

3. 3. - LA FINALITE

II - LA FINITUDE

II. 1. La souffrance et la maladie

3. 3. 24.

Ce qu'on lira ci-après n'est ni une histoire de la médecine, ni une épistémologie des sciences médicales. Nous entendons seulement traiter des concepts de souffrance et de maladie et ce n'est qu'à ce titre que nous ferons des emprunts à ces deux disciplines. A cet égard, nous mettrons particulièrement en avant le grand tournant qu'aura représenté le développement de l'approche anatomo-clinique, à partir duquel le sentiment subjectif de malaise ou son absence ne suffirent plus à assurer de l'existence de la maladie. Cela ne peut toutefois être dit sans certaines précautions, que nous allons prendre ici.

De la méthode anatomo-clinique, on pourrait retenir qu'elle assura à partir du début du XIX^e siècle des capacités d'intervention et d'explication sans aucune commune mesure avec les "autres" médecines, ainsi qu'avec celle qui la précéda. Mais ce serait compter sans le relativisme dominant de notre époque. Ce n'est pas que beaucoup d'arguments ne permettent de le soutenir. Cela ne se dit tout simplement pas ! On ne valorise pas ainsi ce qui fut le propre d'une culture – occidentale en l'occurrence – comme si cette dernière était supérieure aux autres. Cela ne se fait pas. Et aussi bien entend-on fréquemment dire de nos jours que "notre" médecine n'est qu'une forme de soins parmi d'autres – la plus brutale sans doute mais pas la plus efficace. D'ailleurs, les médecines parallèles ne se sont jamais aussi bien portées.

Ainsi, sans même tenter d'excuser notre impardonnable manque de savoir-vivre idéologique, nous voudrions seulement souligner ici que l'importance donnée à la méthode anatomo-clinique s'impose dès lors qu'on s'intéresse aux idées de souffrance et de maladie, puisque c'est à partir d'elle – tournant décisif – que la médecine n'a plus fait prévaloir le point de vue du malade. A terme, les conséquences d'une telle démarche permettent de comprendre, nous le verrons, pourquoi la médecine est désormais tellement réputée "en crise".

*

Pendant que nous en sommes aux précautions, profitons-en encore pour signaler que l'on trouvera ci-après un rapprochement mené entre la médecine hippocratique et la médecine traditionnelle chinoise. Or cette manière de comprendre par assimilation est généralement jugée fautive à notre époque.

Précisons donc que ces deux médecines, qui s'étendent l'une et l'autre sur des siècles, n'ont chacune rien d'homogène. De sorte qu'il est déjà audacieux de les traiter comme des blocs si l'on s'intéresse à chacune en tant que telle. Mais aussi bien n'est-ce pas ce que nous ferons, nous contentant de les envisager par contraste ; par rapport à la méthode anatomo-clinique – toujours elle. Et sous ce jour particulier, nous serons surtout attentifs au fait que l'idée de causes corporelles de la maladie ne s'impose pas de soi. Que les options de pensée sont, ici comme en bien d'autres domaines, assez limitées. Ce qui par ailleurs conduit à souligner que c'est au prix d'une vision totalement non historique que l'on peut opposer – c'est pourtant là encore un lieu assez commun – l'homme-machine occidental à l'homme-microcosme oriental¹.

Signalons enfin que nous n'avons pratiquement pas traité ci-après de la psychologie ni de la psychiatrie – des médecines de l'âme. Celles-ci nous paraissent justifier en effet des développements particuliers qui seront menés ailleurs. Soulignons toutefois en passant que c'est la psychiatrie qui, de Charcot à Freud, eut la première sans doute à affronter le fait qu'une maladie peut être considérée comme réelle, sans pouvoir pourtant être référée à la moindre lésion organique.

*

Ces précautions étant prises, nous envisagerons successivement : A) Le concept moderne de maladie et particulièrement l'idée de contagion et de

¹ Voir par exemple M. M. Lock « L'homme-machine et l'homme-microcosme : l'approche occidentale et l'approche japonaise des soins médicaux » *Annales ESC* n° 5, septembre-octobre 1980, pp. 1116-1136.

remède ; B) La douleur ; C) La souffrance ; D) L'idée de santé et de normativité.

A) Le concept moderne de maladie

3. 3. 25.

Dans l'histoire de la médecine, un tournant majeur - le tournant majeur sans doute - eut lieu au début du XIX^e siècle avec la constitution de ce qu'on nomme la méthode "anatomo-clinique". Le concept moderne de maladie s'est formé à cette occasion². Et l'on peut dire que la médecine commença alors à ne plus être régulièrement moquée, comme auparavant par un Molière et bien d'autres – comme D'Alembert qui, l'ayant étudiée, jugeait qu'elle était la chose la plus ridicule que les hommes aient inventée, après la théologie et avec la métaphysique.

Le tournant décisif de la méthode anatomo-clinique.

Ce tournant fut annoncé au XVIII^e siècle par différents praticiens s'attachant à développer l'anatomie pathologique - le terme fut créé par Friedrich Hoffmann (1660-1742) - c'est-à-dire la localisation par autopsie des lésions pouvant être à la source des différentes maladies³.

Cette démarche n'était pas nouvelle. Au III^e siècle av. JC, déjà, le médecin alexandrin Erasistrate attribuait l'hydropisie à l'inflammation du foie et, bien plus tard, Antonio Benivieni s'était attaché à établir toutes sortes de corrélations entre les signes pathologiques que rencontrait la clinique et les lésions que révélaient les dissections (*Libellus de abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanatorium causis*, 1507⁴). On a même parlé d'une "civilisation de l'anatomie", de la fin du XIII^e siècle jusqu'au début du XIX^e siècle⁵. Aux XVI^e et XVII^e siècles, néanmoins, l'anatomie était une science à part, jugée peu utile à la guérison⁶. Les iatromécanistes l'étudiaient (voir la section précédente). Ils ne convainquirent guère. Au tournant du XVIII^e siècle, Leibniz déplorait que l'anatomie ne fasse pas nécessairement partie des études médicales. Il voulait que les Etats aident son développement et son utilisation. La systématisation d'une telle démarche

² Quant à l'histoire de la médecine, trois ouvrages peuvent être recommandés en première approche en français : J-C. Sournia *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte, 1992, P. Meyer & P. Triadou *Leçons d'histoire de la pensée médicale*, Paris, O. Jacob, 1996 & J-P. Gaudillière *La médecine et les sciences*, Paris, La Découverte, 2006.

³ Voir E. H. Ackerknecht *La médecine hospitalière à Paris*, 1958, Paris, Payot, 1986 & L. Conrad, M. Neve, V. Nutton, R. Porter & A. Near *Histoire de la lutte contre la maladie*, 1995, trad. fr. Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1999.

⁴ Florentiae, 1507.

⁵ Voir R. Mandressi *Le regard de l'anatomiste. Dissection et invention du corps en Occident*, Paris, Seuil, 2003.

⁶ Voir J. Roger Jean Fernel et les problèmes de la médecine à la Renaissance in *Pour une histoire des sciences à part entière*, Paris, A. Michel, 1995.

n'intervint ainsi que très tardivement, avec Giovanni-Battista Morgagni notamment, qui publia des *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies* (1761⁷), appuyées sur plus de six cents autopsies⁸.

Au siècle précédent, Théophile Bonnet avait déjà livré les résultats de trois mille autopsies dans son *Corps de médecine et de chirurgie* (1679⁹).

La maladie, selon cette démarche, n'était plus que l'effet d'une perturbation de l'anatomie normale, qu'il s'agissait donc de connaître avant tout. C'est là un principe que formulera clairement François Magendie (*Précis élémentaire de physiologie*, 1816¹⁰). Cela peut paraître surprenant rétrospectivement mais cette attitude que nous serions tentés de juger évidente fut révolutionnaire. Elle correspondit à une conversion totale du regard médical, déjà engagée par le développement de la clinique.

Le développement de la clinique.

Pour soulager les malades, il convient avant tout de déterminer leur mal !, aimait dire Thomas Sydenham (1624-1689). Ainsi, avant de vouloir guérir, il faut minutieusement observer les patients. Il faut être à leur chevet. A l'hôpital de Leyde, au siècle suivant, Hermann Boerhaave disposait de douze lits pour enseigner la médecine et, à Paris, le chirurgien Pierre-Joseph Desault (1738-1795) emmenait ses élèves en de longues visites didactiques¹¹. Louis Desbois de Rochefort (1750-1786) fut le premier à organiser un enseignement clinique à Paris. Il eut notamment pour élève Jean Corvisart (1755-1821), le médecin de Bonaparte. Se développa ainsi ce qu'on nommait alors la "médecine d'observation" - ce que nous appelons la "clinique", c'est-à-dire littéralement la médecine qui se fait au chevet du malade - qu'en France le pouvoir révolutionnaire imposa aux hôpitaux de développer ; ceux-ci devenant dès lors autant de lieux incontournables d'apprentissage. Vers 1793, toute la médecine, pensait-on, devait être fondée sur la clinique. Médecins et chirurgiens ne formèrent plus qu'un seul corps.

Cependant, que la médecine doit être faite au chevet du malade a été le mot d'ordre de pratiquement toutes les révolutions médicales, souligne Michel Foucault, de sorte que

⁷ trad. fr. en 3 volumes, Paris, 1837-1838.

⁸ Voir G. B. Risse *La synthèse entre l'anatomie et la clinique* in M. D. Grmek (Dir.) *Histoire de la pensée médicale en Occident*, 5 volumes, Paris, Seuil, 1997-1999, II.

⁹ Genève, J. A. Chouët, 1679.

¹⁰ 2 volumes, Paris, Méquignon-Marnis, 1816-1817.

¹¹ Voir T. Gelfand *Professionalizing modern medicine. Paris surgeons and medical science and institutions in the 18th century*, Westport, Greenwood Press, 1980.

le développement de la clinique ne suffit pas à rendre compte de la mutation du regard médical qui poussa à la systématisation de la méthode anatomo-clinique (*Naissance de la clinique*, 1963¹²).

Encore moins suffit-il de dire, souligne Foucault, que la médecine stagna pendant des siècles du fait de l'interdiction que l'Eglise faisait peser sur les dissections de cadavres et se développa d'un seul coup ensuite, une fois l'interdit levé¹³.

Les premières dissections.

Elles furent pratiquées en Europe dès la fin du XIII^e siècle ; les premières à Bologne, semble-t-il, en 1281 (en Italie la première autopsie légale aura lieu en 1302) et en France en 1340 à Montpellier. On les tolérait généralement, quoique les autorités publiques et religieuses les aient souvent condamnées – mais à Montpellier, en 1340, c'est sur ordre du pape Clément VI que l'on autopsia des pestiférés.

Officiellement, l'Eglise n'interdisait que de faire bouillir les cadavres pour obtenir leur squelette depuis la bulle *De sepulturis* de Boniface VIII (1299). C'était là surtout une pratique funéraire qui concernait les rois et les saints depuis le XI^e siècle, dont les membres pouvaient ainsi être débités en reliques - saint Louis, par exemple, mort à Tunis, fut découpé en morceaux, bouilli dans du vin et de l'eau et son squelette apporté à Saint-Denis dans une chasse d'argent. Le caractère idolâtre d'une telle pratique expliquerait la réaction de l'Eglise (qui n'hésitait pourtant pas elle-même à éparpiller les reliques des saints) et non une opposition forte contre l'ouverture des cadavres.

De fait, l'Antiquité avait connu des interdits sociaux finalement beaucoup plus forts vis-à-vis des dissections, lesquelles ne se pratiquèrent guère qu'à Alexandrie et guère au-delà du III^e siècle ap. JC. Galien préférait disséquer des singes et le Moyen Age, après lui, des porcs. De tels interdits trouvaient d'ailleurs à être confortés par le fait que les dissections provoquaient assez couramment la mort par infection de ceux qui s'y livraient.

Un intérêt anatomique nouveau.

Fort peu d'ouvrages d'anatomie furent issus des premières dissections publiques - en 1316, à Bologne, Mondino dei Luzzi publia ainsi une *Anathomia*¹⁴ - et encore moins de bénéfices réels pour les pratiques chirurgicales. Force est donc d'invoquer un réel manque d'intérêt pour l'anatomie de la part des médecines traditionnelles. Cela est particulièrement

¹² Paris, Quadrige PUF, 1963.

¹³ Voir également P. Castan *Naissance de la dissection anatomique*, Montpellier, Sauramps, 1985, p. 39.

¹⁴ Voir E. Wickersheimer *Anatomies de Mondino dei Luzzi et de Guido de Vigevano*, Paris, Droz, 1926.

le cas, en effet, de la médecine hippocratique ou de la médecine chinoise par exemple, nous y reviendrons.

En Occident, on ne fait généralement pas remonter l'intérêt anatomique avant la *Fabrique du corps humain* (1543¹⁵) d'André Vésale, lequel sera le premier à corriger, d'après nature, certaines erreurs de Galien transmises depuis des siècles¹⁶. Cela ne fut pas accepté sans mal : il fallut que Charles Quint fasse ouvrir un débat à l'Université de Salamanque, où les idées de Vésale s'imposèrent et, avec elles, la reconnaissance du bien-fondé des autopsies. De sorte que c'est devenu un lieu commun de souligner que la même année 1543, Copernic présenta sa nouvelle image de l'univers et Vésale une nouvelle vision du corps humain.

Mais ce n'est qu'au début du XIX^e siècle que le regard médical, devenant véritablement analytique, voudra reconstituer la genèse exacte, c'est-à-dire anatomique, des maladies.

*

Le développement de la méthode anatomo-clinique fut une révolution scientifique considérable, qui n'apporta cependant que peu de bouleversements immédiats.

Compte tenu de son importance dans l'histoire de la médecine et dans l'histoire tout court, puisqu'il rendit possible une médecine réellement scientifique, il est tentant de *dramatiser* le tournant que représente le développement de la méthode anatomo-clinique. De le présenter comme une rupture radicale que rien ou presque n'annonçait. C'est là une tentation à laquelle cède notamment M. Foucault (*op. cit.*), qui explique par ailleurs qu'au XVIII^e siècle le développement de la nosologie, la classification des maladies, aura préparé de manière décisive celui de l'approche anatomo-clinique.

Pourtant, si la Révolution française accéléra de manière décisive la diffusion des nouvelles idées en une période de remise en cause des institutions traditionnelles, le tournant ne fut nullement brutal ni dans l'apparition de la méthode anatomo-clinique, ni surtout dans sa généralisation ou dans la compréhension de ses fondements. Nombre de ses principaux promoteurs se réclamaient encore d'Hippocrate et n'avaient guère une claire conscience de ce qu'ils étaient en train de faire - de sorte que l'hippocratisme continuera à marquer les esprits jusqu'aux dernières décennies du XIX^e siècle¹⁷. Ce fut là une

¹⁵ Basilae, per J. Oporinum, 1543.

¹⁶ Voir le passionnant ouvrage de P. Delaunay *La zoologie au XVI^e siècle*, Paris, Hermann, 1962.

¹⁷ Voir par exemple L. Noirot *L'art d'être malade*, Dijon, Lamarche, 1871.

révolution sans véritables maîtres à penser, sinon relativement tardifs, comme François Magendie (1783-1855). Sans doute, parce que la nouvelle approche n'augmenta immédiatement guère les capacités courantes de soin et d'intervention – on a parlé de “nihilisme thérapeutique” chez ses principaux promoteurs. Face aux recours traditionnels, la médecine scientifique ne s'imposa ni immédiatement, ni facilement¹⁸. D'ailleurs, significativement, les promoteurs de cette avancée décisive dans l'histoire des sciences sont tombés dans un oubli public assez complet - sauf en France, peut-être, où les noms de François-Xavier Bichat, de Théophile-René Laennec ou de François Broussais ont souvent été donnés à de grands hôpitaux.

Ce qui conditionna ce tournant, selon Michel Foucault, fut l'intérêt pour la nosologie¹⁹, l'adoption d'un "regard de jardinier" s'attachant à fixer l'essence des différentes maladies derrière la diversité des symptômes. Au XVIII^e siècle, note Foucault, chaque maladie devra pouvoir être rangée dans un tableau au vu de quelques signes portant chacun un certain coefficient de certitude à partir duquel un diagnostic peut être établi.

Les essais de nosologie apparurent, à l'imitation de l'œuvre de Carl von Linné (voir 3. 2. I.), avec François-Xavier Boissier de Sauvages (*Nosologie méthodique*, 1770²⁰), Johann Baptist Sagar (*Systema morborum*, 1776²¹) ou William Cullen (*Institutions de médecine pratique*, 1777-1784, traduites en français par Pinel en 1785²²). Linné lui-même s'y essaiera (*Genera morborum*, 1763²³).

"L'être du signifié doit être tout entier épuisé dans la syntaxe du signifiant", écrit Foucault. Tel fut, selon lui, le mot d'ordre de la nouvelle médecine. La médecine moderne est née de s'inspirer des méthodes de classification développées par l'histoire naturelle (voir 3. 2. 4.), à l'âge où la science, concevait-on, se devait avant tout d'être une langue bien faite - et Foucault de souligner l'influence de Condillac à cet égard (voir 1. 6. 23.)²⁴.

Une telle explication est cependant assez discutable et relève pratiquement du contre-sens historique. Car la méthode anatomo-clinique conduira précisément à rejeter "l'histoire naturelle" en médecine, c'est-à-dire la mise en tableau des maladies, selon la

¹⁸ Voir J. Léonard *Médecins, maladie et société dans la France du XIX^e siècle*, Paris, Sciences en situation, 1992, *Soigner, c'est pouvoir ?*

¹⁹ Nosologie = étude des caractères distinctifs des maladies (*nosos* en grec) en vue de leur classification.

²⁰ 10 volumes, Lyon, J-M. Bruyset, 1772.

²¹ Viennae, J. P. Kraus, 1776.

²² 2 volumes, Paris, Duplain, 1785.

²³ trad. fr. in Boissier de Sauvages, *op. cit.*

²⁴ Sur ce point, voir également G. Rosen "The philosophy of Ideology and the Emergence of Modern Medicine in France" *Bulletin of the history of medicine* 20, 1946, pp. 36-50.

démarche qui inspire encore la *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine* (1798²⁵) de Philippe Pinel, rapidement délaissée²⁶.

Certes, dans la tradition hippocratique - qui demeurera assez largement dominante jusqu'à la fin du XVIII^e siècle - on observait davantage le malade que la maladie. Chaque patient faisait son mal²⁷. De là le fameux adage : "il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades". Pourtant, la mise en tableaux des maladies n'allait pas fondamentalement à l'encontre d'une telle approche.

Il n'y avait aucune contradiction entre la tradition hippocratique d'observation concrète des troubles des malades, dont un Pinel n'hésitait pas à se réclamer et la considération des maladies comme autant d'essences pouvant être classées - Broussais traitait Pinel "d'ontologiste" - car les deux approches, finalement, se contentaient toutes deux de collectionner les symptômes, sans tenter d'en rendre compte de manière causale. Tenter de fixer, dans une classification, les maladies comme autant d'essences distinctes ne permettait guère, en d'autres termes, de rompre avec le seul plan d'observation des symptômes pour sonder leurs causes - comme y invita en revanche la méthode anatomo-clinique.

L'approche classificatoire refusait encore d'interroger l'être même de la maladie comme dysfonctionnement pour ne s'intéresser qu'au mal, saisi dans ses manifestations. Tandis que selon la démarche anatomo-clinique, les symptômes durent - là fut toute la nouveauté - être expliqués par leur mise en correspondance avec des lésions précises²⁸. Les signes, très loin de s'épuiser dans "la syntaxe du signifiant", comme dit Foucault, n'avaient de sens qu'au titre d'une consécution causale. De sorte qu'au rangement des maladies par classes, force fut de préférer les tableaux cliniques fondés sur l'observation de lésions, dès lors que l'on était conduit à constater la diversité de symptômes associés à une même lésion ainsi que, réciproquement, la multiplicité de lésions tout à fait distinctes susceptibles de rendre compte d'un même symptôme. La toux, par exemple, peut être provoquée par une inflammation catarrhale, une atteinte chronique du rhino-pharynx, par des compressions nerveuses d'origine tumorales, etc. L'explication des fièvres illustre particulièrement cette différence d'approche entre classification et explication.

²⁵ 2 volumes, Paris, Maradan, an VI.

²⁶ Sur ce point, voir particulièrement F. Dagognet *Le catalogue de la vie*, Paris, PUF, 1970, chap. III, notamment sur la différence d'approche entre Bichat et Pinel, p. 156 et sq.

²⁷ Voir N. D. Jewson "The disparition of the sickman from medical cosmology" *Sociology* 10 n°2, 1976, pp. 225-244.

Application du modèle lésionnel à l'explication des fièvres.

Philippe Pinel décrivait un grand nombre de fièvres selon les symptômes les plus variés auxquels elles sont associées mais sans indiquer leur processus infectieux et en se contentant de les référer à différentes affections organiques. Il se contentait encore de classer les fièvres et au fond, depuis Hippocrate, la médecine n'avait jamais rien fait d'autre.

Au XVIII^e siècle, la fièvre était considérée comme une réaction salutaire du corps pour se débarrasser par exsudation de la substance morbificifère. C'est que la fièvre correspond à un surcroît de chaleur. Or, longtemps, la chaleur fut assimilée à la vie. Toutes les fièvres étaient ainsi rapportées à un seul et même processus d'inflammation se diversifiant en fonction des tissus²⁹. De là, il fallait s'efforcer de reconnaître leurs différentes variétés essentiellement classées, depuis Hippocrate, selon le nombre de jours intervenant entre leurs accès paroxystiques (on parlait de fièvres "doubles", "quartes", "mixtes", etc.)³⁰. C'était là en effet le seul recours pour les identifier, alors même qu'on ne savait encore guère mesurer la température du corps. On concevait ainsi que les symptômes fiévreux puissent être fort divers tout en rapportant les fièvres à une même réaction si évidemment vitale qu'elle n'attendait guère d'être plus précisément expliquée. Si certaines fièvres étaient reconnues accompagner des maladies localisées, en effet, les plus graves, dites "essentiels", passaient pour ne reposer sur aucune lésion décelable. On comprend ainsi quel défi les fièvres pouvaient représenter pour l'approche anatomo-clinique, dont l'explication de la fièvre typhoïde sera l'un des plus éclatants succès. De fait, Pierre Bretonneau (1778-1862) rattachera à la "dothiéntérisme" des manifestations pathologiques très diverses : angine, taches cutanées roses, péritonite, etc., tout en décrivant la lésion qui en est l'origine : des plaques sur la muqueuse de l'intestin. Bretonneau, qui "réduira" encore de la même façon la diphtérie, parlait de "spécificité" à propos des maladies qu'il identifiait : une maladie est "spécifique" dès lors qu'on peut lui assigner une cause, c'est-à-dire un "principe contagieux", un agent reproducteur propre. Un simple effet ou signe, en revanche, ne pouvait suffire. Peut-être est-ce cela qui explique que l'analyse des fièvres fut assez peu liée à la prise de température, laquelle ne se développa qu'assez tardivement avec la nouvelle clinique.

²⁸ Voir par exemple Gaspard-Laurent Bayle *Considérations sur la nosologie*, Paris, 4 ventôses an 10 (1802).

²⁹ Voir notamment James C. Smyth *Of the different Kinds or Species of Inflammation and the causes to which those differencies may be ascribed*, 1788 ; trad. fr. (extraits) in O. Keel *La généalogie de l'histopathologie, une révision déchirante*, Paris, Vrin, 1979.

³⁰ Voir par exemple Jean-Charles de Grimaud *Cours complet ou Traité des fièvres*, 2 volumes, Montpellier,

Des instruments de thermométrie existaient depuis la fin du XVII^e siècle mais leur emploi ne se généralisa qu'à partir de 1850-1870, d'abord en Allemagne, où Carl Wunderlich publia notamment un *De la température dans les maladies* (1868³¹). Il semble que cela correspondit d'abord à la nécessité de définir, avec la température corporelle, un critère simple et objectif quant à l'admission et à la sortie des malades dans un contexte où l'hospitalisation était prise en charge par caisses d'assurance et mutuelles ouvrières³². Ce n'est qu'à partir de 1880, que le thermomètre devint d'un usage courant dans les foyers.

*

L'invention du stéthoscope.

Au bout de la logique anatomo-clinique, remonter aux causes de la maladie devait permettre d'en repérer de nombreux symptômes nouveaux - jusqu'ici peut-être insoupçonnés car peu apparents. Le signe de la maladie pourrait désormais n'avoir aucune extension symptomatique apparente et pas davantage de rapport évident avec la lésion réelle. Il pourrait être pratiquement imperceptible, sauf au médecin qui saurait le dénicher. Laennec, ainsi, en 1816 et pour ausculter une patiente un peu forte, inventa le stéthoscope (*De l'auscultation médiate*, 1819³³). D'une certaine façon, cela signifiait la fin de la clinique³⁴. Le ressenti du malade n'est pas un guide suffisamment sûr pour diagnostiquer la maladie.

