompréhensible, presque scandaleux, à la limite du blasphème. En fait, on devrait accorder une plus grande attention au fait que la dame, à sa sortie d'hôpital, a pris

l'avion pour Catane, où l'attendaient quelques membres de sa famille, et a passé ses derniers jours près de Porto Empedocle où elle était née.

Iona Heath, médecin généraliste avec une longue expérience professionnelle dans un des quartiers les plus pauvres de Londres, s'appuie sur un autre présupposé : « le suicide reste un droit humain »²¹. Problème énorme, mais qui ne peut être esquivé. La possibilité du suicide pose, en effet, de la façon la plus radicale, le problème de la *liberté* dans le rapport thérapeutique. C'est l'abysse problématique, voire même inquiétant qui sous-tend toute relation entre médecin et patient, et qu'aucune raison déontologique ou contractuelle ne sera jamais en mesure de résoudre entièrement. Si on part de ce présupposé, dans lequel est en jeu le



rapport fondamental entre la finitude et la liberté, les choses apparaissent sous un jour complètement différent. Il y a des situations dans lesquelles la vie ne se présente plus comme une valeur suprême, des moments où, non seulement on ne désire pas la prolonger, mais où on attend sa fin comme une sorte de libération. C'est le cas chez beaucoup de personnes âgées ou de malades terminaux rencontrés par Iona Heath. Prétendre prolonger ou sauver la vie à tout prix peut complètement fausser le contrat thérapeutique en faisant montre de toute la violence qui le traverse. Une des rencontres les plus problématiques, mais peut-être aussi paradigmatique de la médecine d'aujourd'hui est la rencontre « entre un vieillard fragile, sans défense et déjà proche de la mort et un jeune et alerte médecin interniste en début de carrière »²². Souvent les personnes ne demandent qu'à finir leurs jours dignement, il arrive encore d'entendre des personnes âgées dire qu'elles ne veulent pas « mourir à l'hôpital ». D'un tout autre ton est, par contre, la phrase qui a rendu célèbre le personnage du D^r House : « La mort est toujours une horreur, toujours. On peut vivre avec dignité, mais non pas mourir »²³. Elle détonne avec l'ancienne sagesse de Silène qui, questionné par le roi Midas sur quelle était la chose la meilleure et la plus désirable pour l'homme, éclate de rire et dit : « Race éphémère et misérable, enfant du hasard et de la peine, pourquoi me forces-tu à te révéler ce qu'il vaudrait mieux pour toi ne jamais entendre ? Ce que tu dois préférer à tout, c'est pour toi l'impossible : c'est de n'être pas né, de ne pas être, d'être néant. Mais après cela, ce que tu peux désirer de mieux c'est – de mourir au plus tôt »²⁴. Une

telle affirmation serait aujourd'hui censurée comme attentat à l'humanité. Cependant que la désinvolture avec laquelle est accueillie la maxime du D^r House marque un changement peut-être décisif. C'est comme si, subitement, nous avons réussi à définitivement nous débarrasser de la culture tragique, qui a toujours participé à part entière de la civilisation occidentale, et qui considère, quant à elle, la mort comme la condition même de la dignité, c'est-à-dire de la liberté humaine. N'oublions pas, en effet, que la biopolitique est également l'idéalisme des décharges humaines, de l'humanité réduite au déchet : l'eugénisme nazi l'a confirmé jusqu'aux conséquences extrêmes de l'euthanasie sauvage et de l'extermination. Aujourd'hui il semble que tout ce qui a affaire avec la mort, la maladie, la folie, le crime doit être éliminé comme s'il s'agissait de matériel superflu. Il arrive de plus en plus souvent que les expériences qui éclairent les limites fragiles de l'existence humaine soient considérées telles des déchets toxiques : il faut chercher à ne pas en produire, à en produire le moins possible, à les évacuer de la façon la plus rapide et la plus efficace.

Peut-on dire non à la médecine ?

Et c'est ici que l'idéalisme biopolitique rejoint un autre aspect, absolument décisif, qui est la *culture de la performance*. La logique de la « meilleure prestation » a pénétré dans les domaines les plus divers de l'expérience humaine et sociale, assumant une valeur presque mythologique et stimulant une série de comportements et de styles de vie qui, à cause de leur

caractère rituel, ne sont pas loin de ressembler à des phénomènes de type religieux²⁵. Le pouvoir de cette logique dépend probablement du fait qu'en se référant indistinctement tant à l'intervention économique qu'à l'intervention biologique, elle renforce l'une à travers l'autre dans un jeu d'intensification exponentielle. De ce point de vue, la performance n'est rien d'autre que la logique même d'accumulation du capital humain, déclinée en un sens autant individuel que collectif. En d'autres termes, les valeurs suprêmes de la vie et de la santé, avec celles du bien-être et de la sécurité, doivent constamment être accrues par l'effet de la logique de la meilleure prestation possible, au niveau tant des orientations éthiques que des stratégies politiques. Cet accroissement passe à travers une sélection des bonnes et des mauvaises performances, qui tendra à développer les premières et à conjurer ou éliminer les secondes. Les implications de ce discours quant à la médecine sont évidentes, comme le montre la scène de la rencontre « thérapeutique » entre un vieillard mourant et un jeune médecin désireux de mettre en pratique ses connaissances. La raison pour laquelle le D^r House nous séduit est apparemment simple. Il peut arriver à tous de tomber malade et de risquer de mourir : à qui déplairait-il d'être soigné par un médecin comme House ? C'est-à-dire, à qui déplairait-il d'être sauvé ? En somme, qui n'a pas peur de mourir ? De telles questions ont une portée fortement « régressive ». Elles mobilisent des sentiments archaïques ou infantiles : à la place de l'homme des cavernes se trouvant face à la violence spectaculaire de la foudre, ou d'un enfant forcé de se confronter au mystère de la vie et

de la mort – qui ne resterait bouche bée ? Dans la médecine scientifique et hautement technologique du D^r House, il y a quelque chose de profondément “magique” : l’assurance qu’au moment du plus grand danger, quelque chose ou quelqu’un viendra nous sauver.