Corvisart avait traduit l'ouvrage d'un médecin viennois, Leopold von Auenbrügger (*Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies de la poitrine par la percussion de cette cavité*, 1761³⁵), développant une méthode de percussions thoraciques dont Laennec s'inspira et qui visait à ausculter le cœur et à détecter des changements pathologiques. Les médecins hippocratiques pratiquaient déjà, eux-aussi, une sorte d'auscultation immédiate dans le cas d'affections pulmonaires. Ils secouaient le malade et écoutaient, l'oreille collée contre sa poitrine, les bruits "de vinaigre", "de cuir neuf", etc. Mais cette pratique avait été oubliée. Celle du stéthoscope mettra des décennies à se développer³⁶.

3. 3. 26.

Les découvertes pastoriennes parachèvent la méthode anatomo-clinique.

Au total, il manquait encore à la méthode anatomo-clinique une théorie générale de la morbidité, c'est-à-dire la possibilité de rapporter les lésions elles-mêmes à des agents pathogènes. Possibilité qu'apporteront tout à la fois le développement de la méthode

Tournel, 1791.

³¹ trad. fr. Paris, F. Savy, 1872.

³² Voir V. Hess *Der Wohltemperierte Mensch*, Frankfurt, Campus Verlag, 2000.

³³ 2 volumes, Paris, J-A. Brosson & J-S. Chaudé, 1819. Voir F. Dagognet *op. cit.*, p. 160 et sq.

³⁴ Voir collectif *La mort de la clinique ?* Paris, PUF, 2009.

³⁵ trad. fr. Paris, imp. de Migneret, 1808.

³⁶ Voir Dr G. Galérant *Médecine de campagne. De la Révolution à la Belle Epoque*, Paris, Plon, 1988.

expérimentale en médecine – Claude Bernard allant même à cet égard jusqu’à rejeter la clinique, encore suspecte d’ontologiser les maladies, pour réclamer des expériences et non des observations³⁷, la maladie ne pouvant être dépouillé de son épaisseur qu’au laboratoire (*Introduction à l’étude de la médecine expérimentale*, 1865³⁸) - et surtout la découverte du monde microbien par Louis Pasteur.

A la suite de ce dernier, Joseph Lister, en Angleterre, développa l’antisepsie chirurgicale et l’on reconnut bientôt, l’un après l’autre, les germes de maladies déterminées. On découvrait partout des « microbes » ; tous, de manière étonnante, n’exerçant pas partout les mêmes effets, comme le bacille de la typhoïde découvert en 1895 chez de nombreux militaires n’ayant pourtant aucunement développé la maladie.

Robert Koch, célèbre ainsi pour avoir découvert et avoir donné son nom au bacille de la tuberculose, unifiant en un seul trouble le tableau clinique varié de cette maladie (1882), Koch classera les bactéries par espèces, faisant correspondre à chacune un phénomène pathologique particulier.

L’idée de contagion.

L’idée de contagion n’a sans doute pas été étudiée comme elle le mériterait. Comme l’approche anatomique ou la clinique, l’idée de contagion représente en effet un concept déterminant, au nom duquel une révolution médicale s’enclencha, alors même qu’il s’agissait finalement d’une vieille idée. Doté d’un impact psychologique particulièrement puissant, c’est par ailleurs l’un des rares concepts médicaux que la pensée populaire se soit approprié.

Une vieille idée, qui se heurta longtemps à de vives oppositions.

Quand la découverte du monde microbien imposa de considérer les risques de contagion, on ne peut dire qu’il s’agissait là d’une idée nouvelle. Elle apparaît déjà en Mésopotamie³⁹. Avicenne parlait de contamination par de petits organismes dans l’air et l’eau. Ibn al-Khatib (1313-1374) en parlait à propos de la peste et, dès 1337, la mise en quarantaine s’était répandue dans les ports d’Italie. En 1346, le Khan mongol Djanibek assiégeant le comptoir génois de Caffa (Crimée) fit projeter dans la ville les cadavres infectés d’un mal qui décimait son armée. La ville ne se rendit pas mais les rescapés du siège apportèrent la peste noire en Europe.

³⁷ Contre lui, des zoologistes soutiendront que leurs observations, loin de ne faire d’eux que des contemplateurs passifs, ne sont pas différentes des expérimentations que Bernard pouvait mener. Voir L. Loison *Controverses sur la méthode dans les sciences du vivant : physiologie, zoologie, botanique (1865-1931)* in F. Duchesneau et al. (dir) *Claude Bernard : la méthode de la physiologie*, Paris, Ed. Rue d’Ulm, 2013.

³⁸ Paris, Champs Flammarion, 1984.

³⁹ Voir J. Bottéro *Mésopotamie. L’écriture, la raison et les dieux*, Gallimard, 1987, p. 260.

Lors de cette grande peste de 1348, qui décima l'Europe, les populations semblent avoir assez clairement perçu les risques de contamination par contact⁴⁰ - on se mit à parler des "semences" et des "restes" de la maladie. Certains pensaient même que la « peste » (terme qui s'appliquait alors à différentes épidémies) pouvait se transmettre par un simple regard. Les testaments se dictaient à distance, du haut des étages. Et les villes étaient ceinturées par la troupe, parfois, pour que leurs habitants ne puissent s'en échapper. Lors d'une terrible épidémie de coqueluche à Paris en août 1510 à Paris, les foyers atteints durent mettre des gerbes de paille à leurs fenêtres pour se signaler. En 1515, on prévoira d'isoler les malades en cas de maladie mais les autorités municipales et médicales s'y opposèrent⁴¹. Au début du XVIII^e, le concept d'incubation fit même son apparition avec Carlo Francesco Cogrossi (*Nuova Idea del male contagioso de bovi*, 1714⁴²), marquant que même des individus bien portants peuvent propager la maladie ; un concept que l'on retrouvera dans le récit de la peste de Londres de 1665 de Daniel Defoe (*Journal de l'année de la peste*, 1722⁴³).

Peu à peu, l'idée qu'une contagion intervient à travers des germes invisibles se dégagea. Dès 1382, Raimondo Chalin de Vinario, professeur à l'Université de Montpellier, désignait la contagion à l'origine de la transmission de la peste. Girolamo Fracastoro parlait de germes transmissibles, de "microbes" (ou « petite vie », le terme ne réapparut en français qu'en 1878, avec le disciple de Pasteur Charles Sédillot) ou "contages", petites choses vivantes et invisibles, à propos de la phtisie, de la lèpre, de la peste et surtout de la syphilis, dont il forgea le nom et contre laquelle il prescrivait de la poudre de licorne (*De contagione et contagionis morbis*, 1546⁴⁴). A son tour, Agostino Bassi (1773-1856), étudiant une maladie des vers à soie, la muscardine, émit l'hypothèse d'une contagion à travers des germes. En 1834, Jean Hameau suggérait de reconnaître que les maladies virulentes ont quelque principe de vie qui en explique l'apparition, puisqu'elles agissent comme des insectes parasites (*Etudes sur les virus*⁴⁵). Dans les hôpitaux, les pratiques de désinfection commençaient à se répandre⁴⁶. Ignac Semmelweis (1818-1865) avait découvert que, médecin accoucheur, il était lui-même le porteur des infections mortelles qu'il voyait frapper sous ses yeux les nouveau-nés⁴⁷. Il retrouva ainsi un usage que les médecins de l'Egypte antique, déjà, s'imposaient : se laver les mains !

La médecine officielle, cependant, s'opposait encore fermement à l'idée de contagion, surtout à Paris. L'épidémie de choléra de 1832 vit ainsi s'opposer les "contagionnistes", affirmant qu'il se transmet par contact, aux "infectionnistes" selon lesquels il était porté par l'insalubrité (les deux ayant raison en l'occurrence). La tuberculose, déclarée maladie contagieuse en Italie

⁴⁰ Voir J. Delumeau *La peur en Occident*, Paris, Pluriel Fayard, 1978, p. 145 et sq.

⁴¹ Cité par B. Geremek *La potence ou la pitié*, 1978, trad. fr. Paris, Gallimard, 1987, pp. 166-167.

⁴² Nous n'avons pu consulter cette référence.

⁴³ trad. fr. Paris, Gallimard, 1982.

⁴⁴ Lugduni, apud Guilmum Gazelum, 1554.

⁴⁵ Cité in R. Taton (Dir) *Histoire générale des sciences*, 1961, 4 volumes, Paris, Quadrige PUF, 1995, La Science contemporaine 1, p. 574.

⁴⁶ Voir C. Lawrence *Practising on principle: Joseph Lister and the germ theory of diseases* in C. Lawrence (dir) *Medical theory, surgical practice*, London, Routledge, 1992.

dès le début du XIX^e siècle, ne le sera qu'en 1889 en France. Un Laennec, qu'elle emporta, se refusait à la croire transmissible. La syphilis n'est pas contagieuse, affirmait de même l'expert national de cette maladie Philippe Ricord dans son *Traité pratique des maladies vénériennes* (1838⁴⁸).

Au total, on ne peut dire que l'idée de contagion resta ignorée tant que n'intervint pas la découverte pastorienne du rôle pathogène des agents microbiens. Car ce rôle, nous venons de le voir, put être imaginé bien avant sa mesure réelle. De là, selon une vision assez classique de l'histoire des sciences, on pourrait être tenté de rechercher quels obstacles ont pu s'opposer à la généralisation de l'idée de contagion avant Pasteur, quoique *l'idée de contagion microbienne ne paraisse en fait pas du tout superposable à celle qui lui était antérieure, tout en suivant pourtant un même schéma d'ensemble.*

La même idée de contagion a pu correspondre à deux visions très différentes de la maladie.

Au bout de la logique du modèle lésionnel, l'idée de contagion microbienne affirmait avec Pasteur qu'il n'est pas de maladie en soi mais correspondant aux dommages causés par une lésion. La maladie n'est donc pas une nature mais le résultat d'une action exogène sur l'organisme. Or l'idée antérieure de contagion par contact paraît avoir été tout à fait opposée à une telle vision, dans la mesure où elle commandait de se protéger seulement de ce qui, de toute évidence, portait le mal en soi ou entretenait quelque rapport, même symbolique, avec lui. Dans le premier cas, la maladie est un effet, celui d'une action sur l'organisme. Elle est une réaction de ce dernier. Dans le second cas, la maladie est une entité individualisée avec laquelle il faut éviter d'avoir contact pour empêcher le mal de s'installer en nous. Certes, dans les deux cas, il s'agit d'éviter le contact avec un agent exogène – le schéma est globalement le même. Mais dans le premier cas, la maladie est une réaction, un processus ; tandis qu'elle existe déjà dans le microbe dans le second cas. Les perspectives thérapeutiques et prophylactiques ne sont donc pas du tout les mêmes puisque si la maladie est une réaction, il s'agit de comprendre comment l'organisme peut lutter contre sa propre infection et non seulement, selon la seconde perspective, de se protéger de tout contact avec l'agent pathogène – attitude qui s'opposa d'abord à la vaccination.

Entrant facilement en coïncidence avec un mode de pensée traditionnel assez largement fondé sur la notion d'interdits, qu'inquiètent souillures et mélanges et qui répond à nombre d'impératifs de séparation et d'isolement (voir 1. 8.), on voyait traditionnellement dans la maladie un être dont il convenait d'éviter la fréquentation pour ne pas avoir à l'héberger. Sauf s'il paraissait de sage politique de lui laisser la porte entrebâillée ; de lui ménager une place à table, en quelque sorte, pour éviter qu'il ne s'irrite. Sachant qu'on n'attrapait une maladie comme la variole qu'une seule fois dans sa vie, il pouvait paraître sage de la provoquer à une faible intensité tandis qu'on était en pleine santé. Cette dernière considération, en effet, ainsi que la notion magique d'action par contiguïté (voir 1. 6. 3.) sont sans doute à l'origine de

⁴⁷ Voir particulièrement C. Hempel *Eléments d'épistémologie*, 1966, trad. fr. Paris, Colin, 1972, p. 5 et sq.

⁴⁸ Paris, J. Rouvier & E. Le Bouvier, 1838.

différentes pratiques d'inoculation de pustules, attestées de la Chine à l'Europe, en passant par le Moyen-Orient et l'Afrique, pour lutter notamment contre la variole.

*

L'inoculation.

Depuis fort longtemps, on avait remarqué que l'exposition, jeune, à une forme bénigne de la maladie en prémunissait à l'âge adulte - au milieu du XIX^e siècle, ainsi, le médecin Joseph-Alexandre Auzias-Turenne suggéra une syphilisation générale de la population française et des enfants en particulier. On prouva qu'une telle inoculation du mal ne procure pas une véritable immunité et le projet fut délaissé. Pasteur en retint néanmoins l'idée de vacciner de manière systématique dès l'enfance pour lutter contre des maladies paraissant inévitables.

A partir du XV^e siècle, en Chine, apparaissent des techniques de « variolisation ». Elle consiste à utiliser des croûtes de lésions varioleuses que l'on fait inhaler aux sujets à protéger, ou à leur faire porter des vêtements de malades.

Les pratiques d'inoculation n'étaient pas sans risques car administrer à des sujets sains des croûtes ou du pus prélevés sur des malades pouvait provoquer la mort des premiers. Il semble que la maladie survenait, en moyenne, une fois sur deux cents variolisations, avec une mortalité de 20% - ce qui était toutefois très loin du fléau que pouvait représenter une épidémie, au cours de laquelle 60% de la population pouvait contracter la maladie et 20% en mourir. Cependant, les sujets variolisés étaient contagieux pendant une à trois semaines, alors même qu'ils étaient exempts de la maladie.

Quand l'inoculation contre la variole ou "petite vérole" se développa en Europe au XVIII^e siècle (on dit que Lady Montagu, la femme du Consul anglais en Turquie la fit connaître), elle suscita de vives discussions, notamment religieuses (n'était-ce pas défier les décrets de la Providence ?)⁴⁹. Voltaire et les Encyclopédistes soutenaient l'inoculation (*Encyclopédie*, 1751-1765, art Inoculation⁵⁰), ainsi que Rousseau. En 1756, le docteur Théodore Tronchin inoculait les enfants de la maison d'Orléans – mais, plus tardivement, se demandant si la vaccination est permise, Kant ne concluait pas (*Métaphysique des mœurs. Doctrine de la vertu*, 1796, II, §6⁵¹).

A l'époque, la variole était la principale cause de mortalité en Europe (et ceux qui n'en mourraient pas en restaient souvent défigurés), frappant, principalement les enfants en bas âge, à travers de vives épidémies (1723, 1731, 1762). On comprend donc l'intérêt avec lequel fut accueillie la nouvelle pratique. En juin 1763, le Parlement interdisait provisoirement l'inoculation, ordonnant une enquête et posant la question de savoir s'il était permis de provoquer une maladie qu'on pourrait ne pas avoir. Pour la première fois, on s'efforça de

⁴⁹ Voir J-F. de Raymond *La Querelle de l'inoculation*, Paris, Vrin, 1982. Voir également G. Miller *The Adoption of Inoculation for Smallpox in England and France*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1957 & C. Seth *Les rois aussi en mouraient. Les Lumières en lutte contre la petite vérole*, Paris, Desjonquères, 2008.

⁵⁰ Reprint en 35 volumes, Stuttgart-Bad Cannstatt, F. Frommann Verlag, 1988.

⁵¹ *Œuvres philosophiques III*, trad. fr. Paris, Pléiade Gallimard, 1986.

répondre à une question d'hygiène publique en termes d'observations d'abord expérimentales - en Angleterre, l'inoculation fut appliquée à des condamnés à mort par ordre royal - puis quantitatives et statistiques : ainsi des rapports présentés à l'Académie des Sciences de 1754 à 1765 par Charles-Marie de La Condamine⁵². Montrant que les risques mortels liés à l'inoculation (1 sur 300) sont statistiquement inférieurs au nombre d'adultes utiles ainsi épargnés, Jacques Bernoulli en conclura qu'il est géométriquement vrai que l'intérêt des Princes est de la favoriser (*Essai d'une nouvelle analyse de la mortalité causée par la petite vérole et des avantages de l'inoculation pour la prévenir*, 1760⁵³). Au total, Voltaire put se féliciter qu'en l'occurrence le politique n'ait pas hésité à s'affranchir des dogmes religieux, dans la XI^e de ses *Lettres philosophiques* (1734⁵⁴). Ce n'est qu'en 1800, néanmoins, que la vaccination antivariolique fut introduite en France - après que le gouvernement révolutionnaire ait demandé l'établissement d'une clinique d'inoculation⁵⁵ - puis dans le reste de l'Europe. Bonaparte lança une campagne de vaccination massive mais non obligatoire, à laquelle l'Eglise apporta son soutien. Kant, néanmoins, s'y opposa. En 1840, la variolisation fut interdite en Angleterre et la vaccination encouragée.

On retint alors la méthode proposée par Edward Jenner (1798). Ce dernier avait en effet appris que les vachers ayant contracté auprès des bovins une maladie bénigne, la vaccine, résistaient aux épidémies de variole. Il proposa donc de vacciner les populations, c'est-à-dire de leur inoculer de l'exsudat des lésions de la vaccine, lequel n'était pas létal pour l'homme. A partir de là, un Comité de vaccine organisa une vaccination de masse de la population française – non sans s'arranger de manière commode des risques subsistants et non sans dissimuler l'ignorance à leur égard⁵⁶.

La reconnaissance - générale à l'époque - d'une irritabilité propre aux tissus (voir 3. 1. 13. & ci-dessus) avait changé la vision du corps. Doué désormais de réactions physiques autonomes, ce dernier passait pour capable de résister aux agressions externes pour peu que ses défenses soient régulièrement sollicitées. Sa stimulation devint une nécessité et ceux qui défendaient l'inoculation plaidaient également volontiers pour les bains d'eau froide en matière d'hygiène corporelle, ainsi que pour l'exercice physique⁵⁷. Contre les "vapeurs", cet alanguissement qui frappa la société mondaine du XVIII^e siècle, provoquant des pâmoisons pour des riens, Tronchin recommandait de courir, de bêcher son jardin⁵⁸. La crainte de laisser entrer la maladie put être surmontée ainsi, dès lors qu'on s'était convaincu des capacités de défense du corps et de la possibilité de les renforcer.

⁵² *Mémoires pour servir à l'histoire de l'inoculation de la petite vérole*, Paris, Imprimerie royale, 1768. Voir J-B. Fressoz « Petite histoire philosophique du risque et de l'expertise à propos de l'inoculation et de la vaccine, 1750-1850 in S. Topçu (dir) *Savoirs en débat*, Paris, L'Harmattan, 2008.

⁵³ Voir H. Le Bras *Naissance de la mortalité*, Paris, Gallimard/Le Seuil, 2000, p. 335 et sq.

⁵⁴ Paris, Garnier Flammarion, 1964.

⁵⁵ Voir le *Rapport* qu'en établirent P. Pinel et J-J. Leroux (Ecole de médecine de Paris, an VII).

⁵⁶ Voir J-B. Fressoz « Le prix de la révolution industrielle et médicale » *Pour la science* n° 387, janvier 2010, pp. 80-83.

⁵⁷ Voir G. Vigarello *Le propre et le sale*, Paris, Seuil, 1985, p. 140 et sq.

⁵⁸ Voir également S. A. Tissot *Essai sur les maladies des gens du monde*, Lausanne, Grasset, 1771 & C. J. Tissot - qui fut le secrétaire de Tronchin - *Gymnastique médicale*, Paris, Bastien, 1780.

Ce fut ici encore une révolution dans les pratiques médicales, qui n'introduisit pourtant guère de bouleversements immédiats, notamment quant aux conceptions de la maladie. Nous comprenons que la vaccination permet de lutter contre la contagion. Mais ce rapport, personne avant Pasteur ne sut vraiment l'établir.

Le succès ambigu des découvertes pastoriennes.

Traditionnellement, on "n'attrapait" pas une maladie, sauf lorsque celle-ci se faisait envahissante, comme lors d'une épidémie. Car, encore une fois, la maladie ne caractérisait pas un état du corps mais existait de soi. Les maux passaient pour héréditaires et l'on ne se croyait guère exposé à ce que ses parents n'avaient pas connu (sentiment qui est loin d'avoir disparu). Certes, les grandes épidémies obligèrent à reconsidérer en partie ce principe - de là l'inévitable idée de contagion. Mais, au XIX^e siècle encore, l'adage commun demeurait que le mal est en nous, de nous et par nous⁵⁹. Contre Pasteur et contre la vaccination, Antoine Béchamp soutenait que la maladie ne tient pas à un « germe » mais dépend du « terrain » que le corps offre ou oppose à ce dernier. Il paraît donc étonnant que, radicalement nouvelles, les idées pastoriennes se soient si rapidement répandues.

On fait souvent de Pasteur un "martyr" de la science, en butte à l'opposition de médecins hostiles aux idées nouvelles. Cette opposition fut bien réelle – en 1880 se forma une virulente Ligue universelle contre la vaccination. Pourtant, comme le souligne un historien, les pastoriens accédèrent très vite aux positions les plus prestigieuses et ce qui frappe n'est pas le temps que Pasteur mit à convaincre mais au contraire la rapidité avec laquelle les hygiénistes s'emparèrent de ses idées bien avant que celles-ci aient été sérieusement étayées, soit près de dix ans avant la vaccination antirabique de Joseph Meister⁶⁰.

Comme souvent, les idées nouvelles furent reprises avec autant d'empressement qu'elles étaient mal comprises. On louait les découvertes pastoriennes. Mais on considérait en même temps que les maladies infectieuses sont autant d'invasions de l'organisme par des germes et non les manifestations de lésions créées par les bactéries elles-mêmes - ce que peu de choses, il est vrai, aurait permis de comprendre à l'époque.

Pour une histoire des idées poreuse.

En ce sens, ce n'est certainement pas par simple conservatisme que nombre de médecins se sont opposés aux idées microbiennes. Ils ne voyaient derrière elles que la résurgence du vitalisme médical (toute maladie tient à quelque principe et est incarnée par quelque germe inobservable). Ils trouvaient rétrograde que l'on voie dans les microbes les porteurs de la maladie. Car si c'est bien cette idée que les découvertes pastoriennes amenaient à reconsidérer, c'est au nom de la même idée, sans doute, qu'elles étaient acceptées et célébrées ! Bientôt, chaque maladie dut avoir son microbe et la vision traditionnelle, ainsi, n'était guère mise à

⁵⁹ Voir M. Tubiana *Histoire de la pensée médicale. Les chemins d'Esculape*, Paris, Champs Flammarion, 1995, p. 214 et sq.

⁶⁰ Voir O. Faure *Histoire sociale de la médecine*, Paris, Anthropos, 1994, pp. 180-181

mal. De sorte que, *comme très souvent dans l'histoire des idées (voir notamment celle d'attraction en 2. 4. 18.), le rejet d'une avancée qui nous paraît rétrospectivement révolutionnaire fut inspiré tant par le conservatisme le plus rigide que par un point de vue critique résolument moderne en son temps. Il est rare qu'une découverte scientifique oppose simplement les anciens aux modernes, même si c'est ainsi qu'on présente le plus souvent le progrès des sciences – les idées microbiennes purent paraître une régression aux esprits les plus « modernes » qui les virent apparaître.*

Au total, l'idée de contagion a ceci de singulier qu'elle est pertinente en regard de deux conceptions de la maladie qui sont contradictoires mais qui peuvent coexister assez facilement. On peut ainsi comprendre tant le rapide succès des idées pastoriennes que l'opposition de nombreux médecins à l'hypothèse microbienne. De fait, en médecine comme dans les sciences de la vie, les idées sont si poreuses qu'il est rare que des théories radicalement nouvelles suscitent des révolutions conceptuelles. Elles suscitent au contraire d'assez lentes conversions du regard, dont les principes réels peuvent n'être pas aperçus de longtemps.

Parce que l'agent pathogène microbien doit trouver au sein de l'organisme un récepteur auquel se fixer, la maladie virale correspond moins à une invasion qu'à une révolution de l'organisme, note Ludwik Fleck – d'ailleurs, Pasteur le découvrira pour l'agent du choléra des poules, un microbe ayant fini par perdre en culture sa nocivité active provoquant pourtant des réactions de défense dans l'organisme. La vaccination dévoile ainsi l'organisme comme formé de complexes biologiques qui le débordent. Comme les fleurs dont la pollinisation réclame l'intervention d'insectes, l'homme compose à son profit d'un grand nombre de différentes bactéries un équilibre toujours précaire. Pourtant, la vaccination fit croire exactement le contraire : que l'organisme est une unité fermée dont il faut renforcer la protection face aux menaces extérieures (*Genèse et développement d'un fait scientifique*, 1934, p. 107 et sq.⁶¹).