La vérité, c’est que le D^r House aime vraiment s’entourer de jeunes médecins entreprenants, auxquels, par la parole et par l’exemple, il cherche à inculquer l’impératif absolu de la performance. Certes, il y a au sein de l’équipe une dialectique non dénuée de tension. Parfois, les collègues le contestent en alléguant des raisons de type déontologique ou génériquement humanitaire. Tout cela sert cependant à réaffirmer la posture thérapeutique spécifique de House. À ceux qui lui reprochent ses excès, il répond par une phrase choc qui a une valeur pédagogique intrinsèque : « Préfères-tu un docteur qui te tient la main pendant que tu meurs ou un autre qui t’ignore alors que tu vas mieux ? »²⁶. Ainsi, il nous renvoie la balle. Et il nous met au pied du mur. Si nous répondons qu’évidemment, comme patients notre intérêt serait surtout de reprendre à vivre une existence normale, alors House devient l’incarnation évocatrice d’une nouvelle façon de concevoir l’*exceptionnalité*. Il devient, dès lors, le héros d’une médecine uniquement tendue vers la survie biologique des patients, le saint patron d’une approche thérapeutique basée sur un dévouement absolu à la performance en tant que promesse de salut. En mentant devant la commission des transplantations, House réussit un jour à sauver une patiente qui au réveil lui demande : « Pourquoi

vous êtes-vous battu pour moi ? Vous avez risqué votre profession, vous me connaissez à peine... ». House répond simplement : « Tu es une de mes patientes »²⁷. Une scène à la saveur évangélique. S’il en était ainsi, alors, House ne serait rien d’autre qu’une figure parmi tant d’autres à travers lesquelles l’instance messianique – sécularisée et banalisée – continue à circuler comme une fine poussière dans le monde contemporain. S’agissant, cependant, d’un médecin, cette figure mérite une certaine attention. Rappelons-nous du cas de la dame qui refusa de se faire amputer le pied. Et bien, dans l’adhésion qui accompagna l’initiative humanitaire des médecins, ainsi que dans le geste par lequel ces derniers se débarrassèrent de la décision un peu encombrante de la patiente, n’entrevoit-on pas bien, avec une certaine netteté, le “revers” de la santé biopolitique ? Peut-on refuser l’intervention de la médecine comme on pourrait, par exemple, refuser la venue du Messie ? Peut-on dire non à la médecine sans être targué d’hérésie ? House, au fond, ne demande à ses patients qu’un acte de foi : « Je veux comprendre si tu veux vivre ou mourir... Je veux que tu me dises que pour toi vivre est important parce que moi, je ne le sais pas. Parce que l’enjeu, c’est ta vie maintenant »²⁸. Mais demander un acte de foi est une prétention exorbitante, du moins du point de vue des limites qu’une intervention thérapeutique devrait s’assigner.

La règle du maximum possible

Il n’y a que la foi commune en la valeur absolue de la vie – entendue en un sens biomédical, même lorsqu’on

prétend lui donner une signification religieuse ou transcendante – qui peut justifier le devoir inconditionnel d’arracher les patients à la mort en se vouant intégralement à la performance thérapeutique. Cela fait une certaine impression de constater l’ingénuité avec laquelle est avalisée l’approche du D^r House, invoquant l’autorité de philosophes tels Kierkegaard (« le Singulier suspend l’éthique et ses règles parce que sa fin est de se mettre en rapport avec l’absolu »²⁹), Derrida (« c’est un devoir ne pas respecter, par devoir, le devoir éthique »³⁰) et Badiou, qui dans son livre *L’éthique* écrit : « Il n’y a qu’une seule situation médicale : la situation clinique, et il n’y a besoin d’aucune “éthique” [...] pour savoir qu’en la circonstance un médecin n’est médecin que s’il traite la situation sous la règle du maximum possible : soigner jusqu’au bout cette personne *qui le lui demande*, avec tout ce qu’il sait, avec tous les moyens dont il connaît l’existence, et sans ne considérer rien d’autre. »³¹.

De cette façon, l’arrogance “thérapeutique” est dès lors sublimée. Elle devient la qualité d’une posture hyper-éthique, c’est-à-dire de la réponse au devoir inconditionnel de sauver la vie de chaque patient “singulier”, en sacrifiant tout, même l’éthique, au respect de cet impératif unique qui « fait corps avec le corps de House et sa douleur »³². Image sans doute suggestive : le médecin qui prend sur lui tous les maux du monde, dans une sorte de version mise à jour de l’*Agnus Dei*. Toutefois, à mieux y regarder, la situation “clinique” n’est rien d’autre que la feuille de vigne derrière laquelle se cache l’arrogance de House. La



demande de soin du patient est déjà d'emblée anticipée et, en quelque sorte, neutralisée par une question d'ordre "supérieur", celle que House lui-même adresse, implicitement ou explicitement, à chacun de ses patients : crois-tu en la valeur absolue de la vie ? Mais bien évidemment, car cela ne se discute pas. Tu ne peux alors rien faire d'autre que de te mettre entre les mains du médecin, c'est-à-dire de celui qui "sait" et qui fera tout ce qui est nécessaire pour te sauver. La relation thérapeutique de House est une forme typique de "mise sous tutelle", qu'il suffise de relire un texte célèbre de Kant sur les Lumières³³. L'arrogance de cette approche se fonde, en définitive, sur un mélange redoutable dans lequel se confondent la force de séduction de la pensée magique, la foi dogmatique en la valeur de la vie biologique et la toute puissance technologique de la médecine. Au nom de la performance

clinique – sujette uniquement à la règle du "maximum possible" – tout est permis. De cette façon, pourtant, la vocation thérapeutique de la médecine se prête à être utilisée comme une explication facile, un alibi bon en toute occasion. Qu'il suffise de penser au discours génétique, qui dans les dernières trente années a acquis une importance croissante, non seulement dans la recherche scientifique et dans la pratique médicale, mais aussi dans les orientations éthiques et dans les stratégies politiques. Les recherches et les expérimentations sur les gènes se justifient toujours sur base d'une promesse thérapeutique : soigner toutes les maladies qui restent « nimbées d'images de désespoir »³⁴. Toutefois, derrière l'aura humanitaire qui, telle une cuirasse, recouvre le discours génétique, il est difficile ne pas apercevoir la règle néolibérale du maximum possible pour l'accroissement du capital humain³⁵. Il

est dès lors important de se demander *qu'est-ce* qui est, à chaque fois, sacrifié sur l'autel du salut du patient. Cela pourrait n'être pas du tout secondaire comme on voudrait le faire croire. Par exemple, une situation clinique fondée sur la mise sous tutelle du patient peut-elle encore être considérée comme une relation thérapeutique ? Sommes-nous par ailleurs certains qu'aujourd'hui la pratique médicale est fondée sur une culture thérapeutique, c'est-à-dire sur un certain rapport privilégié avec les patients dans leur singularité ? Et ensuite, avec qui ce rapport est-il instauré, avec la personne malade ou avec sa maladie, décomposée en une série d'interventions spécialisées ? Enfin, les efforts scientifiques et technologiques de la médecine sont-ils adressés uniquement aux soins des individus, ou sont-ils aussi destinés à la gestion des phénomènes biologiques et pathologiques des populations ?

••••• Les excès du pouvoir médical

De façon schématique, nous pourrions définir la *tutelle* comme le rapport dans lequel celui qui détient le savoir a tout le pouvoir. Emile Littré, disciple d'Auguste Comte et membre de la *Société Positiviste*, rappelle au malade « l'obligation de faire appel, sans se fier à ses sens, à l'homme capable de savoir ce qu'il ignore – le médecin »³⁶. Robert Castel a reconstitué le processus à travers lequel, dans la période qui a suivi la Révolution Française, on est parvenu à la tutelle médicale des fous³⁷, tandis que Michel Foucault en a analysé les effets politiques concrets à l'intérieur des asiles : franchir le seuil de l'asile veut dire qu'« il faut d'entrée de

jeu que l'on soit dans un monde différentiel, dans un monde de rupture, de déséquilibre entre le médecin et le malade, dans un monde où il y a une certaine pente et que cette pente ne puisse jamais être remontée : au sommet de la pente, le médecin ; au bas de la pente, le malade ». La prétention médicale de savoir ce que les fous ignorent fait en sorte que le processus thérapeutique se déploie sur base de cette « différence de hauteur, de potentiel, absolument statutaire et qui ne s'effacera jamais dans la vie asilaire »³⁸. Alors qu'est annulée la réciprocité qui donnerait sens et valeur au contrat, le rapport thérapeutique sort de l'horizon juridique et se développe dans une dimension où les excès du pouvoir psychiatrique trouvent leur dernière légitimation dans un statut de type scientifique. L'idée que les médecins en savent plus que les malades sur leur maladie a été amplement remise en discussion, comme celle qui affirme que l'effet thérapeutique dépend uniquement des progrès scientifiques et technologiques de la médecine. Par delà les mouvements de ce qu'on appelle l'"antipsychiatrie", nous pouvons nous référer à l'expérience de Ron Coleman qui, après un long parcours dans les services psychiatriques où on lui apprend surtout à être un « bon schizophrène », entre à Manchester dans le groupe de self-help pour personnes qui entendent des voix et devient ensuite protagoniste du renouvellement des services de santé mentale en Grande-Bretagne. Coleman, qui considère l'effet thérapeutique comme un « sous-produit de l'interaction des personnes », invite les patients et les membres de leur famille à ne pas céder de pouvoir aux professionnels

en considérant qu'ils en savent plus qu'eux³⁹. Enfin, l'émancipation de la tutelle médicale est une des principales préoccupations d'Iona Heath. En rapportant une série d'opinions où est souligné le rapport entre le savoir et l'autonomie des patients dans l'expérience de la douleur, elle critique l'emploi systématique d'analgésiques et de sédatifs qui finissent par étouffer « toute possibilité de liberté dans la mort »⁴⁰.

Sans invoquer des pulsions ancestrales, il est clair que chacun espère être un jour accueilli, soigné et guéri de la meilleure façon possible. Le D' House se nourrit de cette aspiration commune en la faisant miroiter à l'infini. L'espoir croît, en effet, et devient une source mythique de consolation dans la mesure où nous désespérons toujours plus de la qualité de l'assistance sanitaire. Pussions-nous être soignés par un médecin comme House ! Certes, mais tâchons de mettre nos rêves de côté et d'envisager quelle est réellement aujourd'hui la "meilleure médecine possible".