*

L'imaginaire pastorien.

On n'a pas assez remarqué que la vaccination de J. Meister a représenté comme l'idéal de l'action technicienne : une intervention d'expert nous débarrasse du mal tout en nous laissant largement passif. Une action en nous, sans nous, qui est pratiquement indolore, simple et extrêmement sûre possède une efficacité immédiate et pratiquement totale. Souvent, lorsque nous nous tournons vers la science - et non pas seulement vers la médecine - pour qu'elle résolve un problème, nous attendons d'elle quelque chose comme un vaccin. Ceux-ci, d'ailleurs, pourraient bientôt ne plus seulement viser à prémunir contre des micro-organismes étrangers mais à limiter la concentration de substances que fabrique l'organisme : comme l'angiotensine II qui provoque l'hypertension (on définirait alors un vaccin contre les maladies cardio-vasculaires) ou la ghréline, qui déclenche une sensation de faim (un vaccin contre l'obésité).

Pasteur mit au point les « vaccins » (nommés ainsi en hommage à Jenner) atténués (à travers le vieillissement en culture des bactéries virulentes) et, contre la rage, il élaborait un vaccin non seulement préventif mais curatif. Parallèlement, en 1877, Maurice Raymond développera la sérothérapie (injection de sérum immunisé) qui, avant l'apparition des antibiotiques, sera le principal moyen pour lutter contre les maladies bactériennes. En 1897, Paul Ehrlich parlera « d'anticorps » mais leur support moléculaire (les immunoglobulines) ne sera identifié qu'en 1937.

Dans les années 20, Gaston Ramon inventera le premier vaccin chimique (l'anatoxine diphtérique), à la source des vaccins modernes, dont les composants chimiques miment les antigènes des germes pathogènes pour déclencher une immunité. Viendront ensuite les vaccins recombinants, obtenus à partir d'une modification génétique de virus ou de bactéries pour leur faire produire les antigènes souhaités.

En quelques décennies, avec la découverte de nouveaux vaccins, l'humanité fut débarrassée de nombre de ses fléaux les plus redoutables. Et sans doute fallait-il ces succès pour refouler la vision terrifiante qu'apportait en contrepartie la découverte de la contagion microbienne : autrui perçu comme un agent de mort potentiel et la vie comme une situation toujours menacée. Cette vision, cependant, n'était pas nouvelle. La lutte contre les microbes ne fit que la radicaliser. Schopenhauer notait qu'avec le mal vénérien une méfiance avait non seulement imprégné les relations entre les deux sexes mais s'était étendue à l'ensemble des relations sociales (*Parerga & Paralipomena*, 1851, Aphorismes, pp. 318-319⁶²).

Le XVIII^e siècle, déjà, s'était méfié de l'air, dont la chimie commençait à analyser la composition⁶³. A partir des travaux de Lavoisier, ainsi, se développa toute une hygiène sociale. Toute une médecine "aériste" traquait les miasmes de l'air et, très vite, on imagina refaire les villes selon un idéal de pureté sanitaire autant que sociale (voir 2. 5. D.). A la fin du XVIII^e siècle, on rêvait d'immenses machines pour brasser l'air de Paris – mais la France, largement initiatrice dans le domaine de l'hygiène publique, sera pourtant l'un des pays d'Europe les moins rapides à l'appliquer⁶⁴. On voulait transformer les mœurs du peuple en chassant d'abord ses miasmes. L'air, c'était les autres, le proche, dont la saleté commença à être perçue comme une menace⁶⁵.

Purement contingente et fonctionnelle, la maladie n'était plus ainsi vue que comme un accident, frappant les individus à leur insu, à travers des agents, les microbes, d'autant plus dangereux qu'ils sont insignifiants, invisibles. Rien ne paraissait pouvoir échapper au risque de contagion : les lieux clos bien sûr mais aussi une multitude de détails : les tickets de transport, les statues baisées lors des pèlerinages religieux, ... On en vint même à

⁶¹ trad. fr. Paris, Les Belles Lettres, 2005.

⁶² trad. fr. Paris, Coda, 2005.

⁶³ Voir John Arbuthnot *Essai des effets de l'air sur le corps humain*, 1733, trad. fr. Paris, Barrois fils, 1742. L'ouvrage impressionna fort Rousseau. Voir également J-J. Menuret de Chambaud *Essai sur l'action de l'air dans les maladies contagieuses*, L'auteur, 1781.

⁶⁴ Voir G. Jorland *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*, Paris, Gallimard, 2010.

⁶⁵ Voir P. Perrot *Le travail des apparences*, Paris, Seuil, 1984, chap. I.

recommander une eau bénite aseptisée⁶⁶. La maladie acquérait une dimension collective et sociale. On devait se vacciner aussi pour les autres. L'efficacité des vaccins, en effet, dépend de la proportion des sujets vaccinés (jusqu'à 80%-95%) au sein d'une population (sauf pour le vaccin contre la grippe, qui vise surtout à protéger les populations à risques contre ses formes graves). Dans ces conditions, les récentes réticences à se faire vacciner (voir ci-après) semblent avoir conditionné la réapparition de maladies comme la rougeole ou la coqueluche.

La révélation pastorienne - dont la prise de conscience populaire fut lente sans doute⁶⁷ - apporta un impératif social nouveau de sécurité. Elle identifia propreté et asepsie. Rien ne peut nous dispenser de nous protéger, en effet, si chaque destin ne tient qu'à un fil et s'il n'y a pas de bonne santé qui vaille face à la menace microbienne.

*

3. 3. 27.

La bonne santé ne prouve rien.

Pasteur brisa toute idée de spontanéité morbide. Non pas seulement parce qu'il permit d'identifier les agents pathogènes microbiens - la maladie, ainsi, ne se développe pas de soi, elle est provoquée du dehors - mais surtout parce qu'il amena la pathologie elle-même à changer d'échelle ; à investiguer le microscopique, l'invisible au-delà même des symptômes apparents⁶⁸. A ce compte, la phase clinique n'est plus qu'une phase terminale. Les maladies se déclarent silencieusement et l'on apprendra à les déceler aux niveaux histologiques et bientôt cellulaires. *Le sentiment subjectif de bonne santé ne pourra plus dès lors être interprété comme un gage d'absence de maladie.*

Au XX^e siècle, les modèles lésionnels et microbiens eux-mêmes ne pourront plus suffire. La maladie met en jeu les éléments de régulation de l'organisme. Elle peut même correspondre à un dérèglement de ceux-ci (dysfonctionnement endocrinien par exemple, ou maladie auto-immune) sans même de lésion étiologique. La maladie n'est pas limitée à la seule pathologie lésionnelle. Elle est inséparable des réactions de l'organisme tout entier et donc du malade lui-même - tout comme l'action du remède, d'ailleurs, relevant de dispositions particulières, propres à chacun, à propos desquelles la médecine du XIX^e siècle aimait parler d'*idiosyncrasie*. La maladie est ce que le malade en fait, réaffirmera-t-on volontiers - *l'être malade, cependant, non l'individu souffrant, lequel paraît toujours trop tardivement averti.*

⁶⁶ Voir P. Darmon *L'homme et les microbes, XVII^e-XX^e siècles*, Paris, Fayard, 1999.

⁶⁷ Voir L. Murard & P. Zylberman *L'hygiène dans la République*, Paris, Fayard, 1996.

⁶⁸ Voir C. Salomon-Bayet (Dir.) *Pasteur et la révolution pastorienne*, Paris, Payot, 1986.

Les impressions floues et changeantes des malades ne peuvent en effet être un guide sûr pour l'identification de la pathologie, dès lors que cette dernière est réputée tenir à une lésion circonscrite dont seule l'étude anatomique permet de rendre compte.

La méthode anatomo-clinique se passait volontiers d'interroger le vécu subjectif du malade.

Dès lors, on ne sut trop que faire du vécu subjectif de la maladie. Les patients n'étaient plus qu'autant de tableaux vivants de symptômes qu'il fallait s'efforcer de réduire, c'est-à-dire de regrouper et d'expliquer - par l'anamnèse significativement, beaucoup plus que par l'écoute du ressenti du malade. Car tout paraissait se jouer à l'insu de ce dernier. Les médecins du XIX^e siècle pouvaient volontiers se vanter du nombre de malades qu'ils avaient examinés - vingt-cinq mille en cinq ans, affirmait Jean-Baptiste Bouillaud (1776-1881). Pour percer le secret des maladies, les malades avaient en effet plus de valeur en masse qu'individuellement.

C'était ouvrir la porte à un traitement statistique des maladies, dont on peut s'étonner qu'il n'ait pourtant guère été développé à l'époque. Mais au siècle précédent, déjà, d'Alembert se montrait sceptique quant à l'utilisation des probabilités pour décider du bien-fondé de l'inoculation. Il était vain, selon lui, de vouloir unir les mathématiques et l'empirie. Pierre-Charles-Alexandre Louis (1787-1872) mit bien sur pied une "méthode numérique" tenant à permettre la formulation de diagnostics à partir du traitement quantitatif des symptômes, de leur répétition et de leur fréquence. Il n'eut guère de succès, cependant, s'attirant même les foudres de Claude Bernard ; lequel, il est vrai, accueillera avec la même méfiance la physiologie cellulaire de Rudolf Virchow (*Pathologie cellulaire*, 1858⁶⁹) et la pathologie microbienne de Pasteur. C'est que pour Bernard, tout désordre morbide ne pouvait qu'être sous la dépendance du système nerveux, celui-ci étant le seul régulateur organique à l'origine des altérations cellulaires mêmes. Plus encore, on retrouve chez Bernard une idée qui fut longtemps revendiquée par le corps médical voulant que toute maladie soit un événement unique et réclame un traitement lui aussi particulier. Le médecin ne peut pas soigner en moyenne !, lance ainsi Bernard. Or *l'idée de maladie, comme état nouveau et irréductible de l'organisme n'avait plus de sens pour la médecine anatomo-clinique. Toute maladie n'était qu'une simple irritation, c'est-à-dire l'exagération d'une faculté physiologique.* François Broussais traitait ainsi les fièvres

⁶⁹ trad. fr. Paris, Baillière, 1868.

comme de simples inflammations suscitant selon lui - quoique le cas soit effectivement assez rare - des lésions tissulaires (*Histoire des phlegmasies chroniques*, 1808⁷⁰).

Pour Broussais, il n'y a pratiquement qu'une seule source d'irritation en dernier ressort : la gastro-entérite et toute inflammation exagère une certaine aptitude à se mouvoir des tissus sous l'action d'un agent : l'irritabilité ou faculté que possèdent les tissus de se mouvoir par le contact d'un corps étranger (*De l'irritation et de la folie*, 1828⁷¹). Cette irritabilité est pour Broussais la source originare non seulement de toute maladie mais même de toute sensibilité, celle-ci n'étant que la conscience des mouvements irrités⁷². Ces idées prolongeaient celles d'Albrecht von Haller et, avant lui, de Francis Glisson et de William Cullen (voir 3. 1. 13.), pour lesquels spasme et atonie, deux anomalies du tonus des fibres, formaient l'essence de toute maladie. Après eux, Bichat avait "décentralisé" le principe vital, parlant d'une sensibilité et d'une contractilité propres à chaque organe⁷³. Mais les idées de Broussais, surtout, tentaient sans doute, par leur caractère radical et excessif même, de se démarquer de celles de John Brown, qui exercèrent au tournant du XIX^e siècle une grande influence, particulièrement en Allemagne, où elles furent adoptées avec enthousiasme par les romantiques⁷⁴. Kant, qui se présentait volontiers comme un « gymnaste », en déduisit tout un régime de vie très strict.

La vie, pour Brown, ne se maintient que par l'effet d'une propriété particulière : l'excitation ou "incitabilité", qui permet aux vivants d'être affectés et de réagir par une faculté répandue dans l'ensemble du corps aux sollicitations du monde extérieur. Cette incitabilité peut être trop forte (sthénie) ou trop faible (asthénie) et de là viennent toutes les maladies, lesquelles ne définissent donc pas un état du corps foncièrement différent par rapport à la santé (*Eléments de médecine*, 1780⁷⁵). Contre la langueur ("consomption"), le mal du siècle, Brown prescrivait des stimulations pour l'organisme. Broussais ne prescrit plus qu'une déplétion générale (saignée) ou locale (sangsues)⁷⁶. Ses patients en mourraient souvent. Ce qui n'empêcha pas Broussais d'être nommé professeur à la Faculté de Paris en 1831.

La maladie comme simple variation quantitative de l'état physiologique.

Le trouble inflammatoire est premier pour Broussais. Il devance toute lésion. Cela explique d'ailleurs que Broussais puisse continuer à prôner les vieilles méthodes thérapeutiques de la diète, des sangsues et de la saignée, puisqu'il suffit, pour guérir, de soulager l'inflammation. Quoi qu'il en soit, *il y avait chez Broussais*, malgré ses exagérations, *l'idée que la maladie n'est qu'une variation quantitative de l'état physiologique* et cette idée, reprise comme un dogme par Auguste Comte (*Examen du*

⁷⁰ 2 volumes, Paris, Gabon, 1808.

⁷¹ Paris, Corpus Fayard, 1986.

⁷² Voir J-F. Braunstein *Broussais et le matérialisme*, Paris, Klincksieck, 1986.

⁷³ Voir O. Keel « Les conditions de la décomposition "analytique" de l'organisme : Haller, Hunter, Bichat » *Les Etudes philosophiques*, janvier-mars 1982.

⁷⁴ Voir G. Gusdorf *Le savoir romantique de la nature*, Paris, Payot, 1985, p. 162 et sq.

⁷⁵ trad. fr. Paris, 1805.

⁷⁶ Voir J. Chazaud *Broussais. De l'irritation à la folie : un tournant méthodologique de la médecine au XIX^e siècle*, Toulouse, Erès, 1992.

Traité de Broussais sur l'irritation, 1828⁷⁷) dominera la médecine au XIX^e siècle, souligne Georges Canguilhem (*Le normal et le pathologique*, 1972⁷⁸).

Cette idée avait en fait été énoncée par l'école médicale d'Edimbourg et notamment par John Hunter (1728-1793), dont les *Leçons sur les principes de la chirurgie*, ne seront néanmoins publiées qu'en 1835⁷⁹.

Si les phénomènes pathologiques sont identiques aux phénomènes normaux à certaines variations quantitatives près, on ne saurait définir de santé parfaite. A la limite, il n'y a en fait d'hommes bien portant que des malades en puissance. Comme dans la célèbre comédie de Jules Romains, "il n'y a que des gens plus ou moins atteints" (*Knock ou le triomphe de la médecine*, 1923, III, 3⁸⁰).

Cela pourtant ne tient guère et repose sur une tautologie, souligne G. Canguilhem, car rien dans l'échelle d'intensité des états physiologiques ne permet de distinguer le morbide du sain, sinon à faire référence malgré tout à quelque maladie. Si celle-ci se ramène à un excès, cet excès, aussi bien, a besoin d'elle pour être caractérisé comme tel et l'on ne saurait ainsi évacuer le point de départ du sentiment de malaise de l'être individuel qui, en dernier ressort, en est l'ultime juge. Il ne peut donc y avoir de mesure de la maladie faisant fi de la considération du malade. La maladie ne renvoie jamais en dernier ressort qu'à ce qui est visé par le malade au niveau qui est le sien, souligne Canguilhem. C'est-à-dire à ce qui fait obstacle à son maintien et à son développement individuel dans des situations variées. En regard, la santé se définit comme une marge de tolérance par rapport au monde.

Aussi ne faut-il pas hésiter à bousculer ce lieu commun voulant que, foncièrement technique, la médecine moderne fasse peu de cas du point de vue des malades. Certes, la découverte que des lésions importantes peuvent être sans symptômes immédiats, apparents ou corrélés avec l'affection, obligea à ne pas s'arrêter aux seules sensations, pour *dépister* les signes cliniques bien en deçà de la conscience. Pour autant, il serait très abusif de croire que ces sensations furent purement et simplement ignorées.

En fait, le recours généralisé aux soins médicaux aura conduit à admettre de traiter nombre de symptômes sans lésion - au point d'en arriver à prescrire de nos jours comme remèdes des substances que rien ne permet de considérer comme des médicaments.

⁷⁷ Publié en appendice à son *Système de politique positive*, 4 volumes, Paris, L. Mathias, 1851-1854, IV.

⁷⁸ Paris, Quadrige PUF, 1988.

⁷⁹ trad. fr. in *Œuvres complètes* 4 volumes, Paris, Labé, 1839-1840, I. Voir P. Huneman Bichat, *la vie et la mort*, Paris, PUF, 1998, p. 87.

⁸⁰ Paris, Folio Gallimard, 1993.

L'histoire des remèdes illustre *cette double évolution de la médecine, dont on a pourtant beaucoup de mal à considérer qu'elle représente un tout : n'attaquer le mal qu'à sa racine et s'efforcer en même temps de soulager toute sensation de malaise, même si elle paraît objectivement peu fondée.*

Remèdes.

Les remèdes traditionnels.

Le recours à quelque vulnérable ou purgatif pour soulager un mal est une pratique sans doute aussi vieille que l'homme. Les animaux, après tout, savent choisir les plantes qui les feront vomir. Lors de la saison des pluies, ainsi, alors qu'ils sont particulièrement exposés aux infections parasitaires, certains groupes de chimpanzés avalent sans les mâcher des feuilles d'*Aspilia*, dont la texture détache les vers qui adhèrent à la paroi du tube digestif⁸¹.

Les animaux sélectionnent leurs aliments en fonctions de leurs carences en vitamines ou en sels minéraux et des comportements comparables peuvent être observés au sein des populations humaines - chez les Esquimaux, par exemple, qui suppléent à l'absence de soleil en consommant le foie cru de poissons et de phoques riche en vitamine D, normalement synthétisée dans la peau sous l'influence des ultraviolets et que la cuisson détruirait.

Au vu de tels comportements - dont la genèse demeure souvent très incertaine - beaucoup voudront croire qu'une sorte d'instinct en nous sait ce qui nous convient le mieux. Un instinct qui serait notre meilleur rempart contre la maladie, si la civilisation n'avait fini par l'étouffer et alors même que, malgré son arrogance, la médecine scientifique est encore loin de pouvoir prétendre l'égaliser. Cependant, les effroyables taux de mortalité infantile des sociétés traditionnelles, leur impuissance face à la plupart des fléaux, ou même le déplorable état général de santé et d'hygiène des jeunes ruraux français relevé encore au début du XX^e siècle à travers la conscription, devraient conduire à relativiser toute "sagesse" que l'on peut être tenté de prêter à la nature. Même si de tels arguments, bien entendu, ne convaincront pas ceux qui veulent croire.

Ce n'est pourtant pas que différents remèdes véritables n'aient été connus des médecines traditionnelles. L'un des premiers médicaments que nous sommes prêts à reconnaître pour "réel" fut l'écorce de quinquina ou "poudre des jésuites", importée du Pérou dès 1630 et qui était à même de combattre efficacement le paludisme⁸². De plus, nombre de pratiques ancestrales sont encore susceptibles d'intéresser la recherche contemporaine en matière de médicaments. D'observer ainsi que, dans l'Archipel des Samoa, les guérisseurs traitaient la fièvre jaune à l'aide d'une décoction de sciure issue d'un arbre particulier (*Homolanthus nutans*), permit de découvrir chez ce végétal une prostatine qui n'entraîne pas l'apparition de

⁸¹ Voir S. & J-M. Krief *Les chimpanzés des Monts de la Lune*, Paris, Belin, 2014.

⁸² Voir R. Porter *Les stratégies thérapeutiques* in M. D. Grmek (Dir.) *Histoire de la pensée médicale en Occident*, 1997, II.

tumeurs. On tire de même aujourd'hui un fongicide de l'arbre de Neem qui en Inde est utilisé depuis des siècles pour ses vertus antiparasitaires.

Dans les médecines traditionnelles, cependant, de tels remèdes sont heureux et demeurent confondus avec nombre d'autres, impuissants ou à la nocivité insoupçonnée - beaucoup de remèdes ne consistant de toute manière qu'en de simples émétiques ou transpirants, capables de contrebalancer ce qu'on pense être des excès humoraux et de rétablir ainsi l'équilibre naturel du corps (voir ci-après). C'est qu'ignorant le modèle lésionnel et ne pouvant donc agir sur les causes des maladies, la recherche d'agents efficaces dans le traitement des maladies ne pouvait que se fier à la pure expérience, guidée par quelque correspondance symbolique entre le mal et ce qui paraissait pouvoir y remédier et liée enfin à la célébration de quelques réussites, d'autant plus estimées qu'on savait moins les expliquer. L'antimoine est-il un remède ou un poison ? On en débattit au XVII^e siècle. Mais il guérit Louis XIV et passa dès lors pour un remède infaillible - l'idée que le Roi ait pu aller mieux de lui-même ne semblant pas avoir effleuré les esprits⁸³.

Ce sont les progrès de la synthèse chimique qui modifieront radicalement le regard thérapeutique. L'histoire de l'aspirine est particulièrement représentative à cet égard⁸⁴.

Histoire de l'aspirine.

Les saules ont des branches souples. On recommandait donc une infusion de leur écorce contre les rhumatismes. Ils prospèrent au bord des rivières et des lacs. Au XVIII^e siècle, on finira par prescrire la même infusion contre les fièvres, c'est-à-dire contre les maladies des pieds mouillés. A la fin du XVIII^e siècle, on rapprochera enfin les vertus de cette tisane de celle faite à partir d'écorces de quinquina⁸⁵.

A ce stade, on ne pensait donc nullement que le saule recelait quelque agent actif qui aurait pu être séparé de lui. C'est la plante en tant que telle qui passait pour bénéfique, puisqu'elle était retenue pour sa forme et ses conditions de vie. Jusqu'à l'époque moderne, en effet, la médecine fut pratiquement incapable de rompre avec cette métaphysique de la substance qui ne sait pas distinguer entre signes apparents et propriétés intrinsèques d'un être (voir 2. 1.).

Ce n'est qu'en 1829 qu'on isola de l'écorce de saule un principe actif, la salicine, que l'on trouva également chez la reine-des-près (une *Spirae*, d'où le nom "d'aspirine"). Elle fut transformée plus tard en aldéhyde puis en acide salicylique et enfin, en 1853, en acide acétylsalicylique, dont la synthèse fut réussie en 1893 mais dont le sel (salicylate de sodium) fut utilisé à des fins thérapeutiques dès 1875.

De là, l'aspirine devint - et reste encore sans doute - le médicament le plus utilisé dans le monde. Ce n'est pourtant qu'en 1974 que son mode d'action fut compris : il inhibe l'enzyme qui libère les prostaglandines, des substances à l'origine de la fièvre et d'autres symptômes inflammatoires. On découvrit alors que ces prostaglandines interviennent également dans la

⁸³ Voir R. Calder *Medecine and man*, New York, Signet Science Library, 1958, pp. 14-15.

⁸⁴ Voir P. Meyer & P. Triadou *op. cit.*, pp. 302-303.

chaîne des réactions de coagulation du sang. L'aspirine est en effet à même d'inhiber la production des thromboxanes, des molécules qui favorisent l'agrégation des plaquettes du sang et il est ainsi prescrit aux cardiaques.

Finalement, on voit *combien est erronée cette idée pourtant si répandue selon laquelle les médicaments modernes ne se contentent souvent que de rendre plus efficaces des remèdes que nos ancêtres avaient déjà reconnus. Car, même dans un cas comme l'aspirine, où une continuité par rapport à un remède traditionnel peut être trouvée, c'est une mutation complète du regard, du sens de la réalité substantielle et de ses propriétés, qui a seule permis d'isoler un principe chimique pour le rendre effectivement actif.* De fait, la pharmacologie n'aura progressé *de manière organisée* que par la compréhension des maladies à l'échelle moléculaire⁸⁶.

La médecine moléculaire.

Les médicaments agissent de nos jours de manière privilégiée sur des enzymes identifiés, sur des récepteurs, sur les canaux ioniques ou sur certaines protéines servant de messenger chimique⁸⁷. On peut ainsi, par exemple, inhiber l'effet d'un champignon responsable de mycoses à l'aide d'un médicament bloquant l'enzyme de synthèse de l'ergostérol. La lutte contre le SIDA, de même, aura beaucoup gagné avec la mise au point d'inhibiteurs de la protéase, un enzyme du HIV.

Pour définir les molécules appropriées, on étudie d'abord au moyen de rayons X la forme géométrique du site de fixation de l'enzyme à atteindre et des atomes présents à sa surface. On détermine la structure du ligand à prévoir⁸⁸, ainsi que la chiralité (voir 2. 2. 9.) des molécules concernées⁸⁹. Des logiciels permettent de modéliser les molécules, d'en établir toutes les combinaisons possibles et d'en prévoir virtuellement les effets pour ne retenir que les plus prometteuses⁹⁰.