La mise entre parenthèses du malade

« La qualité de l'assistance sanitaire est dictée chaque jour un peu plus par des protocoles basés sur l'évidence qui, par leur nature, considèrent les patients en tant qu'unités de maladie standardisées. De tels protocoles ne sont pas en mesure de prendre en compte l'unicité des histoires individuelles, les valeurs, les aspirations et les priorités de chaque personne singulière et la manière dont elles changent au cours du temps. Par conséquent une intervention rationnelle basée sur l'évidence peut se révéler inopportune, dispendieuse et vaine. »⁴¹.

Au-delà de tout discours sur la tutelle médicale et ses excès, il est clair qu'aujourd'hui, la meilleure médecine possible – l'*Evidence Based Medicine* (EBM) - entre systématiquement en contradiction avec le devoir inconditionnel d'accueillir la demande de soin du patient "singulier". La médecine d'aujourd'hui est en effet fondée sur la « dissociation progressive de la maladie du malade et tend à définir le malade en fonction de la maladie »⁴². Cela signifie que le malade, traité comme objet plus que comme sujet de sa maladie, se trouve forcé d'en parler « par clichés et stéréotypes », ce qui finit par confirmer un savoir « dont les progrès sont en partie dus à la mise entre parenthèses du malade, qui reste néanmoins au centre de l'attention médicale »⁴³. En somme, une sorte de double lien contradictoire qui séduit et mortifie le patient. En réalité, la figure du « médecin thérapeute à 360 degrés », qu'aujourd'hui nous appellerions "généraliste", a été supplantée par celle des médecins spécialistes : « ingénieurs d'un organisme maintenant décomposé comme une machinerie », pour qui la consultation se résume « à l'interrogation de banques de données, qui contiennent des informations à caractère sémiologique et étiologique, et au diagnostic probabiliste, basée sur des estimations statistiques »⁴⁴. Le médecin qui prend soin d'un patient dans sa singularité et dans sa totalité, en un mot dans son "unicité", semble désormais une chimère. Le "mythe House" est de faire croire que la plus grande efficacité clinique de l'*Evidence Based Médecine* puisse encore s'incarner dans la figure traditionnelle d'un médecin thérapeute. Mais s'il était vraiment

intéressé au malade singulier, pourquoi affirmerait-il : « Je suis devenu médecin pour soigner les maladies, non les malades »⁴⁵ ?

Les noces de la médecine et du politique

La mise entre parenthèses du malade, dont l'EBM représente la manifestation la plus récente et "brillante", ne se comprend que dans une perspective historique sur une longue durée. Les hôpitaux, qui à partir du XVIII^{ème} siècle remplacent les hospices, sont conçus et gérés comme des *machines à guérir* où les maladies, adéquatement cataloguées, sont analysées et surveillées. De cette façon, le traitement hospitalier des maladies contribue à « désindividualiser » les maladies elles-mêmes⁴⁶. La nouvelle architecture de l'espace thérapeutique s'inscrit dans un programme plus général de gestion du corps social, dans lequel s'insèrent des politiques d'assistance et des mesures sécuritaires. En d'autres termes, la mise entre parenthèse du malade n'a jamais été entièrement "désintéressée".

« L'élimination progressive, dans la connaissance des maladies, de la référence aux situations vécues des malades n'est pas que le fruit de la colonisation de la médecine par les sciences fondamentales et appliquées, entamée au début du XIX^{ème} siècle, mais est aussi le fruit de l'attention intéressée, en tous sens, que, plus ou moins à la même période, les sociétés de type industriel commencent à consacrer à la santé des populations ouvrières. »⁴⁷.
Les noces entre médecine et politique

se consomment sur le terrain d'une nouvelle façon de concevoir et d'affronter les phénomènes biologiques et pathologiques. De ces noces naît une forme particulière de rationalité du gouvernement des hommes – la rationalité médico-politique – dont les grandes formes historiques sont la *Medizinische Polizei*, l'*Hygiène Publique* et la *Social Medecine*. Pour comprendre l'émergence historique de la biopolitique il est fondamental de garder à l'esprit que les médecins, dans le cours du XVIII^{ème} siècle, se sont "professionnalisés" dans le domaine d'une politique de santé publique. C'est-à-dire dans un contexte dans lequel ils étaient appelés en cause, non tant comme thérapeutes, mais plutôt comme hygiénistes. L'exigence de contrôler et d'améliorer l'état de santé de la population justifie et enjoint une série d'interventions positives de la médecine au niveau social et urbain : interventions autoritaires sur ce qu'on considère comme les principaux foyers de maladie (les prisons, les zones portuaires, les hôpitaux) et qui requièrent d'urgentes mesures de médicalisation ; des interventions pédagogiques visant à instruire la population sur les règles fondamentales de l'hygiène ; des interventions scientifiques pour étudier l'état de santé de la population. Par ce biais, les médecins commencent à s'implanter dans les principales instances de gouvernement, en menant des enquêtes pour le compte des administrations et en assumant en personne des fonctions à caractère administratif. C'est, donc, à travers le *relais* de l'hygiène que se réalise l'interpénétration entre médecine et politique, dont l'effet est que les médecins commencent à bénéficier d'un certain "surplus" de pouvoir.
« Le médecin devient le grand

conseiller et le grand expert, sinon dans l'art de gouverner, du moins dans celui d'observer, de corriger et d'améliorer le "corps" social et de le maintenir dans un état de santé permanent. Et c'est plus sa fonction d'hygiéniste que son prestige de thérapeute qui lui assure cette position politiquement privilégiée au XVIII^{ème} et au début du XIX^{ème} siècle. »⁴⁸.

Il s'agit d'un pouvoir littéralement "exorbitant". D'un côté parce qu'il excède les limites de la relation thérapeutique ; de l'autre parce qu'il ouvre un espace supplémentaire - celui de la rationalité médico-politique avec ses dispositifs spécifiques et ses objets d'intervention - qui excède les limites de la "loi" en posant les bases d'une *société de normalisation ou de sécurité*⁴⁹.

Ce n'est pas un hasard si Foucault a "découvert" la biopolitique durant les cours au Collège de France consacrés à l'analyse du pouvoir psychiatrique. La psychiatrie s'institutionnalise dans le cadre du nouveau droit bourgeois et libéral : la gestion des fous est complètement déléguée à l'autorité médicale qui assume en même temps la direction administrative des asiles. Les aliénistes peuvent recevoir cet exorbitant mandat de pouvoir sur base du contrat thérapeutique qui les lie aux malades ; en réalité, loin de les soigner, ils exercent sur eux un surplus de pouvoir de type "disciplinaire". Mais, dans ce cas aussi, il est fondamental de comprendre que la psychiatrie s'est institutionnalisée, non tant comme une spécialité de la médecine, que comme une branche spécialisée de l'hygiène publique⁵⁰. Les aliénistes furent parmi les principaux promoteurs de l'hygiénisme en France où, en

1829, ils fondèrent la première revue spécialisée de psychiatrie, au nom significatif d'*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Leur alliance avec les réformateurs philanthropes fut essentiellement un pacte de sécurité justifié en termes scientifico-thérapeutiques. D'un côté Esquirol posait avec force la théorie de l'isolement thérapeutique, en soutenant qu'« une maison d'aliénés est un instrument de guérison : entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales »⁵¹. De l'autre le Ministre de l'intérieur donnait la justification suivante à la loi de 1838 sur les aliénés : « *Il s'agit de prévenir des accidents analogues à ceux que la police administrative embrasse dans sa sollicitude, en vue desquels elle a été instituée, tels que les inondations, les incendies, les fléaux de tout genre, les dangers qui menacent la salubrité publique ou même le repos des citoyens* »⁵². La médecine mentale réussit, dès lors, à nouer le principe de l'assistance aux fous avec l'exigence de prévenir le danger qu'ils sont censés représenter pour la société. À travers le *relais* de l'hygiène, la rationalité médicale se fond avec la rationalité politique en faisant émerger une des premières expériences de *management* médico-politique des hommes, c'est-à-dire de médecine sociale et d'État. Par la suite, avec la théorie de la dégénérescence, la psychiatrie s'émanipe complètement de la mission thérapeutique de soigner et de guérir les malades. À la fin du XIX^{ème} siècle, son statut épistémologique se transforme et elle parvient au sommet de son pouvoir comme science de la protection biologique de l'espèce. En répondant à la règle du “maximum

possible” qui enjoint de défendre la société contre toutes les anomalies qui la menacent de l'intérieur, la psychiatrie s'affirme comme science biopolitique *par excellence*, en menant la chasse aux dégénérés et en ouvrant la voie aux stratégies eugéniques du XX^{ème} siècle. Aux Etats-Unis, le mouvement eugénique, soutenu par les études sur la dégénérescence de la race américaine du biologiste Charles Benedict Devenport, réussit à faire adopter dans une trentaine d'États des lois pour la stérilisation forcée de retardés, d'alcooliques, de criminels ordinaires, de pauvres et d'aliénés, ainsi qu'une sévère législation pour la sélection des immigrés. Plus tard, dans l'Allemagne nazie, les programmes d'euthanasie sauvage et l'extermination conduiront la logique biopolitique jusqu'à ses extrêmes et inouïes conséquences⁵³.

••••

Vers une éthique de la transformation de soi

La psychiatrie, science dont le statut incertain la rend particulièrement perméable à des sollicitations à caractère politique, a fonctionné comme un papier de tournesol des excès du pouvoir médical. Tant du point de vue des déséquilibres inhérents à la relation thérapeutique, qui configurent quelque fois une radicale mise sous tutelle des malades de la part des médecins, que de celui de l'articulation problématique entre la vocation thérapeutique et la fonction biopolitique de la médecine. Dans l'histoire de la psychiatrie, l'exorbitance du pouvoir médical s'est manifestée de façon violente, en assumant la forme grotesque de l'asile et de la croisade contre les

anormaux. C'est peut-être là la raison pour laquelle se sont développés au sein-même de la psychiatrie des mouvements qui ont posé la nécessité, d'un côté de remettre en discussion la relation de pouvoir entre médecin et patient, de l'autre d'articuler autrement le rapport entre la dimension thérapeutique et la dimension éthique et politique. Qu'il suffise de rappeler, à ce propos, le mouvement français de la psychothérapie institutionnelle, à propos duquel François Tosquelles employait pour le décrire la métaphore des “deux jambes” : la psychanalyse lacanienne et le marxisme⁵⁴. Que l'on pense, encore, au mouvement anti-institutionnel italien conduit par Franco Basaglia, qui aboutit à l'abolition des asiles entérinée par la loi 180 de 1978. Partant d'un soubassement de type phénoménologique, Basaglia radicalisa l'*epochè* husserlienne dans un sens éthique, allant jusqu'à suspendre la relation thérapeutique pour la lier à une remise en discussion politique de la façon suivant laquelle les malades mentaux sont gérés dans nos sociétés. Quoique ces mouvements aient différemment mis l'accent sur la vocation thérapeutique et l'engagement politique, dans les deux cas la critique de la psychiatrie traditionnelle s'est traduite par la tentative de repenser tant le rapport entre médecin et patient que le rapport entre thérapeutique et politique. Ce n'est que dans la mesure où le médecin et le patient se rencontrent sur le terrain risqué d'une *transformation de soi*, qu'il est possible d'éviter que leur relation ne se réduise à un rapport de type “technico-instrumental” : le patient ignorant qui se met dans les mains savantes de l'expert. De la même manière, ce n'est que sur la base éthique de ce risque partagé, qu'il est