Enfin, prolongeant et bouleversant tout à la fois ces méthodes extrêmement sophistiquées de la synthèse chimique, le génie génétique permet aujourd'hui d'obtenir directement des protéines identiques à celles que l'organisme produit normalement. D'ores et déjà, on sait récolter l'insuline de pancréas de porcs, rendue génétiquement compatible, pour corriger le métabolisme anormal des sucres chez les diabétiques dont le pancréas ne synthétise pas cette hormone. On met au point, de même, la sécrétion d'antitrypsine alpha - une protéine qui

⁸⁵ Voir S. Boumedienne *La colonisation du savoir. Une histoire des plantes médicinales du « Nouveau monde » (1492-1750)*, Vaulx-en-Velin, Ed. des mondes à faire, 2016.

⁸⁶ Sur l'histoire des médicaments, voir C. Bonah & A. Rasmussen (dir) *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Ed. Glyphe, 2005. Voir également L. Bibart *La philosophie des techniques confrontée à la conception moderne des médicaments* in B. Latour & P. Lemonnier (dir) *De la préhistoire aux missiles balistiques*, Paris, La Découverte, 1994.

⁸⁷ Voir C. G. Wermuth *The Practice of Medicinal Chemistry*, London, Academic Press, 1997.

⁸⁸ Ligand = molécule capable de se lier à une protéine jouant un rôle de récepteur (les hormones par exemple).

⁸⁹ Voir N. Cohen (Dir.) *Guidebook on Molecular Modeling in Drug Design*, London, Academic Press, 1996. Sur le parcours industriel des médicaments, voir Q. Ravelli *La stratégie de la bactérie*, Paris, Seuil, 2015.

⁹⁰ Voir R. Lahana « Chimie combinatoire virtuelle » *Pour la science* n° 241, novembre 1997, pp. 56-58.

facilite la respiration de patients souffrant d'une forme d'emphysème pulmonaire - dans le lait de brebis. Fort chère, la production de cet enzyme à partir du sang humain ne suffirait pas à couvrir les besoins. Tandis qu'un troupeau de mille brebis pourrait suffire à satisfaire la demande mondiale. A un terme peut-être prochain, il deviendra sans doute possible d'introduire des gènes actifs dans les cellules humaines, à travers des vecteurs comme les rétrovirus, pour qu'elles pallient directement leurs propres déficiences. Il sera alors possible de lutter contre les maladies héréditaires elles-mêmes (voir ci-après).

Le mythe du médicament parfaitement adapté et de l'objectivité curative parfaite.

Au total, l'artificialisme offert par la chimie de synthèse au XIX^e siècle et l'ère du génie génétique ouverte par la découverte, dans les années 70, des enzymes de restriction (voir 3. 1.), auront été à la source des principales révolutions pharmacologiques - même si la conversion du regard, en matière thérapeutique, eut sans doute lieu un peu avant, dans la seconde moitié du XVIII^e siècle⁹¹. On se tourna d'abord vers les alcaloïdes issus des plantes (la codéine du pavot, l'atropine de la belladone, etc.) et un peu plus tardivement vers les micro-organismes (sulfamides, pénicilline, etc.).

L'illusion serait néanmoins de croire que la pharmacologie a toujours progressé en recherchant des médicaments de plus en plus spécifiques. Pratiquement à chaque fois qu'une entité - une hormone, comme l'insuline, ou un gène - put être isolée comme concentrant un effet thérapeutique, a-t-on souligné, ce fut au terme de l'analyse globale d'un processus métabolique⁹². Et souvent, ce ne fut pas la physiologie qui fit progresser la thérapeutique mais le contraire, comme l'illustre la mise au point de bêtabloquants contre les troubles cardiovasculaires. Elaborés à partir de 1958, on les destinait au traitement de l'asthme quand on observa leur effet sur le système cardio-vasculaire ; un effet qui confirmait l'hypothèse formulée dix ans plus tôt de récepteurs alpha et bêta pour les hormones et neurotransmetteurs du système sympathique⁹³. En pharmacologie, rechercher le remède *ad hoc*, le médicament univoque, a presque toujours été une erreur, note François Dagognet (*La raison et les remèdes*, 1964⁹⁴). L'histoire des remèdes est particulièrement riche d'exemples de sérendipité (le fait de trouver autre chose que ce que l'on cherchait).

On a longtemps cru, par exemple, que les extraits de foie corrigeaient les insuffisances hépatiques. Mais seule une vision de la régulation d'ensemble de cet organe permit d'identifier le rôle du fer dans son métabolisme et d'en corriger l'éventuelle insuffisance (pp. 276-277). La maladie ne devient concrète, écrit F. Dagognet, que dans la mesure où elle accède à la généralité. C'est là toute la richesse et toute la limite des thérapeutiques : il est pratiquement impossible d'atteindre l'objectivité curative, soit un médicament intervenant précisément, sans autres effets d'ensemble et sans une marge d'incertitude. Dans la découverte de nouveaux

⁹¹ Voir F. Chast *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, La Découverte, 2002.

⁹² Voir M. Bliss *La découverte de l'insuline*, 1984, trad. fr. Paris, Payot, 1988.

⁹³ Voir C. Sinding *Nature et artifice dans l'invention thérapeutique* in J-C. Beaune (Dir.) *La philosophie du remède*, Paris, Champ Vallon, 1993.

⁹⁴ Paris, PUF, 1964.

médicaments, le hasard a en effet très souvent sa part - certain chiffrent à seulement 10% le nombre de médicaments fondamentaux découverts vraiment intentionnellement.

De telles annonces sont souvent retenues à charge contre la médecine, pour dire que celle-ci n'est pas si scientifique, quoi qu'elle en ait. Aussi convient-il de souligner qu'un tel hasard s'inscrit dans le cadre de processus de recherche extrêmement maîtrisés et par rapport à un état donné des connaissances médicales. Sous ce jour, *le hasard de la découverte est un élément directement favorisé par le développement scientifique* et la médecine ne se singularise sans doute pas par rapport aux autres sciences. *Si la science est une entreprise critique, il faut comprendre que ses horizons d'incertitude ne représentent pas pour elle un échec mais ce qu'elle crée continûment* (voir 2. 7.). C'est ce qu'illustre particulièrement l'effet placebo - que la recherche médicale a su intégrer à ses protocoles d'expérimentation, quand les médecines traditionnelles et, aujourd'hui, les médecines parallèles, furent ou demeurent incapables d'organiser leur propre mise en défaut à travers lui.

*

Définition et usages du placebo.

Un placebo est une substance dont l'inactivité curative est avérée (mie de pain, sucre) mais qui est délibérément prescrite à un malade, sans que ce dernier le sache, à titre de remède. On peut également compter parmi les placebos nombre de thérapies dont l'efficacité réelle peut sérieusement être mise en doute mais dont l'utilité néanmoins peut parfois être réelle - tel est notamment le cas de la psychanalyse⁹⁵ et des psychothérapies. Si un patient retrouve le sommeil grâce à des séances d'hypnose, la sécurité sociale ou une assurance santé privée doivent-elles le rembourser ? Et s'il ne retrouve pas le sommeil ? Les psychothérapies connaissent des modes changeantes. Elles peuvent particulièrement s'adresser à des gens anxieux, déprimés, prêts à payer et à croire n'importe quoi. Mais si elles soulagent effectivement ou apportent une amélioration de l'état d'un patient, peuvent-elle prétendre au titre de remède ? C'est aux USA que le problème a été envisagé avec le plus de rigueur peut-être, du fait de l'attention que lui ont porté les compagnies d'assurance privées couvrant les risques médicaux. En 1980, le Sénat français, de même, a soumis les subventions versées à des évaluations. Bien entendu, on entendit alors volontiers dire que les bureaucrates faisaient régner ainsi une tyrannie positiviste insupportable. Un rapport remis deux ans auparavant au Sénat américain soulignait pourtant que les psychothérapies pouvaient être efficaces, constatant un taux d'amélioration des patients suivant une psychothérapie nettement supérieur au taux d'amélioration spontané. Il estimait également que, dans 10% des cas, les patients pouvaient être détériorés par une psychothérapie et que face aux maladies mentales les plus graves, les psychothérapies n'enregistraient que des succès très restreints. Or, le rapport constatait encore que ni l'école (250 écoles avaient été recensées !) à laquelle appartient le

⁹⁵ Voir A. Grünbaum *Les fondements de la psychanalyse : une critique philosophique*, 1984, trad. fr. Paris, PUF, 1996.

psychothérapeute, ni la qualité de ce dernier (médecin ou non), ni la longueur de son expérience, ni la durée du traitement ne paraissaient avoir une influence significative sur la qualité des résultats retenus. Comme si la situation des patients n'était améliorée que par le simple fait qu'on s'occupe d'eux. Comme si les psychothérapies n'étaient qu'autant de placebo⁹⁶.

Le propre du placebo est d'être tout à la fois inefficace et utile. Le placebo soulage. Il soigne même et va jusqu'à provoquer des effets secondaires (on parle d'effet nocebo). Or il n'y a aucune raison qu'il le fasse ! Le placebo est un leurre. Il n'agit que s'il est pris pour un médicament efficace. Corvisart prescrivait ainsi avec solennité aux dames de la Cour des pilules de *mica panis* (mie de pain) qui faisaient merveille contre la constipation, pour le grand amusement de Napoléon. Beaucoup repose ainsi sur la conviction que la prescription médicale est à même de susciter chez le patient. Derrière l'effet placebo, il y a l'image du bon médecin, du médecin génial dont la force de conviction est irrésistible. Une image fortement ancrée dans l'imaginaire populaire, qui considère volontiers la médecine comme un art presque autant qu'une science⁹⁷.

Normalement, l'usage de placebo en médecine devrait être limité à son emploi dans des tests permettant d'estimer l'impact réel d'une substance supposée active - la première étude organisée de ce type eut lieu en 1927. Les tests sont "aveugles" - les patients ignorent qu'un placebo leur a été distribué - ou sont réalisés "en double-aveugle" : le médecin prescripteur lui-même ne le sait pas. En 1959, une étude concluait que, pratiquement tous types de pathologies confondus, l'efficacité moyenne des placebos, c'est-à-dire leur capacité à susciter des effets comparables à ceux des remèdes étudiés, se situe aux environs de 30% des cas au sein des populations testées.

On en a souvent retenu qu'au-dessus de ce seuil, l'efficacité du médicament testé en regard doit sérieusement être mise en question. Mais ce chiffre de 30%, repris un peu partout, n'est pas forcément représentatif. Selon les expériences, l'effet placebo peut toucher de 10% à 90% de la population testée. Selon certaines études, ainsi, face à des douleurs traumatiques et postopératoires, des placebos peuvent concurrencer la morphine à hauteur de 56% des cas⁹⁸.

Mais les placebos ne sont pas aussi efficaces tous types de pathologies confondus. Contre infections ou cancers, nous ne disposons guère de preuves convaincantes d'un effet placebo, lequel se rencontre plutôt dans le domaine des troubles dits "fonctionnels" : douleurs, dépression, ulcères, ainsi qu'en regard de certaines pathologies : toux, maladie de Parkinson, ...

A la source de tels effets, on invoque l'état psychologique des patients, la personnalité plus ou moins "rayonnante" du médecin et bien d'autres paramètres encore - l'administration d'une même molécule, l'oxazépam, se serait révélée plus efficace en gélules vertes que rouges ou jaunes ! Quand hommes et femmes sont soumis à un test séparément, l'effet placebo est plus

⁹⁶ Sur tout ceci, voir A. Fagot-Largeault *L'homme bio-éthique*, Paris, Maloine, 1985, p. 76 et sq.

⁹⁷ Voir H. G. Gadamer *Philosophie de la santé*, 1993, trad. fr. Paris, Grasset, p. 32.

⁹⁸ Voir F. J. Evans *Expectancy, therapeutic instructions and the placebo responses* in L. White & al.

important que lorsqu'ils sont réunis (paradoxe de Simpson). Bref, l'effet placebo renvoie aux troubles phénomènes de la suggestion et l'on n'a pas manqué ainsi de dire, pour rendre compte de son incroyable impact, qu'il n'agissait que sur un certain type de patients - les hystériques tout particulièrement - et de maladies : les troubles psychosomatiques et les maladies fonctionnelles, bref sur toutes sortes de pathologies "inauthentiques".

Certains contestent même que l'effet placebo soit réel : par un phénomène de suggestion, les malades pourraient bien minimiser des troubles, dont l'intensité s'évalue subjectivement et qui demeurent en fait inchangés. Il faut également tenir compte de l'évolution même de certains troubles : le mal de dos commun, souligne-t-on ainsi, évoluerait spontanément vers la guérison dans 80% des cas.

Ce point de vue, néanmoins, n'est pas confirmé par les faits. On mesure l'effet d'un placebo sur des paramètres objectifs (acidité gastrique, niveau de globules blancs, tension, cholestérol) qui, pour dépendre plus que d'autres de l'état psychologique du patient, sans doute, n'en représentent pas moins des traces patentes d'une modification organique⁹⁹. Dans le cas de douleurs dentaires, on a pu constater qu'un produit bloquant l'effet des endorphines bloque également l'effet du placebo. Et l'on a pu vérifier par tomographie qu'un placebo active les mêmes zones cérébrales qu'un antalgique.

Le placebo, en d'autres termes, n'a pas uniquement d'effet sur les maladies imaginaires. Il agit. Il est capable de guérir et n'est pas seulement destiné à faire plaisir au patient (*placebo* en latin : "je plairai"). S'il parvient à atténuer les effets de la maladie de Parkinson - un trouble dû à la dégénérescence des neurones cérébraux producteurs d'un neurotransmetteur, la dopamine - il faut admettre qu'une substance indifférente est susceptible de conduire l'organisme à produire une dopamine endogène.

Peut-être les placebos fonctionnent-ils particulièrement avec un certain type de patient. Mais on ne sait guère définir lequel. En fait, l'effet placebo se remarque également chez les enfants et les animaux (l'eczéma des chiens, par exemple), comme si l'acte médical seul pouvait provoquer une réaction de l'organisme sans recourir à la moindre substance. Des études ont constaté une amélioration de l'état de patients auxquels on avait clairement dit qu'on leur donnait un placebo ! Peut-être suffit-il du rituel... Les mémoires des médecins de campagne des siècles précédents rapportent de nombreux cas de guérisons de paralysies, cécité, méningites, etc., facilement obtenues parfois par de simples injonctions chez des individus que la médecine d'alors qualifiait « d'hystériques »¹⁰⁰. On injecte parfois aux vaches de l'ocytocine, une hormone qui aide à la traite. Au bout de deux ou trois injections, il suffit souvent de piquer légèrement l'animal avec l'aiguille pour obtenir le même effet. On souligne également l'importance de mettre sous perfusion les dépressifs hospitalisés. Cela n'est guère utile médicalement. Mais le patient est en général sensible à l'acte lui-même, comme s'il

Placebo: Theory, Research and Mechanisms, New York, Guilford Press, 1985.

⁹⁹ Voir H-K. Beecher *Measurement of subjective responses: quantitative effects of drugs*, Oxford University Press, 1959.

¹⁰⁰ Voir par exemple Dr Terrien *L'hystérie et la neurasthénie chez le paysan*, Angers, J. Siraudeau, 1906.

validait son mal contre le soupçon qu'il pourrait ne s'agir que d'un manque de volonté et cela améliore son état¹⁰¹.

*

Parce qu'ils agissent ou provoquent au moins une réaction, les placebos sont-ils des médicaments ?

L'effet placebo demeure très mal compris. Comment de tels effets sont-ils possibles ? Pourquoi certains patients n'y réagissent-ils pas ? Un tel effet, en tous cas, dérange tout à la fois les tenants d'une médecine rationnelle et les défenseurs de thérapies "alternatives". Devant un remède ou une pratique (l'hypnose par exemple) dont l'efficacité n'est pas démontrée mais qui paraît enregistrer certains succès, les uns et les autres préfèrent considérer en général que la science n'a pas encore découvert la façon selon laquelle ils agissent ou bien ils nient totalement cette efficacité. Mais l'effet placebo nous invite plus directement à considérer que, pour le dire un peu outrancièrement, un médecin peut compter qu'un nombre significatif de ses patients réagiront à ses prescriptions, même s'il s'est contenté de singer l'acte de consultation et que, de même, n'importe quel système farfelu se prétendant médical peut espérer rencontrer d'assez nombreux et *véritables* succès. Les produits homéopathiques, ainsi, dont on peut démontrer qu'ils n'ont statistiquement pas la moindre chance de contenir la molécule qu'ils sont censés receler à dose infime, sont des placebos. Cela signifie qu'ils n'ont aucune raison d'agir bien qu'ils puissent très bien "marcher", c'est-à-dire au moins soulager – quant à « guérir », cela est une autre affaire. A la limite, si un médicament n'est pas prescrit pour guérir mais davantage pour apporter une aide ou un confort au patient, cela ne le transforme-t-il pas en placebo ? La question a été posée à propos des antidépresseurs¹⁰². De fait, nombre de médecins n'hésiteront plus aujourd'hui à recommander le recours à ce qu'ils savent être de purs placebos, sans s'en ouvrir en ces termes aux patients, ce qui n'est pas sans poser un évident problème d'éthique¹⁰³.

Si cela soulage, dira-t-on... En France, depuis 1999 et pour des raisons de déficits de la Sécurité sociale, on fait la chasse, pour ne plus en rembourser l'achat, aux médicaments dont le "service médical rendu" est insuffisant. De fait, au vu d'un tel critère, on peut très bien continuer à rembourser des médicaments utiles, à défaut d'être efficaces - cette utilité pouvant simplement consister en l'occurrence à éviter un report sur des prescriptions plus coûteuses. Tel est l'argument invoqué pour justifier que l'homéopathie soit toujours partiellement remboursée.

*

¹⁰¹ Cet exemple et d'autres sont empruntés à l'amusant petit livre de P. Lemoine *Le mystère du placebo*, Paris, O. Jacob, 1996, qui plaide pour une utilisation délibérée, quoique lucide, des placebos.

¹⁰² Voir I. Kirsch *The Emperor's new drugs. Exploding the antidepressant myth*, New York, Basic Books, 2009.

¹⁰³ En 1972, la presse américaine révélait le scandale de Tuskegee (Alabama) où, depuis plusieurs décennies, les services de santé publique observaient la progression de la syphilis sur une population de Noirs sans leur délivrer de traitement réel. En 1997, la presse médicale anglaise affirmait que des populations africaines atteintes du Sida servaient de populations test, recevant des placebos, dans l'étude de l'AZT.

L'homéopathie.

Au début du XXI^e, dans un pays comme la France, l'homéopathie occupe une place importante dans la pharmacopée courante : 25 000 médecins la prescrivent occasionnellement ou régulièrement. 77% des Français auraient plutôt confiance en elle et 53% y auraient déjà eu recours (39% en 2004).

Certes, l'homéopathie bénéficie sans doute en France bien plus qu'ailleurs (elle a été exclue de l'assurance médicale au Royaume-Uni en 2017) d'un curieux régime d'exception (dispense d'autorisation de mise sur le marché, évaluation très lacunaire du "service médical rendu" des prescriptions remboursées) derrière lequel le poids économique des fabricants et leurs capacités d'influence n'est peut-être pas à négliger - certains soulignant encore les menées d'un lobby idéologique pro-médecines douces... Quoi qu'il en soit, force est de reconnaître que l'homéopathie jouit d'une réputation populaire favorable. Même si, par ses attendus, elle représente sans doute l'une des médecines "parallèles" les plus obscurantistes.

L'homéopathie repose en effet sur de très vieilles idées selon lesquelles, notamment, seule une différence de degré différencie un remède d'un poison (les mots *pharmakon* en grec et *potio* en latin s'appliquaient à la fois aux remèdes et aux poisons, puisqu'ils désignaient toute substance introduite dans le corps pour en modifier l'état). De là, une loi de similitude, bien connue déjà dans la tradition hippocratique, que l'homéopathie généralise : la même substance qui produit certains symptômes chez un sujet bien portant peut les faire disparaître chez un malade. Une telle idée était à la mode à la fin du XVIII^e. On cherchait alors à s'affranchir du principe selon lequel seul le contraire soigne le contraire. Contre la goutte, considérée comme liée aux excès alimentaires, on prescrivait ainsi des régimes. John Brown, qui en souffrait, essaya de soigner le même par le même (*similia similibus curantur*) et prit des stimulants.

Dans ce contexte, le fondateur de l'homéopathie, Samuel Hahnemann (1755-1843), se mit à prescrire des substances, éventuellement nocives, à des doses extrêmement faibles, ce qui à l'en croire importait peu puisque lesdites substances étaient censées agir par nature et non en fonction de leur quantité. A 7, 12 et même 30 CH¹⁰⁴, la loi d'Avogadro assure que les dilutions ne contiennent plus la moindre molécule de la substance active. Hahnemann le savait et, de manière assez extraordinaire, cela ne lui parut pas contredire ses principes ! Il expliquait que les dilutions avaient permis d'atteindre l'élément sublimé, la quintessence des substances¹⁰⁵. De nos jours, les homéopathes suggèrent plutôt que le solvant a hérité les propriétés thérapeutiques, invoquant parfois à cet égard une hypothétique mémoire de l'eau... Notons seulement, d'un point de vue purement matérialiste, que les laboratoires français producteurs de médicaments homéopathiques réalisent un chiffre d'affaires supérieur à 600 millions d'euros en ne vendant proprement rien !

¹⁰⁴ CH = centésimale hahnemannienne. A 3 CH, le produit actif est déjà dilué un million de fois.

*

Evolutions contemporaines concernant l'idée de remède.

Le succès de l'homéopathie réintroduit ouvertement dans nos comportements thérapeutiques de vieilles règles d'efficacité magique : le mal guérit le mal et une dose symbolique suffit car l'agent causal est d'abord qualitatif, etc. Par là même, la faveur contemporaine dont bénéficie l'homéopathie est un fait social parmi les plus intéressants de notre époque - quoi qu'il demeure bien peu considéré en tant que tel. Ses racines sont sans doute très diverses et, aussi loin qu'on puisse en juger, assez embrouillées : défiance vis-à-vis du corps médical en même temps que volonté de gérer sa propre santé de manière plus active ; recherche d'une solution thérapeutique quelle qu'elle soit et scepticisme généralisé quant aux prescriptions ; curiosité et ouverture d'esprit liées à la généralisation de l'éducation secondaire et supérieure en même temps qu'affaiblissement de la culture scientifique de base des populations, du fait de la dégradation du même enseignement, etc.

En regard, les indications que l'on peut tirer du succès de l'homéopathie, comme des autres thérapeutiques alternatives, paraissent plus nettes : deux siècles d'une médecine tentant d'être scientifique auront été aussi célébrés pour leurs exploits que peu compris quant à leurs enseignements généraux : que l'ordre du corps ne suit pas celui de l'imagination ; que nous n'avons donc pas plus de compréhension immédiate de nos maux que de connaissance facile de notre organisme. Tout cela, qui devrait faire reconnaître pour simplement niais les principes homéopathiques – pour lesquels une substance guérit symboliquement et comme miraculeusement un mal - tout cela n'a visiblement guère été pleinement reçu ; y compris par nombre de médecins sans doute.

Pour autant, on ne peut parler d'une simple résurgence de modes de croyance plus anciens. En matière de consommation de remèdes, les demandes se croisent, se mêlent. L'illustre le récent et ambigu "succès" d'un produit comme le Prozac : calmant ? euphorisant ? médicament ? Les thérapeutiques tendent désormais, comme les religions, à être consommées "à la carte".

Des impératifs de marché. La prévention comme stratégie commerciale.

Dans ce contexte, pratiques magiques et médecine scientifique sont souvent mises sur le même plan. Les consommateurs n'ignorent pas qu'elles diffèrent par nature. Mais ils veulent pouvoir procéder à des optimisations de leurs choix. Ils voudront ainsi qu'à une même demande répondent plusieurs offres et trouveront réciproquement aux produits les plus consommés différents emplois. Beaucoup de médicaments ne répondent plus seulement à un objectif de soin en effet mais devraient être rapprochés de la consommation de stupéfiants et d'excitants, ainsi que, plus généralement, de fortifiants – en France, 17,5% des personnes

¹⁰⁵ Voir R-P. Guillot *Samuel Hahnemann, pionnier de l'homéopathie*, Genève, Sum, 1993. Un ouvrage qui illustre particulièrement la continuité entre les traditionnelles histoires de saints et la présentation moderne des travaux de "grands" savants.

relevant de la médecine du travail porteraient des traces de produits “dopants” dans leurs urines.