possible d'éviter que la thérapeutique et le politique ne s'instrumentalisent réciproquement dans un jeu infini de miroirs. La médecine peut en effet servir d'alibi aux stratégies de gouvernement des populations, tandis que la politique, vécue comme une espèce de destin intangible, alimente le pessimisme des professionnels et peut justifier leur inertie éthique et politique.

L'expérience historique de ces mouvements met précisément l'accent sur la dimension éthique comme espace qualifiant tant de la rencontre entre médecins et patients que sur l'articulation entre l'action thérapeutique et l'action politique. Un espace éthique dans lequel la vérité, loin d'être la condition statutaire du sujet de la connaissance, devient l'enjeu d'un processus laborieux de transformation du rapport avec soi-même et avec les autres. À partir de la fin des années soixante-dix, Michel Foucault commence à développer une analyse des pratiques de subjectivation en Occident, en laissant entrevoir dans le "souci de soi" une autre façon d'entendre le rapport, non seulement entre sujet et vérité, mais aussi entre sujet et politique⁵⁵. Il est fort vraisemblable que cette orientation ait été sollicitée, avec une certaine urgence, par le reflux de l'engagement politique et par l'affirmation simultanée d'une nouvelle culture du soi de facture néolibérale⁵⁶. En effet, lorsque le sujet tend à s'identifier avec des fonctions de type bio-économique, le souci de soi prend la forme d'un calcul rationnel et se traduit dans une série de performances destinées à l'accroissement du capital humain. Il vaut peut-être la peine de souligner,

en conclusion, que les réflexions de Foucault sur le souci de soi et sur la spiritualité commencent à trouver un certain écho dans le monde de la psychanalyse lacanienne, presque comme s'il était possible de penser la transformation de soi comme une sorte de plate-forme tournante entre la dimension thérapeutique et la dimension politique⁵⁷. Il semble en somme que la possibilité de qualifier dans un sens radicalement éthique tant la relation entre professionnels et patients que l'articulation entre la vocation thérapeutique et l'engagement politique, soit le point vers lequel convergent les grands blocs culturels tels la phénoménologie, la psychanalyse et la critique foucauldienne⁵⁸. Tenter de les faire se rencontrer est un programme de travail certes ambitieux, mais peut-être moins utopique que ce que l'on pourrait penser.

Notes

1 Essai publié in M. Manfredi (dir.), *Variazioni sulla cura. Fondamenti, valori, pratiche (Variations sur les soins. Fondements, valeurs, pratiques)*, Guerini e Associati, Milano 2009. Traduit de l'italien par Vanni Della Giustina Cf. L. Berlivet, "Une biopolitique de l'éducation à la santé. La fabrique des campagnes de prévention", in D. Fassin, D. Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris 2004.

2 Cf. F. Furedi, *Il nuovo conformismo. Troppa psicologia nella vita quotidiana (Le nouveau conformisme, Trop de psychologie dans la vie quotidienne)*, Feltrinelli, Milano 2005.

3 Cf. D. Fassin, R. Rechtman, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, Paris 2007.

4 Sur le concept de *biolégitimité*, cf. D. Fassin, "Le corps exposé. Essais d'économie morale de l'illégitimité", in D. Fassin, D. Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, op. cit.

5 Cf. P. Di Vittorio, "L'anima oltre le sbarre. La biopolitica dalla segregazione alla comunità terapeutica", in G. Covili, *Gli esclusi (1973-1977)*, sous la dir. De C. Tarantino, avec des interventions de C. Tarantino, R. Castel, L. Wacquant *et alii*, Quodlibet, Macerata 2007.

6 Cf. M. Colucci, entrée "Médicalisation" et P. Di Vittorio, entrée "Santé publique", in *Lexique de biopolitique. Les pouvoirs sur la vie*, traduit de l'italien par Pascale Janot, Érès, Toulouse 2009.

7 Cf. A. F. La Berge, *Mission and Method. The Early Nineteenth-century French Public Health Movement*, Cambridge University Press, Cambridge 1992.

8 Cf. M. Foucault, "La naissance de la médecine sociale", p. 207-228, in *Dits et écrits*, t. 2, Paris, Gallimard, 2001.

9 Nous utilisons volontairement le terme “salute” (“santé”), plutôt que le terme “sanità” (“pratique, état sanitaire”), car il est plus générique. Comme les termes *health* ou *santé*, il peut se référer tant aux politiques qui affectent la santé, qu’à la santé elle-même en tant que donnée objective ou naturelle. De cette façon, le terme de santé est encore plus ambigu. Mais la tendance qui s’affirme, aujourd’hui, avec la crise du *Welfare*, est en soi tout aussi ambiguë : à l’irresponsabilité progressive de l’État en matière de soins de santé, correspond la responsabilisation croissante des citoyens envers leur santé. En d’autres termes, la santé publique tend à se confondre avec l’état de santé des individus vivants. Voir P. Di Vittorio, terme «santé publique», *Lexique de biopolitique*, op. cit.

10 Cf. M. Ramsey, “Mouvements anti-hygiénistes et libéralisme: vers une histoire comparée”, in P. Bourdelais (dir.), *Les Hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques*, Belin, Paris 2001.

11 Cf. M. Foucault, “La naissance de la médecine sociale”, op. cit. ; M. Ramsey, “Mouvements anti-hygiénistes et libéralisme”, cit. ; L. Berlivet, “Déchiffrer la maladie”, in J.-P. Dozon, D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris 2001.

12 Cf. M. Foucault, *Sécurité, Territoire, Population, Cours au Collège de France (1977-1978)*, Seuil 2004.

13 Cf. M. Foucault, *Biopolitica e liberalismo. Detti e scritti su potere ed etica (1975-1984) (Biopolitique et libéralisme, Dits et écrits sur pouvoir et éthique)*, O. Marzocca (dir.), Medusa, Milano 2001.

14 R. N. Proctor, *La guerre des nazis contre le cancer*, Belles Lettres, 2001.

15 J. Sullum, *For Your Own Good: The Anti-Smoking Crusade and the*

Tyranny of Public Health, The Free Press, New York 1998. Cf. M. Ramsey, “Mouvements anti-hygiénistes et libéralisme”, op. cit.

16 Cf. I. Heath, *Modi di morire*, Bollati Boringhieri, Torino 2008 (I. Heath, *Matters of Life and Death: Key Writings*, Radcliffe, Oxford 2007). L’auteure cite quelques textes au titre éloquent comme *The Tyranny of Health: Doctors and the Regulation of Lifestyle*, ou alors *The Arrogance of Preventive Medicine*.

17 Cfr. O. Marzocca, entrée “Capital humain”, in *Lexique de biopolitique*, op. cit.

18 Sur le mouvement de lutte contre les hôpitaux psychiatriques en Italie, cf. M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia, Portrait d’un psychiatre intempestif*, Erès, Des travaux et des jours, collection dirigée par Patrick Faugas et Michel Minard, 2005.

19 Sur le concept de *bioresponsabilité*, cf. P. Bourdelais, “Le logiques du développement de l’hygiène publique” in Id. (dir.), *Les Hygiénistes*, cit.; cf. aussi E. Kalf, “Les plaintes pour l’insalubrité du logement à Paris (1850-1955), miroir de l’hygiénisation de la vie quotidienne”, in *idem*.

20 http://www.corriere.it/Primo_Piano/Cronache/2004/02_Febbraio/19/malata.shtml, février 2004 (25 février 2008).

21 I. Heath, *Modi di morire*, Bollati Boringhieri, Torino 2008, cit., p. 29 (I. Heath, *Matters of Life and Death: Key Writings*, op. cit.).

22 Id., p. 21.

23 Blitris, *La filosofia del Dr. House. Etica, logica ed epistemologia di un eroe televisivo*, Ponte alle Grazie, Firenze 2007, p. 28.

24 F. Nietzsche, *La nascita della tragedia*, Adelphi, Milano 1972 e 1977, pp. 31-32. (F. Nietzsche, *Naissance de*

la tragédie. Paris, Éditions Gallimard, 1949)

25 Cf. A. Ehrenberg, *Le culte de la performance*, Calmann-Lévy, Paris 1991.

26 Blitris, *La filosofia del Dr. House*, cit., p. 37.

27 Id., pp. 31-32.

28 Id., p. 30.

29 Id., p. 24.

30 Id., p. 26.

31 Id., p. 36.

32 Id., p. 28.

33 Cf. E. Kant, *Qu’est-ce que les lumières ? (1784)* Ed. Hatier poche. Cf. aussi <http://www.cvm.qc.ca/encephi/contenu/textes/kantlumieres.htm>

34 G. Canguilhem, “Le maladie”, in Id., *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, Einaudi, Torino 2007, p. 20. (G. Canguilhem, “Les maladies”, in *Écrits sur la médecine*, Éd. du Seuil, Coll. « Champ freudien », 2002).

35 Cfr. T. Lemke, “Genetic Responsibility and Neo-Liberal Governmentality: Medical Diagnosis as Moral Terrain”, in A. Beaulieu, D. Gabbard (eds), *M. Foucault and Power Today. International Multidisciplinary Studies on the History of the Our Present*, Lexington Books, Lanham 2006; Id., *Die Polizei der Gene. Formen und Felder genetischer Diskriminierung*, Campus Verlag, Frankfurt-New York 2006. Voir à ce propos une enquête parue sur “The New York Times Magazine” relative à l’expérimentation d’une thérapie génique destinée à augmenter dans le sang les niveaux de la protéine qui favorise la croissance des fibres musculaires. La recherche est justifiée en termes thérapeutiques : soigner ceux qui souffrent de pathologies musculaires ainsi que les personnes âgées. Il est cependant tout aussi justifié de se demander quelles pourraient être ses retombées dans un domaine comme le sport, où des

personnes, qui sont déjà en parfaite forme physique, aspirent à encore accroître leur performances athlétiques. Cf. M. Sokolove, *Campioni del dna*: <http://dweb.repubblica.it/dweb/2004/03/13/attualita/attualita/040top39240.html> septembre 2004 (25 février 2008).