De tels rapprochements peuvent choquer. Ils ne correspondent pourtant qu’à des segmentations de marché dans le contexte, *devenu essentiellement marchand*, de la santé. Un contexte où les laboratoires pharmaceutiques dépensent bien plus en publicité qu’en frais de recherche et où un vecteur essentiel de développement commercial est la prévention des maladies (pas besoin d’être malade pour consommer de nombreux médicaments). Celle-ci, sans surprise, ne pouvait en effet que devenir le fer de lance d’un marché du médicament et des soins médicaux qui est en augmentation constante, alors que les coûts de recherche sont de plus en plus élevés et les médicaments véritablement innovants de plus en plus rares¹⁰⁶. Et cette approche trouve de nombreux relais - diététiques notamment.

Vivre pour se soigner.

En août 1998, un grand hebdomadaire français publiait un dossier sur “les nouvelles découvertes diététiques”, accompagné de recommandations “dictées par la recherche récente”, concernant le régime alimentaire idéal. Rien que de très banal, en somme. On y apprenait en substance qu’il ne faut pas manger pour vivre mais vivre pour se soigner. Au petit-déjeuner, on préférera ainsi le thé vert au café car il protège le cœur et diminue le risque de cancer de l’estomac. Il pourrait protéger aussi des cancers du poumon, du côlon, etc. Un bénéfice “dû à ses composés phénoliques, quercétine et épigallocatechine gallate”. Avouons qu’en matière de jargon fumeux, les médecins de Molière n’auraient pas fait mieux ! On se demande notamment sur quelles séries statistiques concernant les buveurs réguliers de thé vert dans nos sociétés de telles affirmations peuvent bien être fondées... A l’évidence, nous sommes ici encore dans la recherche magique d’une substance contre un mal. Mais en fait, on a seulement cru pouvoir noter que, chez la souris, l’apparition de certains cancers serait prévenue par le thé vert, c’est-à-dire, peut-être, par l’un de ses principes actifs, un composé phénolique appelé gallate d’épigallocatechol, dont on a fait l’hypothèse qu’il pourrait inhiber l’angiogenèse, c’est-à-dire la formation de nouveaux vaisseaux sanguins, et l’irrigation sanguine, toutes deux propices à la croissance des tumeurs et à la dispersion des métastases dans l’organisme.

Un peu plus loin, on nous recommande un verre de vin rouge au déjeuner, car “c’est la dose qui permet une légère réduction de la mortalité totale, selon une étude récente”. Question : combien de lecteurs auront-ils immédiatement remarqué qu’une telle phrase n’a à peu près aucun sens ? Mais rien n’y fait et l’on parle désormais “d’aliments” pour désigner les aliments qui mettent en avant leur action positive sur la santé, comme les yaourts au bifidus. Bien que l’utilité réelle de ces produits « probiotiques » ne soit pas démontrée, ils correspondent à au moins 30% des nouveaux produits alimentaires introduits sur le marché chaque année - et les dentifrices, shampoing, etc., ne sont pas en reste. Il faut comprendre que, même résolument asservies aux intérêts marchands, de telles productions n’en répondent

¹⁰⁶ Voir P. Pignarre *Le Grand secret de l’industrie pharmaceutique*, Paris, La Découverte, 2003.

pas moins à une véritable attente¹⁰⁷. Une attente qui va de pair - c'est cela dont il est le plus difficile de se convaincre, alors que les deux ne correspondent finalement qu'à l'affirmation du point de vue du consommateur - avec une suspicion de plus en plus grande vis-à-vis des actes médicaux : refus de s'y plier, besoin de multiplier les avis, vigilance exercée sur la possibilité de faute (facteur d'indemnisation) dans l'acte médical, etc.

On a pu ainsi se poser des questions quant à la réelle justification de la campagne de vaccination contre l'hépatite B, lancée en France pour le plus grand profit des laboratoires pharmaceutiques, avec un fracas médiatique et un appui du ministère de la Santé qui avaient de quoi étonner en regard de la circonspection adoptée par la plupart des pays voisins. Depuis, suite à de nombreuses plaintes, on a pu établir que la courbe du nombre d'adultes vaccinés contre l'hépatite B et celle de l'apparition de cas de sclérose en plaques dans les années 90 coïncident. Mais, de l'une à l'autre courbe, les études ne prouvent pas avec certitude un lien de cause à effet. Quant au cas de sclérose en plaques, on se demande si le vaccin n'a pas été un simple facteur déclenchant. Dans de telles conditions, faut-il vraiment s'étonner que 40% de nos contemporains affirment se méfier des vaccins !?

Aux USA, un refus des vaccins s'est développé chez certaines personnes à partir de la dénonciation des effets du vaccin diphtérie-tétanos-poliomyélite¹⁰⁸. En 2009, la campagne lancée massivement en France contre une épidémie de grippe A dont on redoutait publiquement des conséquences catastrophiques pour le pays, se heurta à une attitude largement dubitative de la part de la population¹⁰⁹. La vision d'un monde livré à de vastes manipulations commanditées par des intérêts privés ayant les moyens de corrompre toutes les institutions se répand dans nos sociétés et la médecine en fait particulièrement les frais. Or ce sont sans doute là plus que des visions. Dès lors que d'énormes scandales, comme celle du Mediator en France, sont avérés, qui croire ? Des médicaments aussi prescrits que les statines (qui réduisent le taux de cholestérol) peuvent être dénoncés comme non seulement inefficaces mais encore nocifs dans 10% des cas¹¹⁰. Or, que cachent de telles dissonances ? Que, selon les estimations, la moitié seulement des essais cliniques réalisés pour tester sur l'homme les médicaments sont communiqués, de sorte que les médecins prescripteurs d'un nouveau médicament n'ont, dans de nombreux cas, pas d'autre moyen de juger de leur efficacité que ce qu'en disent les laboratoires qui les commercialisent¹¹¹. Mais parler de « dérives » du système de santé serait sans doute jugé « populiste ».

On verra ainsi quel sera l'impact des vaccins d'un nouveau type qui furent produits à l'occasion de la crise sanitaire survenue début 2020. Présentés d'emblée, alors même qu'ils n'avaient pas encore été produits, comme les seuls remèdes possibles et d'une efficacité quasi parfaite, ces nouveaux vaccins qui furent rendus non pas obligatoires mais imposés de manière

¹⁰⁷ Voir, plus généralement, M. Ferrières *Histoire des peurs alimentaires*, Paris, Seuil, 2006.

¹⁰⁸ Voir S. Mnookin *The panic virus*, New York, Simon & Schuster, 2011.

¹⁰⁹ Sur la gestion actuelle des risques de pandémie, voir P. Zylberman *Tempêtes microbiennes. Essai sur la politique de sécurité sanitaire dans le monde transatlantique*, Paris, Gallimard, 2013.

¹¹⁰ Voir P. Even *La vérité sur le cholestérol*, Paris, Ed. du Cherche Midi, 2013.

très contraignante, n'empêchaient pourtant ni d'être contaminés ni d'être contagieux, de sorte que l'on expliqua bientôt qu'ils protégeaient surtout des formes graves de la Covid 19, ce qui a pu être sérieusement contesté...

*

3. 3. 28.

La maladie nous requiert tout entier.

Ce que soulignent au plan thérapeutique l'étrange effet placebo comme les demandes variées concernant les médicaments, c'est que la santé est une réaction globale, engageant de nombreux facteurs et perceptions - notamment psychiques. Souffrance et maladie ne sont vraiment définissables qu'au niveau individuel car l'homme "fait" sa douleur, comme sa maladie et ne se contente pas de les subir. Aucune conception de la maladie ne peut faire l'économie de son retentissement chez le sujet qui en est atteint, note Georges Canguilhem. Il n'y a pas de maladie sans malade. La maladie nous réclame tout entier.

Être malade, souligne René Leriche, c'est vivre d'une autre vie. Et celui qui se remet d'une maladie est un homme nouveau. Sa physiologie est moins déviée, en effet, que nouvelle par rapport à son ancien corps bien portant (ses seuils de réaction ont été modifiés, comme son immunité, etc.). Elle n'est plus exactement celle transmise par l'hérédité (*Philosophie de la chirurgie*, 1951, p. 32¹¹²).

La solitude de l'homme malade est avant tout dans la nouveauté par rapport à lui-même. Celui qui souffre est seul dans la mesure même où il n'est plus le même et ne sait pas se reconnaître : comment vivra-t-il désormais ? Qu'est-ce qui l'attend ? Quelles choses lui sont désormais inaccessibles ? Quels projets peut-il encore porter ? Santé et maladie placent le vivant dans la perspective de sa propre valeur¹¹³. *Elles font de lui un être finalisé*. Et, de ce point de vue, la maladie qui dérange profondément la vie *peut être une « chance »* – c'est sous ce terme que Fritz Zorn désigne son cancer ; "la chose la plus intelligente que j'ai jamais faite... Depuis que je suis malade, je vais beaucoup mieux qu'autrefois" (*Mars*, 1977¹¹⁴).

Bien entendu, quiconque souffre aura du mal à l'entendre. Force est pourtant de reconnaître que la maladie peut être favorablement reçue ; qu'elle peut même être

¹¹¹ Voir B. Goldacre *Bad Pharma: how Drug Companies mislead Doctors and harm Patients*, Faber & Faber, 2013.

¹¹² Paris, Flammarion, 1951.

¹¹³ Voir le n° 2 de la *Revue des mondes contemporains*, 2012, L'événement de la maladie.

anxieusement recherchée. Et ainsi, lorsque le médecin, après examen, affirme à l'hypocondriaque qu'il n'a rien, sa parole, qui voudrait rassurer, n'est pas crue et ne peut l'être.

L'hypocondrie ou la satisfaction d'être malade.

L'hypocondrie désigne une préoccupation perpétuelle de sa propre santé qui, profitant de légers troubles, entraîne une écoute obsédante des sensations potentiellement anormales du corps ou de telle de ses parties – Kant a longuement décrit ce trouble et comment il l'a vaincu dans son propre cas (*Le conflit des facultés*, 1798, III, 1¹¹⁵). Pour les Anciens, il s'agissait là d'une mélancolie trouvant sa source organique dans l'abdomen ou hypocondre.

On retrouve l'hypocondrie dans nombre de névroses et de psychoses, où elle est susceptible de prendre des formes délirantes graves, pouvant aller jusqu'à l'intoxication de soi-même ou de proches et même jusqu'au meurtre du médecin (par délire paranoïaque d'empoisonnement, notamment). Dans le Syndrome de Cotard, elle correspond à un délire de négation d'organes (le cœur n'existe plus, etc.).

Certain d'être malade, l'hypocondriaque se demande anxieusement de quoi et entre souvent dans une relation de défi avec les médecins, jugés incapables de trouver ce qu'il a. Il se plaint d'une douleur organique qu'aucune lésion ne permet pourtant d'attester ? Qu'importe, il se persuade qu'une maladie grave l'affecte (nosophobie) et peut en mimer alors les troubles (pathomimie).

S'agit-il là d'un dérangement ? D'une maladie ? On ne sait trop le dire car l'attitude est fort répandue. Chacun connaît sans doute, en effet, de ces malades imaginaires, qui paraissent craindre et désirer tout à la fois être malades. De ces personnes que les questions médicales passionnent et qui pour rien au monde ne voudraient manquer les derniers maux et les derniers traitements à la mode ; qui n'hésiteront donc pas à dire au médecin ce qu'il doit leur prescrire et auxquelles les médecines parallèles offriront des opportunités d'automédication incessamment renouvelées¹¹⁶.

De tels individus sont assez nombreux. En fait, personne ne paraît tout à fait échapper à l'hypocondrie et l'on a pu parler en ce sens d'un "complexe hypocondriaque universel". Ce qu'il faudrait comprendre non comme une perception tronquée de nos sensations corporelles mais comme un désir positif et beaucoup plus général d'être souffrant. Cela obligeant dès lors à reconnaître ce que chacun sait mais qui ne se dit pas facilement : que la maladie peut-être la source d'une satisfaction directe, qui n'en efface cependant pas la souffrance¹¹⁷. Etre traité avec une certaine importance, capter l'attention, trouver l'occasion de multiples petits

¹¹⁴ Paris, Gallimard, 1979.

¹¹⁵ *Œuvres philosophiques III*, trad. fr. Paris, Pléiade Gallimard, 1986.

¹¹⁶ Sur le phénomène d'automédication, voir S. Fainzang *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, PUF, 2012.

¹¹⁷ Voir M. Balint *Le médecin, son malade et la maladie*, 1957, trad. fr. Paris, Payot, 1996, p. 276 et sq.

chantages affectifs, se soustraire à de pénibles obligations, tels sont en effet les principaux bénéfices de l'état malade... Les gémissements d'une rage de dents ne sont pas sans artifice. Ils sont sournois et expriment la jouissance de celui qui souffre qui, autrement, ne se donnerait pas tant de peine, lit-on dans les *Notes d'un souterrain* (1864, IV¹¹⁸) de Dostoïevski. Le romancier Shûsaku Endô a particulièrement développé ce thème de la douleur tout à la fois hantise et refuge, horreur et protestation, expression d'une certaine bassesse en même temps que martyr (*Douleurs exquises*, 1965-1979¹¹⁹).

Quoique difficiles à appréhender et à interpréter, de telles attentes ne sauraient être négligées et l'hypocondrie être simplement rangée dans les à-côtés des progrès de la médecine, qu'elle aura plutôt continûment accompagnés. Avec la large diffusion des manuels de médecine, l'hypocondrie n'a jamais été aussi répandue, écrivait-on dès le milieu du XIX^e siècle¹²⁰. Au même moment, l'*Histoire naturelle de la santé et de la maladie* (1843) de François Raspail, qui plaidait pour un usage généralisé du camphre, devenait l'un des principaux manuels d'automédication.

Surtout, l'histoire de la médecine moderne est traversée par des maladies dont il est peut-être difficile de dire qu'elles auront représenté des "modes" mais qui semblent bien en tous cas avoir acquis de l'importance à travers de véritables phénomènes d'imitation. L'anorexie chez les adolescentes en est une illustration de nos jours. Les allergies, de même, "plaisent" depuis quelques années. Dans certains cas, on a même souligné que la "popularité" de certains troubles peut aller de pair avec le lancement d'un médicament destiné à les soulager, à l'instar de n'importe quelle campagne de publicité – les TOC ainsi.

Dans l'hypocondrie, la psychanalyse n'a pas manqué de reconnaître une érotisation du corps, vécue dans la culpabilité. Il faudra bien écrire un jour une histoire de la médecine qui fasse sa place à l'imaginaire social - à l'érotisation des lieux et des rôles médicaux notamment, dont témoigne leur exploitation constante dans les séries populaires.

Qui est saisi par la maladie prend pied dans un autre monde, lit-on dans un roman de Jean Reverzy. Qu'importe ainsi au moribond le regard de ses proches. Il est hors de son passé, ailleurs, dans un monde où rien ne l'atteint, ni la religion, ni la pitié, ni les paroles de foi et d'espérance, échos d'un monde perdu. La maladie est créatrice et elle est son œuvre, aux limites supérieures de l'état humain (*La vraie vie*, 1960¹²¹). A l'occasion de sa transformation, de sa mise en difficulté, le Moi trouve comme une nouvelle fondation. Alors, l'individualité prend véritablement sens comme tout, comme fin. *Le malade découvre ce qu'il savait déjà mais ne réalisait pas, qu'il est à lui-même son propre but*. Ainsi une maladie de quelque importance peut-elle être propice aux grandes décisions.

¹¹⁸ trad. fr. Paris, Flammarion, 1992.

¹¹⁹ trad. fr. Paris, Denoël, 1991.

¹²⁰ Voir C-F. Michéa *Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypocondrie*, Paris, Labé, 1845.

Ainsi somme-t-elle les autres de se déclarer avec ou contre nous... Même s'il frappe aveuglément, le mal ne représente pas un échec mais donne une dimension universelle à un destin singulier. Ce n'est pas seulement qu'on s'y découvre sujet. Il est une positivité de la maladie qui tient à ce qu'on y est *pleinement* sujet - une sensation que l'hypochondriaque voudrait trouver, sans la souffrance.

La découverte de soi comme fin, toutefois, ne peut guère aller sans douleur. La maladie met certes notre destin en lumière. Mais alors même qu'il vacille, menacé. Notre singularité individuelle y est éclatante. Mais précisément dans la rupture angoissante d'avec la vie courante, la vie des autres. Nous sommes bien nous alors. Mais dans l'affliction. Dans la perspective de notre propre disparition. Comme si la conscience avait précisément pour prix la douleur.

* *

¹²¹ Nantes, Le Passeur, 1998.

B) La douleur

3. 3. 29.

Seule la médecine moderne a véritablement entrepris de s'attaquer à elle.

Il est très abusif de soutenir, comme on le lit pourtant assez souvent, que la médecine moderne s'est développée en faisant fi de la souffrance ressentie par les malades. Car s'il est vrai que, selon ses principes anatomo-cliniques, nous l'avons vu, la médecine nouvelle qui se constitua au tournant du XIX^e siècle ne pouvait que se concentrer sur le traitement étiologique, attendant que la douleur disparaisse avec la lésion qui en est la source, seule cette médecine, néanmoins, se souciera effectivement de développer les antalgiques et l'anesthésie. En fait, ce sont les médecines traditionnelles qui semblent avoir largement négligé le besoin de soulager la souffrance. Le manque d'inventivité dont on fit preuve en matière d'anesthésiques pendant des millénaires a de quoi surprendre en effet.

Le lent développement des méthodes anesthésiques.

Du jus de mandragore, mêlé ou non de jusquiame et tout juste suffisant pour provoquer un sommeil peu profond. Du jus de laitue sauvage. De l'ellébore. Le laudanum, une potion opiacée peu efficace qu'inventa Sydenham, que recommandait Paracelse et dont un abus passe pour avoir provoqué la mort de Voltaire. Voilà à quoi se ramenaient les anesthésiques courants, les "anodyns", à l'âge classique en Europe.

A partir du Moyen Age, on s'était mis à comprimer les artères carotides et les veines jugulaires en remplacement des "éponges somnifères" de l'Antiquité, imbibées de narcotiques ; lesquelles, comme l'opium, n'étaient pas même d'emploi général. Galien les avait condamnées et le pavot, qu'on utilisait ici ou là en applications locales ou en pastilles - Pline nous en donne le mode de préparation (*Histoire naturelle*, Ier siècle ap. JC, XX, LXXVI¹²²) - passait pour un poison.

La vertu dormitive de l'opium fut découverte en 1806 et baptisée "morphine" en 1817. Mais l'emploi des premiers anesthésiques attendit le milieu du XIX^e siècle : le protoxyde d'azote (gaz hilarant) avec Horace Welles (1844), l'éther avec William Morton (1846), le chloroforme avec James Simpson (1850). Le premier accouchement réalisé en état d'inconscience sur la reine Victoria en 1853 par l'emploi de chloroforme suscita un scandale tant du point de vue religieux - peut-on enfanter sans douleur malgré le commandement divin ? - que médical : supprimer la douleur passait pour être dangereux pour l'opérée¹²³. Léon Bloy jugera que c'était là une nouveauté démoniaque (*Journal*, 27 juin 1908¹²⁴).

¹²² trad. fr. Paris, Les Belles Lettres, 1950-1985.

¹²³ Voir G. Arnulf *L'histoire tragique et merveilleuse de l'anesthésie*, Paris, Lavaurelle, 1989.

La médecine moderne tentera de ramener toute souffrance à une douleur mesurable. Elle la pensera comme un mal susceptible de prévenir de maux plus grands encore et favorisant ainsi l'adaptation.

La médecine moderne voudra désubjectiver la souffrance. Ne la considérer que dans la mesure où elle peut être ramenée à une sensation nettement circonscrite et quantifiable - à une *douleur* ; celle-ci pouvant être définie comme l'objectivation d'une souffrance ressentie. Certains lui donneront une mesure (en dols), d'autres inventeront des instruments particuliers pour la mesurer ("algoesthésimètres")¹²⁵. *Le XIX^e siècle, rapportant la maladie elle-même à un excès physiologique nous l'avons vu, ne pouvait logiquement définir la douleur que comme la forme intensive d'une sensation.* Mais on en vint aussi bien, nous le verrons, à considérer que la douleur repose sur des récepteurs spécialisés - des points cutanés particuliers par exemple (on parle de théories "spécifistes" de la douleur).

En même temps, on pensera pouvoir justifier la douleur comme un facteur favorisant l'adaptation : un mal dont le rôle est de nous avertir d'un mal plus grand et nous permettre de nous en protéger. C'est là un point de vue, encore assez fréquemment défendu de nos jours¹²⁶. Il apparut notamment avec Herbert Spencer (*Principes de psychologie*, 1855, I, pp. 295-296 ; p. 572¹²⁷).

Cette approche n'est bien sûr pas limitée à la douleur seule mais peut également permettre d'interpréter de nombreuses réactions pathologiques affectant le sujet en même temps que le protégeant : la fièvre, ainsi, comme élévation de la température corporelle favorisant la destruction des agents pathogènes, même si elle finit par être nuisible à l'organisme. On cite encore, parmi d'autres réactions de ce type, la faible concentration sanguine en fer dans le cas d'infections. Il s'agirait là d'une réaction de défense : le fer est piégé dans le foie, ce qui empêche les bactéries de se procurer aux dépens du malade cet élément qui leur est indispensable.

Un tel finalisme adaptatif de la douleur voudra également que celle-ci soit apparue très exactement à l'occasion du passage des végétaux aux premiers animaux, soit dans l'éveil de la sensation par rapport au pur réflexe puis que la douleur se soit affinée et amoindrie au fil de l'évolution, en même temps que le jugement prenait le pas sur l'instinct. Autant d'idées ne trouvant de justification que mythique - la souffrance paraît

¹²⁴ 4 volumes, Paris, Mercure de France, 1963.

¹²⁵ Voir H. Piéron *La sensation*, Paris, Gallimard, 1955.

¹²⁶ Voir par exemple P. Chauchard *La douleur*, Paris, QSJ PUF, 1981 ou J-M. Besson *La douleur*, Paris, O. Jacob, 1992.

¹²⁷ trad. fr. en 2 volumes, Paris, Baillière, 1874-1875.

ainsi la rançon de la lucidité, que le sain jugement atténue, preuve que le monde n'est pas foncièrement mauvais - qui seront largement partagées et guideront nombre d'expériences. C'est ainsi que Henry Head (1861-1940) interpréta les localisations ponctuelles des sensations douloureuses (dites "épicritiques") - en des points cutanés par exemple - comme une parade contre une sensibilité originelle beaucoup plus diffuse et fulgurante à la douleur. Comme si la sensibilité primitive (dite "protopathique" et liée à des fibres particulières selon Head) avait été toute dolorifique.

L'expérience de Head. La souffrance est-elle la forme première de la sensation, marquant l'entrée en contact du sujet et du monde extérieur ? La capacité de souffrance croît-elle avec le niveau de conscience ou est-ce le contraire ?

H. Head se fit réséquer les nerfs autour du coude et nota effectivement qu'une sensibilité viscérale à la douleur, caractérisée par une violence et une réactivité immédiates, ainsi que par de grossières erreurs de localisations, réapparaissait dans sa main bien avant la sensibilité au tact (*The Affrent Nervous System from a New Aspect*, 1905¹²⁸). D'autres expériences similaires vérifièrent ce résultat.

Anaxagore enseignait déjà que toute sensation nous mettant en présence de ce qui n'est pas nous et étant ainsi engendrée par le dissemblable, toute sensation s'accompagne de douleur. Nous souffrons sans cesse, dès lors, sans plus le remarquer tant nous y sommes habitués. Sauf lorsque certaines sensations excessives perdurent¹²⁹.

Maurice Pradines contesta l'interprétation de cette expérience (*i.e.* : à l'origine, la douleur sensitive a été l'unique objet de la sensation et le seul ressort de toute réaction) c'est-à-dire la possibilité de conclure de ce mode de régénération des tissus à leur forme originaire ? (*Douleur et finalité*, 1947¹³⁰). Pradines admet qu'au fil de l'évolution les progrès en conscience se sont bien accompagnés de progrès en lucidité, les capacités algiques n'ayant pu que croître en proportion de l'affinement intensif des impressions. Mais si la douleur est ainsi comme la rançon de l'intelligence, il n'y a là pour Pradines aucune finalité. La douleur est absurde et inutile. C'est un écueil de l'évolution qu'il faut apprendre à endiguer.

¹²⁸ *Brain* 68, 1905, pp. 99-115.

¹²⁹ trad. fr. in *Les Présocratiques*, Paris, Pléiade Gallimard, 1988, pp. 661-663. Voir également la critique de Théophraste, pp. 1433-1435.

¹³⁰ *Revue de métaphysique et de morale*, T. LVII n°2, 1947, pp. 158-187.