36 G. Canguilhem, "L'idea di natura nel pensiero medico e nella pratica medica", in Id., *Sulla medicina*, cit., p. 10. (G. Canguilhem, "l'idée de nature dans la pensée et la pratique médicales", in *Écrits sur la médecine*, Éd. du Seuil, Coll. « Champ freudien », 2002)

37 Cfr. Robert Castel, *L'Ordre psychiatrique, L'âge d'or de l'aliénisme*, 1977, Les Editions de Minuit, Collection « Le sens commun ». Sur le concept de tutelle, cf. aussi Id., *Les Métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Paris, Fayard, coll. « L'espace du politique », 1995.

38 M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique (Cours au Collège de France, 1973-1974)*, Hautes Etudes, Gallimard et Seuil, Paris, 2003, p. 146.

39 R. Coleman, *Guarire dal male mentale*, manifestolibri, Roma 2001, p. 20, 64 e pp. 115-117. (Ron Coleman, *Recovery: An Alien Concept?* Handsell Publishing (Sep 1999).)

40 I. Heath, *Modi di morire*, op. cit., pp. 42-44. (I. Heath, *Matters of Life and Death: Key Writings*, Radcliffe, Oxford 2007).

41 *Ibid.*, p. 17.

42 G. Canguilhem, "Le malattie", cit., p. 14. (G. Canguilhem, "Les maladies", op. cit.).

43 *Id.*, p. 15. A ce propos, on ne peut ne pas souligner la rupture épistémologique introduite par la phénoménologie, sur base de laquelle Franco Basaglia proposa "la mise entre parenthèses de la maladie mentale". Cf. M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia*, op. cit.

44 G. Canguilhem, "Le malattie", cit.,

p. 17. (G. Canguilhem, "Les maladies", op. cit.).

45 Blitris, *La filosofia del D' House*, cit., p. 37.

46 G. Canguilhem, "Le malattie", cit., p. 17. Cf. Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963 ; M. Foucault et alii, *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Pierre Mardaga, Bruxelles-Liège 1979.

47 G. Canguilhem, "Le malattie", cit., pp. 16-17.

48 M. Foucault, "La politica della salute nel XVIII secolo", in Id., *Archivio Foucault*. 2, cit., pp. 196-197. ("La politica de la santé au XVIII^{ème} siècle", in Foucault M., Barret-Kriegel B., *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Pierre Mardaga, Bruxelles-Liège 1979).

49 Cf. M. Foucault, « Il faut défendre la société », *Cours au Collège de France (1975-1976)*, Gallimard, Paris, 1997 ; et M. Foucault, *Sécurité, Territoire, Population, Cours au Collège de France (1977-1978)*, Seuil 2004.

50 Cf. M. Foucault, *Les Anormaux, Cours au Collège de France (1974-1975)*, Gallimard, Paris, 1999.

51 J.-É. D. Esquirol (1805), *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Réédition (1980) par les soins de Marcel Gauchet & Gladys Swain, Paris, Librairie des Deux Mondes.

52 Cit. in Robert Castel, *L'Ordre psychiatrique, L'âge d'or de l'aliénisme*, 1977, op. cit.

53 Cf. P. Di Vittorio, entrées "Dégénérescence" et "Psychiatrie", in *Lexique de biopolitique. Les pouvoirs sur la vie*, op. cit.

54 Cf. P. Faugeras, *L'ombre portée de François Tosquelles*, Éditions Érés, Ramonville Saint-Agne 2007.

55 Cfr. M. Foucault, *L'Hermeneutique*

du sujet : Cours au Collège de France (1981-1982), Seuil, 28 mars 2001

56 Cfr. M. Foucault, *Technologies du soi*, sous la direction de L. H. Martin, H. Gutman e P. H. Hutton, Bollati Boringhieri, Torino 1992. Les curateurs, qui en '82 participèrent avec Foucault au séminaire qui s'est tenu à l'Université du Vermont, rappellent dans l'introduction:

«Le projet sur le soi lui fut suggéré – c'est lui-même qui nous l'a dit – par la lecture de *The Culture of Narcissism* de Christopher Lash (1978)» (*Ib.*, p. XI).

Cf. Michel Foucault, *Le courage de la vérité. Le gouvernement de soi et des autres II. Cours au Collège de France. 1984*, Gallimard, Éditions du Seuil, coll. « Hautes Etudes », 2009.

Cf. C. Lash, *La Culture du narcissisme – La vie américaine à un âge de déclin des espérances*, Climats, 2000. Cf. Pierangelo Di Vittorio, "Une autre chance pour la philosophie", in *La Quinzaine littéraire*, num. 989/2009.

57 Cfr. J. Allouch, *La psychanalyse est-elle un exercice spirituel? Réponse à M. Foucault*, EPEL, Paris 2007. Sur le radicalisme éthique chez Foucault, cf. P. Di Vittorio, "Che cos'è il radicalismo?", in AA. VV., *M. Foucault. L'Islam e la rivoluzione iraniana*, "La Rose de Personne/La Rosa di Nessuno", 1/2005.

Pour une confrontation entre Foucault et Basaglia à partir du rapport entre éthique de la transformation de soi et engagement politique, cf. M. Colucci, P. Di Vittorio, "Préface", in F. Basaglia, *Psychiatrie et démocratie. Conférences brésiliennes*, tr. de l'italien par P. Faugeras, Éditions Érés, Ramonville Saint-Agne 2007.

58 A vrai dire, il faudrait aussi ajouter à cette liste les cultures de la "spiritualité religieuse". A ce propos, cf. par exemple M. de Certeau, *La Fable mystique : XVI^e et XVII^e siècle*, Gallimard, Paris, 1982; rééd. 1995.