Maurice Pradines et René Leriche : la douleur n'a pas de finalité. Pure rançon des progrès de la sensibilité et de l'intelligence, elle est inutile.

La douleur, insiste Pradines, n'est pas une sensation spécifique. Elle n'a pas d'excitant propre en effet. Elle ne prolonge pas la sensation mais l'anéantit. On note que les réflexes d'évitement survivent à l'ablation du cortex - la patte de la grenouille décérébrée se rétracte sous une goutte d'acide – et, de là, on est tenté de croire que la sensation douloureuse est antérieure à la conscience elle-même. Il n'en est rien cependant, veut montrer Pradines. La souffrance correspond à l'acquisition d'une conscience plus vive et fine. Elle en est la rançon. Elle se superpose à des excitations réflexogènes de protection qui pourraient bien agir sans elle. La douleur ainsi est révoltante parce que largement inutile. En elle, la volonté se heurte aux limites de sa prison corporelle. "La première donnée du problème de la douleur affective, c'est l'absurdité téléologique de cette affection", écrit Pradines. Ecueil de la sensibilité, elle n'a aucune finalité. La douleur est un anti-déterminisme, un scandale avant tout physique, tant elle va à l'encontre des orientations les plus évidentes de la vie.

La douleur ne protège pas l'homme mais le diminue, avait déjà dit le chirurgien René Leriche. Elle est contre-nature. C'est la terrible rançon de la perfection lentement acquise de nos sens. La douleur représente ainsi tout à la fois le couronnement et le caractère le plus aberrant de notre sensibilité (*La chirurgie de la douleur*, 1936¹³¹).

La chirurgie de la douleur et les endomorphines.

René Leriche fut le principal promoteur d'une chirurgie visant, devant l'impossibilité à supprimer autrement la douleur, à lui interdire l'accès aux centres supérieurs, soit par intervention sur les voies de la sensibilité du système nerveux cérébro-spinal soit directement sur le système sympathique - technique où s'illustra plus particulièrement Leriche. En plus d'être mutilantes, cependant, de telles interventions n'apportent souvent qu'un soulagement transitoire, de sorte qu'on préféra par la suite tenter de stimuler directement certains mécanismes naturels d'inhibition mis en évidence en 1965, dans lesquels sont impliquées des substances antalgiques secrétées par les cellules nerveuses elles-mêmes, des neuropeptides intracérébraux proches de la morphine, baptisés "endomorphines" ou "enképhalines", qui sont les ligands naturels de différents récepteurs opioïdes des cellules nerveuses. Il s'agit là

¹³¹ Paris, Masson, 1949.

d'enzymes qui se dégradent rapidement et dont les effets sont donc courts. Des espoirs ont été ensuite placés dans une molécule PL 37 qui permet de les prolonger¹³².

Pourrait-il cependant s'agir là du traitement antidouleur idéal ? Leur effet étant accru, les endomorphines entraînent, avec une perte progressive de leur efficacité analgésique, les mêmes effets indésirables que la morphine et les autres dérivés des opiacées (comme le fentanyl ou la méthadone) et notamment la dépendance. Celle-ci étant due à l'activation d'une protéine spécifique, produite lorsqu'une molécule de morphine se fixe sur le récepteur μ OR. Une molécule a pu néanmoins être synthétisée qui réduit cette activation tout en conservant les propriétés analgésiques.

Pour Leriche, la douleur relève entièrement de la pathologie et non de la physiologie. C'est qu'il la tient pour parfaitement inutile. A quoi a bien pu pendant des siècles servir la douleur de l'appendicite, demande-t-il, tant que les médecins étaient incapables de l'opérer ? Si la santé, déclare Leriche, selon une formule qui deviendra célèbre, si *la santé c'est la vie dans le silence des organes*, c'est-à-dire l'inconscience où l'on peut être de son propre corps en l'absence de toute sensation douloureuse, c'est là la définition d'un malade et non d'un médecin. Car ce dernier sait bien que le silence des organes n'est pas forcément un signe de santé. La plupart des maladies graves s'installent en nous sans crier gare et quand la douleur arrive, il peut être déjà trop tard - preuve qu'elle ne sert à rien.

*

Distinguer douleur d'alarme et douleur chronique.

Finalement, quant à savoir si la douleur représente quelque chose d'utile ou non, il convient sans doute de distinguer la douleur de son retentissement émotionnel. Il est difficile en effet d'imaginer que des systèmes aussi complexes que ceux de la nociception aient pu se mettre en place en échappant aux nécessités de l'évolution, c'est-à-dire sans favoriser en quelque façon l'adaptation des espèces.

La nociception.

La nociception désigne l'ensemble des fonctions de l'organisme qui permettent de détecter, de percevoir et de réagir à des stimuli nociceptifs, c'est-à-dire capables de nuire (*nocere* en

¹³² Voir J-C. Fondras *La douleur, expérience et médicalisation*, Paris, Ed. Médecine et sciences humaines,

latin). La douleur s'inscrit dans ce dispositif. Mais elle peut être également d'origine neurologique (lésions de nerfs) ou psychique (ne reposant alors sur aucune lésion décelable).

Les douleurs liées à la nociception sont les plus nombreuses. Elles consistent en ce que, libérée par les cellules lésées ainsi que par les cellules de la défense immunitaire, une "soupe inflammatoire" de molécules diverses - dont l'un des plus connues est la capsaïcine, qui donne par ailleurs sa saveur au piment - active les fibres nerveuses, qui préviennent le cerveau que leur zone d'intervention est en difficulté. Mais avant cela, l'information nociceptive est encore modulée - c'est-à-dire amplifiée ou inhibée - par différents systèmes de contrôle, la moelle notamment.

Périphériques, la plupart des antalgiques (anti-inflammatoires non-stéroïdiens, aspirine, paracétamol) visent à empêcher la formation par les tissus lésés de molécules médiatrices de l'activation nociceptive. Par différence avec la morphine et ses dérivés, qui empêchent la transmission des signaux nociceptifs au niveau du tronc cérébral.

Au total, la douleur est faite de plusieurs composantes. Elle tient aux informations sensorielles transmises au cerveau par des terminaisons nerveuses spécialisées. Elle contient ensuite une composante cognitive faite de ce que la conscience comprend de la douleur et de ses conséquences (danger, altération de l'intégrité personnelle) et qui mettrait en jeu le cortex préfrontal. Une troisième composante affective, enfin, est bien moins connue et détermine la réaction à la douleur. Dans quelques très rares cas d'asymbolie à la douleur, des patients atteints de lésions cérébrales peuvent être ainsi indifférents à la souffrance physique, quoique les circuits nerveux informant le cerveau soient chez eux toujours fonctionnels. Ils ne cherchent pas, dès lors, à éviter certains dangers.

La douleur localisée et passagère peut incontestablement être l'alarme d'un comportement de défense et de protection. Elle fait partie intégrante de la physiologie car elle participe à la régulation des rapports entre les individus et leur milieu, comme le prouvent, *a contrario*, les (très rares) cas d'insensibilité congénitale : insensible à la douleur, l'individu doit vivre confiné dans un environnement totalement protégé.

L'un des symptômes de la lèpre est d'entraîner l'insensibilité à la douleur. On a pu rapporter le cas de lépreux dont les rats rongeaient les chairs pendant la nuit sans les réveiller.

Toutefois, fallait-il que cette fonction d'avertissement soit acquise par quelque progrès de conscience pour ce qui regarde la sensation positive de la douleur ? Le simple amoindrissement du plaisir n'aurait-il pu suffire ? demandait David Hume (*Dialogues sur*

la religion naturelle, publiés en 1776¹³³). On pourrait vivre sans aucune souffrance, affirmait-il¹³⁴.

Force est en effet de distinguer la douleur d'alarme, aiguë mais brève et superficielle (épïcrite), le plus souvent déclenchée par un traumatisme ponctuel, de la douleur chronique, qui délabre l'ensemble de l'individu et qui semble avoir perdu sa signification biologique initiale d'avertissement. Cette douleur-là ne renvoie pas à la variation quantitative d'un phénomène physiologique mais à un état proprement pathologique qui concerne l'individu vivant tout entier.

On qualifie de « chronique » une douleur qui se prolonge au-delà de trois à six mois. 25% de la population des pays développés souffriraient de douleurs chroniques.

3. 3. 30.

La douleur est un phénomène de conscience et non une sensation en soi.

Que la douleur engage une réaction de tout l'individu souffrant - celui-ci ne se contentant pas de la subir - est assez évident. Car une sensation ne peut être douloureuse en soi, comme si elle préexistait au fait de conscience qui la reconnaît telle. Le caractère douloureux d'un stimulus ne peut être défini comme tel que par la sensation qu'il procure, de sorte que la douleur renvoie à un phénomène cérébral qui, d'une excitation, fait une sensation. A la limite, même, la douleur peut exister en l'absence complète d'un stimulus périphérique (douleur d'origine centrale, algohallucinoïde ou douleur "ressentie" par les amputés dans leur membre perdu).

Dès 1849, Charles-Edouard Brown-Séquard montrait que la sensibilité à la douleur peut être augmentée dans une partie du corps par le simple sectionnement de la moelle épinière à la hauteur de la dixième vertèbre dorsale (*Recherches expérimentales sur la transmission croisée des impressions sensibles dans la moelle épinière*¹³⁵).

Les théories spécifistes de la douleur.

Cette évidence, pourtant, se trouvait niée à la fin du siècle dernier par les théories dites "spécifistes" de la douleur, fondées sur l'idée que la douleur est une sensation en soi, véhiculée en ligne directe jusqu'à un centre cérébral particulier et que Leriche ou Pradines s'attachent encore à combattre dans leurs écrits, dans la mesure où ces théories contribuèrent largement à reléguer dans l'ombre les dimensions affectives et cognitives de l'expérience globale de la douleur et de la maladie.

¹³³ trad. fr. Paris, Vrin, 1973.

¹³⁴ L'idée venait de Pierre Bayle, que Leibniz cite en ce sens dans ses *Essais de théodicée* (1710, Paris, GF Flammarion, 1969, § 342).

L'anatomie microscopique avait permis d'identifier des structures nerveuses différenciées au niveau cutané dont il était logique de penser qu'elles remplissent des fonctions différentes. Frappé par la distribution pointilliste de la sensibilité à la chaleur et au froid de la peau, Max von Frey avait notamment identifié des points de douleur cutanés et réalisé un "esthésiomètre" pour en mesurer la sensibilité (*Druckempfindung und Schmerz*, 1897). Après lui, on chercha des fibres reliant ces récepteurs à la moelle et, de là, à quelque centre spécialisé du cerveau (Alfred Goldscheider *Das Schmerzproblem*, 1920¹³⁶).

Ce modèle d'un système nerveux fixe et à voies directes jusqu'au cerveau - tout à fait digne de l'automate cartésien, a-t-on pu souligner¹³⁷ - permet surtout de démontrer la sensibilité *ponctuelle* du corps à la douleur. Toutefois, comme l'indiquera Charles Sherrington, la spécificité des récepteurs doit être définie comme une sensibilité de seuil à des stimuli particuliers, sans présumer en rien d'une expérience psychologique déterminée (*The integrative action of the nervous system*, 1906¹³⁸). Car on ne peut même pas affirmer qu'il existe une relation univoque entre intensité d'un stimulus et sensation douloureuse. Et l'on sait également que la localisation de la douleur peut différer du lieu de la lésion : l'angine de poitrine se déclare d'abord par des douleurs dans le haut de la poitrine, à l'épaule et surtout au bras gauche, ainsi que par une douleur diffuse dans la partie centrale du thorax.

Au XVIII^e siècle, on fut frappé par les "sympathies" : une partie lésée du corps provoque une douleur ou un effet dans une autre partie éloignée (voir l'article "Eunuques" de l'*Encyclopédie*, 1751-1765¹³⁹). Au XIX^e siècle, de même, on discuta beaucoup de la nature réelle ou virtuelle, par rapport à leur localisation, des névralgies.

La douleur, en d'autres termes, est quelque chose de relatif et il est pratiquement impossible d'isoler une douleur objective de la souffrance ressentie.

Impossibilité de définir objectivement une douleur en regard de la souffrance ressentie.

¹³⁵ Paris, Masson, 1855, pp. 192-193.

¹³⁶ Nous n'avons pu consulter ces deux dernières références.

¹³⁷ Voir R. Melzack & P. D. Wall *Le défi de la douleur*, 1988, trad. fr. Paris, Vigot, 1989, p. 133. Voir la "théorie du portillon" que développent ces deux auteurs à propos des mécanismes de la douleur (p. 143 et sq.).

¹³⁸ Cambridge, The University Press, 1948.

¹³⁹ Reprint en 35 volumes, Stuttgart-Bad Cannstatt, F. Frommann Verlag, 1988. Voir P. Brenot *Les mots de la douleur*, Paris, L'esprit du temps, 1990, pp. 20-21.

Médecin au front pendant la Grande Guerre, Leriche rapporte le cas de ces soldats cosaques que leurs officiers lui recommandaient d'opérer sans anesthésie (pour ne pas les effrayer) et qui, effectivement, supportaient sans broncher des démembrements que l'on pourrait croire en eux-mêmes insupportables. Que la douleur puisse être extrêmement difficile à isoler comme fait, c'est ce qu'illustre particulièrement la souffrance animale.

La douleur animale.

Même la douleur morale ne semble pas épargner les animaux : certains chiens se laissent mourir sur la tombe de leur maître et l'on note des modifications comportementales chez les veaux séparés de leur mère. Il est cependant pratiquement impossible de mesurer le niveau de conscience qu'atteignent de telles douleurs, faute de savoir quelle représentation d'eux-mêmes ont les animaux. En fait, *la médecine est largement impuissante à appréhender la douleur, dès lors que celle-ci existe sans être exprimée*. De sorte que si les grands syndromes douloureux paraissent plus rares chez les animaux que chez l'homme - quoiqu'ils puissent à l'occasion se révéler tout aussi irrépressibles, comme les crises de coliques chez le cheval qui peuvent conduire à de véritables comportements autodestructeurs - un tel jugement doit tenir compte de l'impossibilité à pouvoir compter sur quelques modifications biochimiques spécifiques de la douleur pour apprécier objectivement celle-ci (chez les animaux les recherches ont particulièrement concerné, sans grand succès, les catécholamines, les glucocorticoïdes, les acides gras libres plasmatiques) et alors qu'aucun symptôme caractéristique et infaillible ne peut véritablement être retenu (on ne peut se fier à l'absence d'actes moteurs habituellement retenus comme témoignant d'une douleur pour déclarer que celle-ci n'existe pas, de même qu'à l'absence de plaintes et de cris).

Au total, le tableau clinique d'un animal aussi familier que le chien compte nombre de douleurs présumées dont l'expression fait défaut selon nos critères : les céphalées, par exemple, auxquelles il n'y a pas de raison qu'il échappe, les spondylites, qui peuvent être très avancées sans que le chien ne s'en soit jamais plaint, les ostéopathies chroniques, etc.¹⁴⁰.

*

¹⁴⁰ Sur le thème de la souffrance animale, voir particulièrement Y. Robin *Aspects symptomatologiques de la douleur chez le chien* ; G. Arnault *Aspects symptomatiques de la douleur chez les bovins* ; M. Stoeber *Symptomatologie différentielle des affections douloureuses chez les bovins* in (collectif) « La Douleur »

Vertige de la douleur.

Malade ou blessé, l'animal se terre sans manger, sans bouger, dans un endroit tranquille et sombre - le cas est également rapporté pour les enfants mourants, eux aussi silencieux et immobiles. Une telle attitude est-elle en rapport directe avec la douleur ? L'animal recherche-t-il une position antalgique ? On ne sait trop guère et la croyance populaire fait trop vite de l'animal un sage. Les douleurs liées à l'acte de reproduction chez certaines espèces, ainsi, sont-elles véritablement "acceptées" ? Ou ne sont-elles, décidément, qu'autant d'aberrations de la vie ?

Il est difficile de réaliser et encore plus d'admettre l'omniprésence de la douleur dans le monde animal, qui connaît pourtant peu la mort franche et nette mais le stress de la poursuite et de la traque, accru parfois par le jeu avec la proie, le lent dépeçage d'animaux encore à demi-vifs... Ainsi de la guêpe fouisseuse, dont l'exemple horrifiait Darwin. Elle pique une sauterelle, la paralyse et la ramène dans son repaire. Sa larve pourra s'en nourrir à sa naissance car la proie n'est pas tuée, afin de ne pas pourrir. Elle sera dévorée vivante.

Toute la nature souffre ! Mais beaucoup auront du mal à l'entendre. Ils diront que les animaux, sans doute, ne se rendent pas compte comme nous... La douleur crue, gratuite, sans issue, nous est un vertige. C'est un scandale qui paraît ruiner toute harmonie, toute finalité que nous pourrions prêter au monde.

Schopenhauer. La vie est douleur.

Arthur Schopenhauer disait la douleur naturelle à tout ce qui vit (*Le monde comme volonté et comme représentation*, 1818, IV, § 57¹⁴¹). Nous la portons en nous, écrit-il, au point qu'il ne serait pas absurde de croire que chacun a une part déterminée de souffrance dont sa nature fixe la mesure.

Lorsque nous souffrons effectivement, nous trouvons des prétextes mondains à une douleur qui nous est en fait consubstantielle. Car la vie est désir et effort et, par là même, manque, insatisfaction, douleur foncière. Et notre souffrance sera d'autant plus forte que nous sommes plus lucides (§ 56).

La douleur est sans cause. Elle est de la vie et marque notre propre *contingence*, souligne-t-on¹⁴². Mais cela paraît contradictoire. Car si *la douleur nous ramène à la vie*,

Recueil de Médecine Vétérinaire, Ecole d'Alfort, T. 162, n°12, 1986.

¹⁴¹ trad. fr. Paris, PUF, 1989.

¹⁴² Voir C. Rosset *Schopenhauer, philosophe de l'absurde*, Paris, PUF, 1967, p. 18.

soulignant la précarité de notre destin de vivant, elle ne peut guère nous être jugée naturelle ou essentielle, étant bien plutôt ce qui menace de nous annuler. De ce que la douleur nous incommode à ce point, cela nous invite seulement à conclure qu'elle nous est radicalement autre. Que notre être est d'abord un mode de défense, la préservation précaire d'une vie qui est à elle-même sa propre fin. Que la vie ne consiste pas tant à surmonter des épreuves qu'à leur échapper - même si cela est difficile à reconnaître, tant ce constat blesse notre orgueil.

A tout dolorisme, pouvant aller jusqu'à dire que la douleur est le don le plus excellent de Dieu car c'est en elle que nous nous retrouvons, nous détournant de toute fausse réalité, et que nous trouvons Dieu, comme écrit Max Jacob ; pour lequel la douleur seule assouplit et rend humain (*Méditations*, pp. 96-97¹⁴³), s'oppose la précaire sagesse épicurienne, pour laquelle l'unité du corps, le sentiment de soi comme un, n'adviennent que dans le plaisir. Pour Epicure, le bonheur souverain n'est que dans une fragile victoire sur la douleur. Une vision bien prosaïque face à l'héroïsme doloriste, qui explique sans doute pourquoi elle sera constamment comprise comme une apologie des plaisirs faciles, dans lesquels étaient réputés se complaire les « pourceaux d'Epicure »¹⁴⁴.

Face à la douleur, une finalité du vivant apparaît, limitée à sa survie.

Toute souffrance nous rappelle que le monde peut facilement nous mettre en pièces et notre moi s'abolir dans la douleur, comme notre corps être démembré. Pour que la douleur nous soit naturelle ou essentielle, il nous faudrait un moi très vaste, très fort et un être très substantiel. Il faudrait que nous soyons sûrs que toute douleur peut être surmontée pour qu'elle puisse faire partie de nous. De sorte que ce qui frappe dans le pessimisme schopenhauerien sont cette confiance en soi, cette prétention d'être qui se permettent de juger des maux avec un recul qui fait douter de la capacité à bien en mesurer l'impact ravageur.

Le refus de la douleur, loin d'être lâcheté face à la vie pourrait bien témoigner pour la vie même et il faudrait reprocher au dolorisme schopenhauerien son insuffisance vitale, sensible dans son incapacité à imaginer un désir sans rançon, une jouissance qui puisse ne pas être payée de douleur - à quoi le vivant aspire pourtant profondément.

¹⁴³ Paris, Gallimard, 1972.

¹⁴⁴ Voir V. Brochard *La théorie du plaisir d'après Epicure* in *Etudes de philosophie ancienne et de philosophie moderne*, 1954, Paris, Vrin, 1974.

Si la vie est une capacité d'affirmation de soi face à la douleur qui la menace, le refus absolu de cette dernière n'affirme aucune exception dans la nature qui serait propre à l'homme. Ce refus va seulement au bout de la vie et s'accompagne - cela est plus difficile à reconnaître - d'une fascination inévitable pour le spectacle de la douleur, dans lequel on mesure sa propre précarité et on peut avoir l'impression de la surmonter. Un spectacle - "sublime" (voir 1. 10. II.) - dont le niveau de brutalité tolérable aura significativement varié au cours de l'histoire.

*

Une histoire de la douleur.

On pourrait en ce sens faire l'histoire de la douleur¹⁴⁵. Une histoire non pas tant fondée sur le constat un peu simpliste que nous sommes plus aptes à souffrir que nos ancêtres - lesquels, il est vrai, s'arrangeaient apparemment plus facilement que nous de désagréments que nous jugeons intolérables (sans doute parce que nous les savons soulageables), comme les douleurs dentaires par exemple - mais une histoire retraçant la lente instauration d'une censure face aux spectacles de la douleur et marquant ainsi la lente affirmation d'une impérieuse revendication d'affranchissement face au mal. Car ces spectacles et la fascination qu'ils engendrent sont loin d'avoir disparu de nos jours - au cinéma notamment. Mais on ne les tolère plus que simulés ; la production publique de la souffrance ayant ainsi suivi une voie - de crue à fortement intellectualisée - inverse par rapport à la sexualité ! Au point que nous avons peine de nos jours à comprendre que les souffrances les plus atroces infligées aux hommes et aux animaux ont longtemps représenté un spectacle de choix.

Il suffit de songer à la grande popularité que rencontraient les exécutions capitales¹⁴⁶. Montaigne s'en fait l'écho, rapportant les bons mots des condamnés (*Essais*, 1580, I, chap. XIV¹⁴⁷). Les exécutions avaient souvent lieu de nuit et aux flambeaux, pour renforcer le spectacle. Pouvons-nous nous représenter aujourd'hui ce spectacle d'hommes crucifiés, garrottés, roués ou bouillis dans l'huile ?¹⁴⁸ La dernière exécution publique eut lieu en France en 1939. On nota la présence de noctambules en tenue de soirée.

¹⁴⁵ Mais c'est ce que ne fait pas *l'Histoire de la douleur* de R. Rey (Paris, La Découverte, 1993), un ouvrage au demeurant fort riche quant aux conceptions médicales de la douleur. Mais qui s'y cantonne. Voir plutôt J. Bourke *The story of pain: from prayer to painkiller*, Oxford University Press, 2014.

¹⁴⁶ Voir la description que donne de l'une d'elles Joseph de Maistre dans ses *Soirées de Saint-Pétersbourg* (1821) in *Œuvres complètes*, rééd. Paris, Slatkine, 1979, vol. IV, p. 33. Voir également P. Spierenburg *The spectacle of suffering*, Cambridge University Press, 1984.

¹⁴⁷ 3 volumes, Paris, Garnier, 1948.

De nos jours, note quelque part Nietzsche, la douleur est l'argument premier contre l'existence. Auparavant, elle représentait un attrait de premier ordre. Faisait-elle moins mal ? Il faut répondre non ! Car cet attrait n'a pas disparu. Il n'est qu'un aspect de l'hyper-sensibilité à la douleur et est en ce sens inséparable du refus de cette dernière.

Seulement, à l'époque moderne, avec l'accroissement des capacités d'intervention médicale, la lutte contre la douleur s'est intensifiée, renforçant par là même l'obscénité de cette dernière en même temps qu'elle en élargissait singulièrement la définition.

De nos jours, on peut admettre une douleur sans lésion et considérer que l'acte thérapeutique peut se limiter à soulager une douleur sans s'efforcer de guérir un mal.

Pour tenir compte de sa dimension individuelle, l'*International Association for the Study of Pain* définit de nos jours la douleur comme une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes¹⁴⁹. Au vu d'une telle définition, il est possible de parler d'une douleur réelle même sans le constat d'une lésion - même face à une plainte paraissant injustifiée sur le plan somatique (maladies dites "fonctionnelles", comme de nombreuses névralgies et lombalgies). De là, il sera même possible de reconnaître des catégories cliniques pour lesquelles le soulagement de la souffrance est l'unique objet thérapeutique.

Les soins palliatifs.

Des *Pain clinics* sont ainsi apparues d'abord aux USA ; unités pluridisciplinaires spécialisées dans le traitement de la douleur et particulièrement de douleurs chroniques résistant aux traitements courants et dont l'origine demeure incertaine. On admettra donc de ne pas savoir pour soigner, c'est-à-dire pour soulager. Quitte à avoir délibérément recours, d'ailleurs, nous l'avons vu, à nombre de placebo ou pire (aux USA, les *pains clinics* ont rapidement été accusées de prescrire, par pur profit et donc sans guère de limites, des opiacées comme l'OxyContin ou le Fentanyl, générant de véritables addictions et overdoses).

Mais ce sont surtout les unités de soins "palliatifs" (par opposition à "curatifs") qui se sont développées (en Grande-Bretagne et au Canada dès les années 70 ; en France à la fin des années 80¹⁵⁰). Ces unités s'adressent aux malades graves et particulièrement aux cancéreux en phase terminale, c'est-à-dire alors qu'il n'est plus de bénéfices à escompter des ressources

¹⁴⁸ L'horreur de certains supplices était telle que les juges inséraient parfois dans leur sentence un « *retentum* » prévoyant que le condamné serait discrètement étranglé avant la fin du supplice.

¹⁴⁹ Voir H. Merskey & al. « Pain terms: a list with definitions and notes on usage » *Pain*, 6, 1979, pp. 249-252.

¹⁵⁰ Voir T. Marmet (coord.) *Ethique et fin de vie*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1997.

thérapeutiques en regard de la souffrance supplémentaire que celles-ci ne peuvent manquer d'infliger.

La définition d'un syndrome douloureux oblige à tenir compte de l'évaluation individuelle et sociale, ainsi que des anticipations en matière de maladie.

Au total, on parlera de "syndrome douloureux" ; celui-ci recouvrant trois dimensions principales : sensori-discriminative (nature, localisation, durée de la douleur), motivationnelle (son interprétation comme désagréable, irritative, etc.), cognitive et surtout évaluative, c'est-à-dire l'attention, les suggestions et les anticipations que la maladie requiert et suscite. Atteinte d'un cancer, Susan Sontag notait à quel point la réputation sinistre de cette maladie ajoute aux souffrances et combien il convient avant tout, en regard, d'apaiser l'imagination (*La maladie comme métaphore*, 1989, p. 133¹⁵¹).

C'est particulièrement sous sa dimension évaluative, en effet, que la douleur est vécue comme souffrance - y compris au plan physique. Des études montrent qu'en cas de guerre, à lésions comparables, les militaires blessés réclament nettement moins d'analgésiques que les civils, ce qu'on explique par le fait que le traumatisme revêt une signification positive chez les premiers (vie sauve, éloignement des combats). De la même façon, on peut faire remarquer qu'une douleur dont on envisage la fin prochaine perd une partie de sa violence. Elle n'entame pas le sentiment d'identité personnelle.

A contrario, une douleur pure n'a pas de sens. Elle ne serait pas perçue comme telle. *En jugeant de sa souffrance, la conscience essaye déjà de la défaire et c'est son impuissance, sans doute, qui lui fait souvent le plus mal.* L'être de la douleur, ainsi, est d'être surmontée – humble attente qui, bien entendu, pourra être jugée naïve d'un point de vue supérieur mais peut-être un peu trop littéraire, nous l'avons vu avec Schopenhauer.

La question face à toute souffrance est toujours de décider *en conscience* si elle représente une situation limite infranchissable ou non¹⁵². Tant que je souffre, écrit en ce sens un auteur, je ne suis pas mon corps¹⁵³. La souffrance est un rappel en nous de la vie.

* *

¹⁵¹ trad. fr. Paris, C. Bourgois Ed., 1993.

¹⁵² Voir J. Russier *La souffrance*, Paris, PUF, 1963, conclusion.

¹⁵³ Voir C. Bruaire *Philosophie du corps*, Paris, Seuil, 1968, p. 233.

C) La souffrance

3. 3. 31.

La souffrance désigne le retentissement intérieur et moral d'une douleur. Elle est une douleur étalée dans le temps¹⁵⁴. Elle recouvre une dimension réfléchie et subjective, individuelle, par rapport à la sensation immédiate et comme extérieure de la douleur - bien qu'aucune frontière nette ne puisse être tracée entre les deux. Il n'y a pas de douleur en soi (voir ci-dessus) et pas davantage peut-on admettre la réalité d'une souffrance totalement imaginaire.

Dramatique, marquant une rupture dans le cours de la vie, la souffrance est un événement qui réclame éminemment que lui soient trouvés une finalité, un sens - celui qu'on lui prête le plus couramment étant d'être une épreuve et, avec elle, l'occasion d'une révélation.

La souffrance comme épreuve.

La souffrance éprouve nos capacités de résistance et notre détermination. Comme telle - et plus ou moins teintée d'héroïsme guerrier - elle révèle la valeur de l'homme pour Ernst Jünger (*Sur la douleur*, 1934¹⁵⁵).

On ne peut nier que la douleur offre la possibilité d'une attitude personnelle de courage ou de sagesse. De là, faut-il pourtant en conclure qu'épreuve d'une misère existentielle au sein de laquelle l'homme se révèle pleinement, la souffrance, loin de n'être qu'une simple perturbation de la vie, en dévoile la signification profonde ?, ainsi que l'affirme Frederik Buytendijk (*De la douleur*, 1951¹⁵⁶). Faut-il vanter sa vertu purificatrice ? Parce qu'elle nous force à renoncer aux plaisirs vains, il y a une béatitude de la douleur qui est ouverture au vrai bien, écrit encore Max Scheler (*Le sens de la souffrance*, 1936¹⁵⁷). Tant que nous sommes absorbés par elle et par les efforts que nous faisons pour nous en délivrer, nous ne pénétrons pas la nature de la souffrance qui est de tout sacrifier à ce qui a une valeur supérieure, de nous obliger à subordonner notre vie sensible à une activité spirituelle de plus en plus haute. Toute douleur, ainsi, doit être saisie dans sa dérélition *essentielle*. "Je souffre donc je suis", écrivait Julien Teppe, chef de file d'un mouvement baptisé "dolorisme" (*Apologie pour l'anormal ou Manifeste du dolorisme*, 1935¹⁵⁸ ;

¹⁵⁴ Voir P. Ricœur « La souffrance n'est pas la douleur » *Psychiatrie française*, n° spécial, juin 1992.

¹⁵⁵ trad. fr. Paris-Nantes, Le Passeur, 1994.

¹⁵⁶ trad. fr. Paris, PUF, 1951.

¹⁵⁷ trad. fr. Paris, Aubier, 1942.

¹⁵⁸ Paris, Ed. de la Caravelle, 1935.

Dictature de la douleur, 1936¹⁵⁹). La douleur est le moyen privilégié de reconnaître son identité et d'être vrai par rapport à soi-même, soutenait en substance cet auteur, ajoutant que la souffrance est la visée de toute éducation tant, comme on le lit dans *L'ecclésiaste* (Qo 1 18), tout accroissement de connaissance est aussi un accroissement de douleur¹⁶⁰.

Une vieille idée : la souffrance morale est noble, la douleur physique est indigne.

On trouve chez tous ces auteurs, non exprimée mais facilement décelable, la vieille distinction entre douleur physique et souffrance morale, cette dernière étant la plus intense et la plus noble parce qu'elle est susceptible de nous élever, quand la première menace toujours de nous réduire à l'état d'une bête traquée. La douleur physique, parce que moins personnelle, est finalement plus impudique que la douleur morale. Elle exhibe notre corporéité. Jusqu'au début du XX^e siècle, la Vierge Marie, qui avait défailli au pied de la Croix, était réputée avoir été néanmoins exempte de toute douleur corporelle indigne d'elle.

Au fond, le lieu commun voulant que la souffrance engage tout notre être et nous offre ainsi une épreuve décisive – un point de vue, exprimé par exemple par Paul Ricoeur (*La souffrance n'est pas la douleur*, 1992¹⁶¹) qui voudrait en quelque façon légitimer la souffrance – n'est-il pas un mensonge ?

Dans *Mes mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie* (2017¹⁶²), Ruwen Ogien s'efforce particulièrement de mettre à bas tout justification par la souffrance, ainsi que l'adage *pathei mathos* (la souffrance enseigne). Il en pointe de nombreuses versions et de nombreux avatars – ainsi, à travers le concept, très vague, de résilience qu'utilise largement aujourd'hui le Développement personnel, puisqu'il s'agit en somme de surmonter les épreuves en prenant appui sur elles pour en ressortir plus fort¹⁶³.

*

On ne peut faire de la souffrance une valeur.

Il est difficile de juger d'une souffrance car, subjective, celle-ci renvoie à une diversité de réactions propres à chaque cas. Telle douleur nous trouvera à deux moments différents stoïque et déterminé ou au contraire replié sur nous-mêmes, égoïstement

¹⁵⁹ Paris, La Caravelle, 1936.

¹⁶⁰ Voir R. Rey *op. cit.*, p. 375 et sq.

¹⁶¹ In C. Marin & N. Zaccai-Reyners *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur*, Paris, PUF, 2013.

¹⁶² Paris, A. Michel, 2017.

¹⁶³ Voir H. Carel *La maladie. Le cri de la chair ?* 2008 & 2013 (trad. fr. Paris, Vrin, 2022).

indifférent à tout et à tous. *Il n'y a pas d'universalité de la souffrance, malgré ce que peut faire croire l'uniformité de ses expressions.*

Les photographies de guerre de Don McCullin.

On connaît peut-être les photographies de guerre de Don McCullin. Souvent centrées sur des individus souffrants, on a dit qu'elles possèdent comme malgré elles une forte connotation religieuse, qu'elles ressemblent à des icônes, tant les poses qu'elles saisissent sont proches de celles de la peinture classique. Mais c'est qu'il n'y a qu'un nombre limité d'attitudes par lesquelles un être humain exprime sa souffrance, explique Don McCullin. "Quand des êtres humains souffrent, ils ont tendance à regarder en l'air, comme si le salut pouvait venir d'en haut... et c'est à ce moment précis que je déclenche".



Tout jugement général prononcé face à une douleur peut sans doute, par la conviction qu'il est à même de communiquer à celui qui souffre, contribuer à en soulager l'urgence. Mais il risque encore plus d'être frappé d'inanité. On peut représenter un être souffrant mais peut-on dire, transcrire la souffrance elle-même, peut-on la faire sentir ? C'est ce qu'a tenté Olivier Messiaen à propos de la souffrance du Christ en croix... (*La Nativité du Seigneur*, 1935, 7).

Car, face à la souffrance, il n'est justement plus de point de vue général. Non pas que celui que la souffrance envahit ne soit plus le même. Il est au contraire comme laissé à lui-même. *La souffrance est le règne de l'individualité radicale.*

La souffrance comme rachat. La position de l'Eglise.

La seule universalité de la souffrance est paradoxalement cette réduction à l'individualité. En quoi, la souffrance n'est pas sans finalité : elle place chacun dans la perspective d'être à lui-même sa propre fin. Qu'on lui cède - en cessant de lutter - ou qu'on se défende d'elle, la souffrance est une épreuve de fidélité à soi, révélant et

menaçant d'excéder nos propres limites. Comment se sauver ? Cesser de souffrir serait se reprendre et la souffrance est ainsi fréquemment vue comme la condition d'un rachat. Pour les mêmes raisons, la douleur passe facilement pour témoigner du prix d'un renoncement. Puisque souffrant, nous avons en quelque sorte été déjà puni, toute souffrance ouvre comme le droit à une compensation. Au sens religieux, elle est une marque de dévotion qui correspond à une volonté de rachat. A ce titre, la recherche de la souffrance est un élément constant d'ascèse (voir 1. 14. 10.), que l'on trouve parfois exacerbé dans la voie mystique (voir 1. 4. 12.)¹⁶⁴. Au XIV^e siècle, les processions de flagellants allaient de par les routes, tentant de retrouver par la souffrance la pureté du baptême et d'échapper ainsi à la maladie. Sous ce jour, on fait souvent grief à la tradition catholique d'avoir longtemps interdit tout soulagement médical de la souffrance. "Bienheureux ceux qui souffrent", dit l'Evangile (Mt 5 3-12).

Effectivement, même si l'Eglise admet aujourd'hui sans équivoque l'anesthésie ou l'injection péridurale, même si elle peut revendiquer pour elle toute une tradition de miséricorde et de soulagement des malades, il est de fait que, dès le XVII^e siècle, le discours catholique sur la souffrance s'est raidi.

A l'âge classique, ce fut un argument contre les incroyants que de les défier de professer leur athéisme quand les souffrances de l'agonie les surprendraient. Car, pour un Saint-Evremond refusant jusqu'au bout les derniers sacrements, beaucoup parmi les grands libertins du XVII^e siècle les réclamèrent (Des Barreau, Hesnault, Des Yvetaux). Puis, au XIX^e siècle, ce discours fit volontiers place à une exacerbation du thème de l'expiation de tous les péchés de la société moderne à travers les châtiments que passèrent pour représenter certaines maladies et épidémies. De sorte qu'il n'est sans doute pas faux, au total, d'incriminer l'influence de l'Eglise dans le retard constant que les pays de tradition catholique comme la France ont apporté à traiter la souffrance - de la généralisation de l'utilisation de la morphine à la création d'unité de soins palliatifs - par rapport aux pays de tradition protestante où, liée à la Chute et frappée ainsi d'inutilité ontologique, la douleur perdit plus volontiers son caractère rédempteur et fut davantage combattue de plain-pied.

La souffrance représente une grâce particulière qui rapproche l'homme du Christ, déclare encore l'Eglise de nos jours. On devient à travers elle un homme totalement

¹⁶⁴ Voir D. Le Breton *Anthropologie de la douleur*, Paris, Payot, 1995.

nouveau (Jean-Paul II *Le sens chrétien de la souffrance humaine*, 1984¹⁶⁵). A l'âge classique, la souffrance, faisant éclater la vanité du monde et de ses plaisirs, passait pour offrir l'occasion de se tourner vers les valeurs essentielles. La souffrance, à travers la passion du Christ, était ce qui relie l'homme à Dieu dans un monde laissé à Satan qu'il fallait s'efforcer de fuir. Je ne puis aimer le monde sans vous déplaire et néanmoins il est encore l'objet de mes délices. Que je souffre pour mes offenses ! Que nos souffrances servent à apaiser votre colère. Que ce soit vous qui viviez et souffriez en moi, écrit Pascal dans une *Prière pour demander à Dieu le bon usage des maladies* (1659¹⁶⁶), qui ressemble à nombre d'autres exposés du même genre chez les Pères de l'Eglise. Et de conclure sur cette formule : puis-je ne pas être abandonné aux douleurs de la nature sans les consolations de votre esprit, car c'est la malédiction des Juifs et des Païens.

La souffrance comme rançon des désirs et des plaisirs.

Il convient néanmoins de souligner que la rancœur souvent haineuse avec laquelle on peut accueillir presque avec soulagement les tourments du monde relève d'une vision traditionnelle de la souffrance comme rançon du désir et des plaisirs qui déborde largement la tradition chrétienne et semble en fait être l'attitude la plus généralement ancrée face à la douleur et à la maladie, qu'elle invoque ou non quelque alibi religieux - lorsque l'accouchement sans douleur se répandit en France vers la fin des années 50, beaucoup de ses opposants, pour se justifier, invoquèrent le point de vue de l'Eglise, qui l'avait pourtant accepté dès 1956 ! Face au SIDA, frappant de manière privilégiée homosexuels et toxicomanes, notre époque a de nouveau entendu parler de "châtiment" et, beaucoup plus généralement, des sociologues notent que les excès du mode de vie sont plus que jamais de nos jours au cœur de nos représentations courantes de la causalité morbide¹⁶⁷. Les régimes et recommandations alimentaires en portent notamment de plus en plus la marque. *De nos jours encore, la maladie peut encore être assez largement perçue comme une punition et la longévité, le fruit d'une gestion économe et prudente de son capital santé.*

*

¹⁶⁵ trad. fr. Paris, Cerf, 1984.

¹⁶⁶ *Œuvres complètes*, Paris, Seuil, 1963.

¹⁶⁷ Voir C. Herzlich & J. Pierret *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, 1991.

Au total, note un auteur, quatre préjugés inébranlables accompagnent les conceptions traditionnelles de la souffrance. Celle-ci est pensée comme :

- signe, d'une malédiction ou d'une élection ;
- savoir : elle est une épreuve qui ouvre les yeux. Elle fortifie les individus et retrempe les nations ;
- salaire : elle est le prix d'un rachat ;
- ou salut : elle assure des bonnes grâces divines¹⁶⁸.

Tous ces éléments se retrouvent dans beaucoup de traditions religieuses mais ne leur sont pas spécifiques. Peut-on parler de simples “préjugés” ? Face à la souffrance, ces conceptions sont tout à fait logiques. Tout comme l’on peut facilement comprendre qu’au cours de son histoire, l’Eglise vit avec inquiétude s’affirmer la fonction apostolique du médecin, c’est-à-dire sa capacité à dispenser des normes susceptibles de réformer les comportements, comme s’il avait le devoir sacré de *convertir* ses patients¹⁶⁹.

La santé contre le salut.

Jusqu'au XIII^e siècle, la notion d'*infirmetas* semble s’être appliquée assez indistinctement aux pauvres, pèlerins et malades, auxquels le premier but de l'assistance consistait à apporter non pas tant la santé que le salut par la foi. Pour la perception populaire, *a contrario*, la religion est d’abord dispensatrice de guérison - comme en témoigne la pratique des ex-voto, que le christianisme maintiendra¹⁷⁰. De là, notent certains historiens, une hostilité originaire de l’Eglise vis-à-vis de la médecine, capable de suspendre, par le soulagement temporaire qu'elle apporte, la nécessité de la conversion et de la rédemption – le Concile de Latran (1215) interdira aux médecins de soigner un malade ne s’étant pas préalablement confessé, tant la maladie est directement issue du péché. De là, encore, une certaine confusion entre maladie et péché qui marquera le christianisme populaire¹⁷¹.

De là, surtout, la découverte d’une vérité que l’Eglise ne pourra jamais énoncer : chaque souffrance est intolérable mais un monde sans souffrance ne le serait pas moins ! Il serait dénué de but et de fin. Sans les déséquilibres qu’y introduisent souffrances et injustices, ce monde n’aurait plus d’autre et plus d’issue. Rien n’aurait à être sauvé dans

¹⁶⁸ Voir B. Vergely *La souffrance*, Paris, Folio Gallimard, 1997, chap. II.

¹⁶⁹ Voir M. Balint *Le médecin, son malade et la maladie*, 1957, trad. fr. Paris, Payot, 1996.

¹⁷⁰ Voir A. Rouselle *Croire et guérir. La foi en Gaule dans l'Antiquité tardive*, Paris, Fayard, 1990.

¹⁷¹ Voir J. Agrimi & C. Crisciani *Charité et assistance dans la civilisation chrétienne médiévale* in M. D. Grmek (Dir.) *Histoire de la pensée médicale en Occident*, 1993, I.

un tel monde, qui perdrait ses principaux critères de valeur et où toute religion serait réduite à la superstition et à la magie.

La satisfaction trouvée dans la souffrance autour de nous.

Dans un monde sans injustice ni souffrance tout vaudrait de la même manière et plus rien n'aurait de prix puisque aucun acte ne serait vraiment de conséquence. Aussi, affranchi de l'obligation de penser le monde en termes religieux, l'âge moderne ne s'orienta-t-il nullement vers une paisible attente que la médecine soulage toutes les souffrances. Souffrir, au contraire, y paraît plus que jamais un scandale intolérable et même absolu, puisque ne pouvant plus trouver de rachat final. En même temps, même si cela est difficile à reconnaître, l'exhibition de la souffrance du monde nous est devenue pratiquement indispensable. A travers les bulletins d'informations, notamment, tout un dolorisme s'est développé, qui ressemble étrangement à celui de la Contre-Réforme (voir 1. 3. 9.). La misère du monde nous retient moins dans ses enjeux, son déroulé exact – que les médias expédient d'ailleurs de plus en plus sommairement – que dans son spectacle pur. Sur les écrans tv, ainsi, priorité est donnée au vécu, au témoignage, aux visages en larmes, surpris en plein désarroi ; à une souffrance brute – saisie à la limite hors de tout contexte et de toute issue historique et politique – à travers des images se voulant de véritables icônes. C'est là un spectacle qui nous accable, tout autant qu'il nous est devenu indispensable – de sorte qu'une secrète culpabilité entre sans doute dans notre accablement. Qu'une catastrophe, un attentat survienne et nous voilà tournés vers nos écrans avec une anxiété mêlée d'une inavouable satisfaction. Les médias le savent bien, qui n'hésitent pas dès lors à traiter du sujet de longues heures durant, alors même qu'aucune information nouvelle ne peut être apportée. Une soirée entière peut être remplie ainsi par la rediffusion en boucles des mêmes annonces et des mêmes images, comme en une étrange communion à l'échelle de pays entiers.

Mais ces choses, encore une fois, ne peuvent être facilement dites. Dès lors qu'il y a souffrance, tout doit se taire. Il est ainsi un dolorisme commun, à notre époque, qui réfute par avance tout argument, toute réflexion par l'ampleur des maux qu'il invoque. Une revendication de la souffrance dans le monde au nom de laquelle tout débat, toute contradiction paraissent irrecevables. La souffrance est devenue pour nous - qui vivons dans un confort historiquement inégalé - un absolu. Comme le notait Nietzsche, loin d'être ce qui nous rapproche du Christ, la souffrance est devenue tout au contraire l'argument le plus sérieux contre Dieu. "Je refuserai jusqu'à la mort d'aimer cette création où des enfants

sont torturés", dit un personnage de *La Peste* (1947¹⁷²) d'Albert Camus. Ce dolorisme qui absolutise la souffrance comme une pièce à charge contre le Ciel a trouvé une assez parfaite expression dans un beau texte de Marcel Conche (*La souffrance des enfants comme mal absolu*¹⁷³).

Le dolorisme moderne. La souffrance comme mal absolu.

L'adulte est sans doute capable de tenir peu ou prou sa souffrance à distance. Un éventail d'attitudes possibles lui est offert en tous cas : la supporter, s'en détacher ou même l'accepter avec joie, etc. La douleur frappe en revanche l'enfant de plein fouet, souligne Marcel Conche. Il ne sait que la fuir. Il est face à elle totalement pitoyable car totalement désarmé. Or, dans son cas, la souffrance ne peut être prise comme la rançon d'un excès ou d'une culpabilité. Elle ne peut servir aucune fin et l'enfant ne peut lui trouver aucun sens. Elle est incompensable. En elle se révèle l'expérience d'un mal absolu car sans la moindre justification et qui est comme une expérience mystique négative qui nous fait toucher l'absence de Dieu. Dieu, en effet, n'a pu vouloir la souffrance d'enfants comme un "moyen" pour la réalisation d'une justice plus haute. Un tel moyen, en effet, par son horreur même, annihilerait la fin qu'on voudrait lui voir servir. Faut-il dire que cette souffrance, Dieu n'a pu l'éviter ? Mais que serait un Dieu qui ne serait pas tout-puissant ? N'est-elle, comme le mal, que la rançon de la liberté de l'homme ? Mais le mal ne va nullement de pair avec la liberté, répond Marcel Conche. Celle-ci n'implique aucunement de manière nécessaire la souffrance infligée à des enfants et, au total, l'impossibilité de comprendre cette dernière nous barre toute voie d'accès à Dieu. Elle oblige toute foi à se réfugier dans l'absurde. Un mystère déclaré une bonne fois impénétrable pouvant seul masquer le scandale.

Inconséquence de l'identification d'une souffrance avec un mal absolu.

Faut-il souligner que ces arguments ne tiennent guère ? Quelles souffrances tout d'abord devraient au juste être reconnues pour absolues ? Celles qui, comme celles d'enfants, paraissent n'avoir aucune justification ? Cela signifie-t-il que les autres sont finalement bien méritées ? Pratiquement toute souffrance peut être reconnue comme absolue et présentée à charge contre la Création. Mais, justement, il faut bien que le

¹⁷² Paris, Gallimard, 1947. Le texte est largement inspiré des réflexions de Vladimir Jakélévitch sur le pardon, voir 4. 3. 30.

¹⁷³ in *Orientation philosophique*, Paris, Ed. de Mégare, 1974.

monde ait été créé par quelque Dieu pour que la souffrance puisse lui être objectée ; pour qu'elle puisse même être remarquée ! Car, au fond, ce n'est pas qu'un monde sans souffrances n'aurait pas de fins. C'est plutôt qu'on ne souffrirait guère dans un monde auquel aucune finalité ne serait prêtée. Les douleurs n'y seraient que des maux nécessaires et, pour le coup, absolus.

Marcel Conche prend particulièrement pour exemple à l'appui de sa démonstration les enfants brûlés vifs dans les camps d'extermination nazis, sans se rendre visiblement compte qu'un tel exemple suffit à lui seul à infirmer tout son argumentaire tant il est évident qu'une telle abomination, loin d'être absolue au sens où il faudrait la croire inscrite dans l'ordre même du monde de toute nécessité, répondit à des visées particulières. Le plus effroyable est que de tels actes aient pu être planifiés, organisés et consciencieusement perpétrés. Ils auraient pu être évités peut-être. Ils furent en tous cas combattus et ce que manque de voir Conche c'est que de tels actes ne paraissent inacceptables que dans la mesure même où ils n'engagent qu'une responsabilité humaine – une notion de péché, qui est cependant ici à tout prix évacuée. S'ils étaient absolus, en quelque façon, ils ne nous *scandaliseraient* pas autant. Pas davantage que quelque cataclysme naturel fauchant de malheureux promeneurs. Une épidémie, déjà, ne nous révolte pas - tant qu'une responsabilité humaine ne peut être trouvée. La souffrance n'est véritablement intolérable que dès lors qu'elle aurait pu être évitée. En regard, de quoi pourrait nous priver une souffrance *absolue* ?

Marcel Conche participe de cette attitude devenue courante face au scandale d'Auschwitz et que Theodor Adorno a particulièrement exprimée : une attitude ne pouvant que refuser toute affirmation de la positivité de l'existence humaine comme un bavardage et une injustice à l'égard de la souffrance des victimes ; un sentiment s'opposant à ce que du destin de ces dernières on exprime un sens (*Dialectique négative*, 1966 & 1973, p. 437 et sq.¹⁷⁴). Le tremblement de terre de Lisbonne, de même, avait convaincu Voltaire de l'inanité de toute théodicée. Or si une telle attitude est certes éminemment respectable, il reste que si l'on refuse, face à de tels événements, de poser toute transcendance permettant de donner un sens et une finalité au monde, on manque aussi bien d'arguments pour les condamner !

¹⁷⁴ trad. fr. Paris, Payot, 1992.

On ne souffre que par intolérance. Souffrir, c'est ne reconnaître à la souffrance ni nécessité ni universalité.

C'est l'intolérance à la souffrance qui fait souffrir. Dans le cas du traitement de la douleur, un auteur note que l'enjeu est le plus souvent d'amener le patient à prendre conscience de ses réactions émotionnelles et musculaires pour les contrôler et les faire cesser. Cela aboutit à distinguer la personne de son "tempérament" et, loin de comprendre le sens de ses réactions, à attribuer à ce dernier une causalité toute mécanique qu'il s'agit de maîtriser. La douleur, ainsi, est déresponsabilisée et la personne, à la limite, doit s'efforcer de devenir étale, sans émotions. Le rétablissement est au bout de l'absence à soi, contre une douloureuse intolérance au monde¹⁷⁵. En ce sens, il est sans doute assez faux de prétendre, comme on le fait souvent, qu'une interprétation globale de la maladie, engageant notamment la personnalité de l'individu et son rapport au monde, serait ce que réclament avant tout les malades face aux médecins, souligne François Laplantine (*Anthropologie de la maladie*, 1992, p. 252¹⁷⁶). Des études sociologiques montrent au contraire que ce n'est pas le médecin mais le malade qui procède en général à la plus forte objectivation de sa maladie et demande au premier de se limiter strictement à son rôle de réparateur d'organes. Exactement comme il aura recours à un anti-inflammatoire pour éliminer toute sensation douloureuse ou simplement inconfortable au plus vite, pour continuer ses activités comme si de rien n'était et sans s'arrêter à écouter le signal que la douleur lui envoie.

D'ailleurs, quelle compétence particulière auraient les médecins pour cerner la vérité des êtres face au mal ? En de belles pages, Paul Voivenel a pu décrire leur désarroi face à leur propre mort (*Le médecin devant la douleur et devant la mort*, 1934¹⁷⁷). Talcot Parsons a particulièrement souligné l'impossible neutralité affective des médecins (*Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale*, 1951¹⁷⁸).

L'intolérance à la souffrance, sans doute, croît avec le niveau de conscience et d'intelligence du monde. Elle peut être largement partagée et devenir universelle en ceci. Mais la souffrance, elle, ne relève jamais que du particulier. *Pure possibilité de l'expérience des vivants, la souffrance n'a jamais que le statut d'une particularité. Dès lors, qu'on la juge néfaste ou salvatrice, elle ne peut jamais passer pour relever de l'ordre*

¹⁷⁵ Voir I. Baszanger *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995, p. 349.

¹⁷⁶ Paris, Payot, 1992.

¹⁷⁷ Paris, Lib. des Champs-Élysées, 1934.

¹⁷⁸ in *Éléments pour une sociologie de l'action*, trad. fr. Paris, Plon, 1955.

normal et nécessaire des choses, sauf à perdre tout son sens. Sauf à cesser d'être cette souffrance qui revulse et effraie. C'est pourquoi toute opinion générale sur la souffrance peut facilement paraître creuse et vaine. La possibilité de la souffrance est un fait universel mais sa réalité est toujours particulière. Dire, par exemple, qu'elle somme l'homme de dévoiler sa véritable nature, c'est oublier qu'il n'y a de souffrance que vécue et qu'elle n'est à ce titre rien d'absolu, rien même de général. Une violente nausée suffit-elle pour produire une telle sommation ou faut-il attendre que l'individu soit presque mort ? La seule réponse est que cela dépend des cas... De nos jours, cependant, souffrir paraît suffire pour intéresser. Tout récit de souffrance est éminemment légitime et la réflexion peut bien totalement s'effacer derrière le témoignage – je suis parce que je souffre ! – comme par exemple dans le tableau de son anorexie, « symptôme d'un désir de perfection absolue », que donne Michela Marzano (*Légère comme un papillon*, 2011¹⁷⁹). Se développe alors une compassion générale, aussi envahissante que creuse.

Si la souffrance n'a pas d'universalité, la compassion s'abuse lorsqu'elle se veut sympathie plus que respect.

Quoi qu'on en dise, le respect et la compassion que peut inspirer le vivant qui souffre marquent non pas au sens propre la sympathie, la capacité à souffrir avec lui mais bien la limite de notre compréhension face à sa douleur - face à son être propre, radicalement distinct du nôtre.

Littéralement, être en sympathie avec quelqu'un c'est partager sa souffrance (du grec *sun* : avec et *patein* : souffrir).

Nous devons être édifiés par le malheur des autres, plutôt que malheureux, écrit Nietzsche (*Aurore*, 1881, § 144¹⁸⁰). Que l'autre souffre est quelque chose qui doit s'apprendre, dit aussi Nietzsche ; tandis que les gémissements des malades ne poursuivent peut-être au fond que le but de faire mal à leur entourage, comme si c'était là le dernier pouvoir qu'il leur restait (*Humain trop humain* I, 1878, § 101 & § 50¹⁸¹). Provoquer la compassion d'autrui, quand on souffre, c'est vouloir communiquer sa souffrance et c'est donc vouloir faire souffrir, notait Simone Weil (*La pesanteur et la grâce*, 1947, p. 9 et sq.¹⁸²).

¹⁷⁹ trad. fr. Paris, Grasset, 2012.

¹⁸⁰ trad. fr. Paris, Gallimard, 1970.

¹⁸¹ trad. fr. Paris, Gallimard, 1968.

¹⁸² Paris, Plon, 1988.

Contre la compassion.

L'humanité culmine dans la capacité à compatir à la souffrance d'autrui, dit-on souvent. Une telle attitude, que les animaux ne partagent apparemment pas, paraît bouleverser l'ordre courant du monde. Elle relève d'une rencontre presque mystique. Nos sens ne peuvent cependant nous transporter au-delà de notre personne, souligne Adam Smith. Il faut l'imagination et tel est l'effet de la sympathie, de la compassion qui est un mécanisme de contagion des passions entre individus mais qui ne naît pas tant d'une passion équivalente allumée en nous que de notre imagination excitée par la situation qui a créé cette passion chez autrui et au sein de laquelle nous nous représentons alors immergés – de fait nous sympathisons ainsi mêmes avec les morts et si la mort nous paraît si terrible c'est que nous nous imaginons en quelque sorte à leur place (*Théorie des sentiments moraux*, 1759, I, I, chap. I¹⁸³).

Dans la compassion, Nietzsche ne voit que le vestige d'une aptitude développée par l'homme, le plus faible des animaux alors qu'il était dans l'état sauvage, à deviner le monde autour de lui, par peur, en en mimant les effets apparents. Face au spectacle du malheur, une sympathie émotionnelle nous rend tristes ainsi, sans raison, uniquement parce que nous reproduisons en nous les effets observés, loin de les comprendre (§ 142). De sorte que celui qui souffre pourra bien refuser notre pitié - dans ce qu'elle a d'exaltation et de supériorité par rapport à lui ! En ce qu'elle accentue ce qu'il y a de dégradant dans sa souffrance (§ 138). Le propre de la compassion est de dépouiller toute souffrance étrangère de ce qu'elle a de vraiment personnel. Elle rapetisse notre valeur et notre volonté (*Le Gai savoir*, 1882, § 338¹⁸⁴). La compassion ne sert qu'à augmenter la somme des souffrances dans le monde. Elle est à ce titre une faiblesse que de nombreux peuples ont rejetée.

La difficulté à saisir la souffrance d'autrui n'est guère différente de celle avec laquelle celui qui a souffert peut envisager sa propre souffrance passée. Rien de plus difficile, en effet, que de se remémorer une souffrance - c'est-à-dire non pas son retentissement moral mais son intensité foudroyante qui, alors qu'elle s'était emparée de nous, broyait toute autre sensation et pensée. Comme le note Nietzsche, *la souffrance est l'occasion d'une lucidité aussi décisive que passagère*, car nous redevenons fort volontiers étrangers à nous-mêmes, après que la douleur nous a rendu trop violemment *personnels* (§

¹⁸³ trad. fr. Paris, PUF, 2003.

114)¹⁸⁵. La souffrance, note Hannah Arendt, est certainement le sentiment le plus intense que nous pouvons éprouver. Il efface tous les autres. Mais c'est le plus privé, le plus incommunicable de nos sentiments. Il nous enferme dans notre subjectivité jusqu'à nous rendre méconnaissable pour le monde extérieur. Et parce qu'elle n'a rien de public, ainsi, rien de général, rien ne s'oublie plus vite que la souffrance (*Condition de l'homme moderne*, 1958, p. 90 et sq.¹⁸⁶).

Lorsque la souffrance est au plus vif et que rien ne paraît pouvoir la faire cesser ou même immédiatement la soulager, nous sommes subitement livrés à nous-mêmes, désespérés. Souffrir nous fait perdre la communauté avec le monde, les autres. De là, cette incapacité fréquente à raconter une souffrance après et ce refus même de raconter. De là, encore, ce paroxysme de souffrance atteint dans la torture, quand l'autre n'est pas seulement ce qui est perdu avec la douleur mais, directement, ce qui l'inflige.

Subir la torture dépossède de toute confiance dans le monde, note Jean Améry (qui eut à la subir). C'est que, comme dans le viol, alors même que toute défense est inaccessible, il n'est alors plus possible d'attendre de l'autre la moindre aide. Ce qui découvre que l'entraide est bien l'une des expériences humaines fondamentales (*Par-delà le crime et le châtiment*, 1977¹⁸⁷).

Au stade d'un simple avertissement, la douleur a sans doute cette vertu, nous l'avons vu, de nous recentrer sur nous-mêmes. Devenue souffrance, elle nous impose une cruelle présence à nous-mêmes et, s'il faut lui trouver quelque lucidité, ce ne peut être que de désigner *une radicale horreur de notre être qui point, lorsqu'il n'y a plus que lui et qu'en regard la perspective d'un soulagement est finalement une aspiration à revenir au général*.

Si la souffrance ne renvoie qu'à une réalité subjective et singulière, elle peut être ignorée d'un point de vue général.

La reconnaissance de la réalité toute particulière de la souffrance fit que les Stoïciens déclarèrent qu'elle n'existait pas au-delà du jugement particulier que l'on porte sur elle. Jugement qu'un effort de volonté doit toujours permettre d'annuler, la douleur n'est pas un mal réel. Elle ne compte donc pas pour le sage - pour celui qui s'envisage du point de vue du monde et que guident des jugements universels. De là, toutes sortes

¹⁸⁴ trad. fr. Paris, Gallimard, 1950.

¹⁸⁵ Sur Nietzsche grand et constant malade, voir Stefan Zweig *Nietzsche*, 1930, trad. fr. Paris, Stock, 1996, chap. 3.

¹⁸⁶ trad. fr. Paris, Calmann-Lévy, 1983.

d'anecdotes célèbres quant à la bravoure de ceux que réunissait la doctrine du Portique - ces crucifiés, notamment, qui après un jour ou plus d'exposition avaient encore la morgue de cracher sur leurs bourreaux. Le sage stoïcien n'aura rien à envier à ces "gymnosophistes", ces sages hindous capturés par l'armée d'Alexandre dont l'impassibilité sous la torture frappa fort l'Antiquité.

Pourtant, qui niera l'existence de la souffrance ? Qui sera assez téméraire pour assurer que, les souffrances venues, il se comportera avec le courage d'Epictète, narguant son maître qui lui brisait la jambe ? La souffrance est bien réelle et il n'y a nulle honte à y succomber. En même temps, elle n'est effectivement rien de plus que le jugement que chacun porte sur elle. Là est proprement le scandale : au-delà du sujet qui se l'approprie pour l'abolir ou tenter de la fuir, la souffrance n'est rien de très consistant. *La souffrance ne peut être un argument contre le monde, car, tout comme l'homme, des souffrances innombrables et effroyables qu'il inflige et subit, le monde ne retient pratiquement rien.*

On peut se révolter contre un tel scandale et, contre l'oubli ou l'indifférence, on confèrera à telle ou telle souffrance un caractère d'absolu. A cause d'elle, on prendra même Dieu à partie, comme si c'était là le reflet au plan intellectuel de son intensité. Une telle attitude, cependant, s'épuise inévitablement dans ses choix. Car, faute de pouvoir embrasser toute la misère du monde, force est de consacrer quasi exclusivement telle souffrance particulière selon un arbitraire qui en atténue forcément la portée. La compassion qu'une Simone Weil pouvait violemment éprouver pour des personnes souffrant à l'autre bout du monde a ainsi quelque chose de sublime et de dérisoire.

Dans ses *Mémoires*, Raymond Aron se souvient d'avoir une fois rencontré Simone Weil au jardin du Luxembourg "bouleversée et proche des larmes", parce qu'à Shanghai la police avait tiré sur les ouvriers (1983, p. 79¹⁸⁸).

La souffrance ne peut nous permettre de nous placer hors du monde. Elle nous rive tout au contraire plus que jamais à lui, impuissants, accrochés à notre particularité. A travers la souffrance, le monde retrouve une dimension primordiale : il est immense, inépuisable, intraitable et la vie n'est que lutte. C'est pourquoi sans doute le texte le plus profond sur la souffrance est aussi le plus ancien.

*

¹⁸⁷ Paris, Actes Sud, 1995.

¹⁸⁸ Paris, Julliard, 1983.

Job. La souffrance comme expérience ontologique.

Le *Livre de Job* appartient à l'Ancien Testament (il fut peut-être écrit vers 420 av. JC). Job est un riche et puissant patriarche iduméen, étranger à la religion mosaïque (comme Noé) et honorant un Dieu proche des hommes qui comble parmi eux ceux qui l'honorent et observent ses lois.

Job trouve des équivalents dans d'autres cultures : en Inde, ainsi, avec Hariscandra, roi de Ayodhya. Il semble par ailleurs avoir emprunté beaucoup de ses traits à une légende babylonienne du *Juste malheureux*.

Job, justement, qui est un modèle de piété et de justice, est comblé en tout ce qu'un homme peut souhaiter. Mais Job est-il vraiment juste ou n'aime-t-il Dieu, comme le suggère Satan, que pour les biens qu'il en reçoit ? Dieu permet à Satan de l'éprouver. Job perd tout bientôt. Mais sa foi ne fléchit pas. Il admet la décision de Dieu, même s'il ne la comprend pas. Satan suggère alors de l'éprouver dans sa chair. Voilà Job atteint d'une lèpre repoussante qui le fait atrocement souffrir. Il ne maudit pourtant pas Dieu, comme sa femme l'y pousse.

Comme le note Jean Danielou, la tradition fera de Job un modèle de souffrance acceptée avec patience et résignation, alors que le discours de Job, en fait, est plein de colère (*Les saints "païens" de l'Ancien Testament*, 1956¹⁸⁹). Il ne cesse de traiter de dérisoires et vains les discours que lui tiennent ses amis venus le réconforter. On fera de Job un modèle édifiant, dont la patience sera récompensée dans l'au-delà. Mais le texte ne parle nullement de cela, tout au contraire.

Job, toutefois, n'accuse pas Dieu. Ses propos sont toujours en substance les mêmes : si nous acceptons le bonheur comme un don de Dieu, comment ne pas accepter également le malheur ? L'homme pourrait-il avoir raison contre Dieu ? Qui sera l'arbitre entre eux ? Job prend sa souffrance comme un don divin, c'est pourquoi il n'envisage pas une minute que Dieu puisse attendre de lui quelque attitude ou endurance extraordinaire visant à la surmonter. Job n'a aucune honte à aspirer au soulagement et même à la mort. Il va au bout de sa souffrance. Dans sa déréliction, il découvre son statut de créature et nullement un signe d'élection ou la possibilité d'une élévation.

La souffrance, ainsi, met à nu les racines de l'être en une perspective de finitude qu'il ne faudrait pas s'efforcer de rabattre sur le credo de telle ou telle religion. Ce

qu'exprime Job, c'est une pauvreté radicale, ontologique de l'homme. *La souffrance empêche de concevoir tout autre rapport de l'homme au monde que celui d'une créature à l'existence précaire, livrée au monde tel qu'il va. Or cette révélation de la créature à travers sa souffrance, quoique susceptible de fonder une piété profonde, va pourtant à l'encontre de toute religiosité concevant Dieu comme préposé à la réalisation des désirs des hommes.* Car la souffrance de Job ne sera pas rachetée. Du moins, rien dans le texte ne l'affirme expressément. Tant le malheur de Job que la restauration possible de son bonheur sont de parfaites surprises - et la dernière n'est surtout pas donnée comme la récompense du premier. Tout dans ce texte renvoie à l'ordre mystérieux de Dieu, au sein duquel la vie ne paraît pouvoir avoir d'autre finalité qu'elle-même¹⁹⁰.

La souffrance, ainsi, est sans justification. N'étant que ce qui s'oppose à la vie, elle ressortit aux vicissitudes de la fortune en ce monde. Invitant la créature à se dépouiller de toute illusion d'un statut supérieur à la vie même, elle la voue à lutter pour sa propre possibilité dans le monde ; lui conférant par là-même une finalité essentielle et précaire.

*

Récapitulation. Les possibles justifications de la souffrance.

Différents jugements, nous l'avons vu, peuvent être prononcés face à la souffrance. Jusqu'à reconnaître en elle une épreuve salutaire ou jusqu'à prononcer qu'elle n'est rien qu'une faiblesse subjective. Mais, à ces jugements généraux, on pourra toujours objecter la réalité particulière, la détresse singulière de l'être souffrant.

S'agit-il dès lors de justifier cette souffrance particulière, irréductible, des vivants dans le monde ? Ce sera vouer le monde à la réalisation d'un but qui le dépasse et qui rachètera, peut-être, les dommages subis. Mais force sera alors de constater que, souffrants, les vivants sont traités, au moins temporairement, comme insignifiants. De sorte que si les douleurs qu'on leur inflige paraissent trop élevées pour pouvoir être rachetées, le monde sera absurde.

Ou bien la souffrance sera estimée être l'écueil nécessaire de toute vie dans un monde qui n'est pas ajusté pour elle et le vivant se révélera devoir lutter pour sa survie contre le monde. Il faudra donc reconnaître qu'il n'y a de souffrance qu'en regard d'une

¹⁸⁹ Paris, Seuil, 1956.

¹⁹⁰ Voir W. Vogels *Job, l'homme qui a bien parlé de Dieu*, Paris, Cerf, 1955, pp. 254-255. Ainsi que J. Lévêque *Job et son Dieu*, 2 volumes, Bruxelles, Gabalda & Cie, 1970, II, chap. VII et F. Chirpaz *Job. La*

affirmation particulière, celle des vivants. Que cette souffrance, en conséquence, ne saurait trouver ni fin ni justification. Mais que la vie, en regard, est sa propre finalité. Job, ainsi, n'attribue pas ses malheurs à Dieu. Se plaindre de souffrir serait au fond vouloir cesser d'être. La souffrance est de la vie mais contre elle et pouvant être vaincue ou contournée parfois mais jamais surmontée, tant elle lui est foncièrement adverse. Tant la vie ne saurait s'en rendre maître.

Si ses douleurs ne tournent pas Job vers une foi confiante dans la possibilité que le monde retrouve à terme sa qualité en Dieu, comme l'on peut concevoir que doit être l'attitude du croyant face à la souffrance¹⁹¹, c'est que *la souffrance et la maladie ne représentent tout simplement ni le déni ni la preuve d'une finalité du monde au-delà de lui*. Elles exhibent simplement la précarité et l'insuffisance essentielles du vivant que, concurremment, la religion et la médecine ont pour vocation de compenser ; l'une et l'autre ayant d'ailleurs assez souvent pu se confondre, toutes deux prétendant soigner, c'est-à-dire apporter la santé ou le salut - deux mots qui en français dérivent d'ailleurs du même mot latin *salus*¹⁹².

Replacer l'homme souffrant dans l'ordre régulier du monde, telle est la mission propre de la médecine, dont témoignent toutes les médecines traditionnelles : lutter contre la maladie consiste avant tout à nier la singularité du mal pour l'inscrire dans un destin cosmique. Sous ce registre, des traditions médicales ont prospéré pendant des millénaires. Aucune ne savait véritablement soigner mais toutes permettaient de comprendre le mal. De nos jours encore, toutes sortes de médecines dites "parallèles" remplissent cette fonction face à une médecine scientifique qui ayant effectivement acquis la possibilité de combattre les maladies en elles-mêmes, ponctuellement et comme de simple dysfonctionnements, s'est constamment attirée le reproche significatif d'être technicienne et inhumaine, en même temps qu'elle éveillait l'espoir fou d'un monde où l'on pourrait se débarrasser des maladies et même de la mort comme autant d'accidents fâcheux.

On a dit et redit que la maladie, dans nos sociétés, a perdu ce sens qu'elle possédait dans les sociétés traditionnelles - où santé signifiait salut¹⁹³. On a dit et redit que la

force d'espérance, Paris, Cerf, 2001.

¹⁹¹ Voir M. Nédoncelle *la souffrance*, Genève, Bloud & Gay, 1950. C'est là également ce que disait Kierkegaard.

¹⁹² De même en anglais *holiness* et *healing* ont une étymologie commune.

¹⁹³ Plus largement, sur les conceptions de la santé et de la maladie dans les sociétés traditionnelles, voir M. Augé & C. Herzlich (dir) *Le sens du mal*, Paris, Ed. des archives contemporaines, 1984.

médecine ne peut se contenter de viser la santé comme si celle-ci n'était qu'un simple produit mais qu'elle devait avoir affaire à la personne, etc.¹⁹⁴.

Il est étonnant qu'on puisse comme reprocher à la médecine d'avoir un jour appris à contrer effectivement la nature. Il est plus intrigant encore qu'on compte souvent comme pour rien son action pour la vie - s'étant significativement traduite par un accroissement sans précédent en nombre et en durée des vivants. De sorte qu'il convient de sonder plus avant une telle déception.

* *

¹⁹⁴ Voir par exemple D. Folscheid *La question de la médicalité* & D. Folscheid & J-J. Wunenburger *La finalité de l'action médicale* in D. Folscheid, B. Feuillet-Le Mintier & J-F. Mattéi (Dir.) *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, 1997.

D) Santé et normativité.

3. 3. 32.

Les "autres" médecines.

Longtemps, la médecine, un peu comme la magie, a dû être jugée au nom d'une prise en charge symbolique de la maladie bien plus qu'en regard d'actes réellement efficaces. Les effroyables taux de mortalité accompagnant les actes chirurgicaux avant la découverte de l'asepsie sont là, entre autres, pour nous rappeler les limites de l'intervention médicale avant l'apparition d'une démarche s'attachant à rechercher les déterminants lésionnels des maladies et fondant son savoir d'abord sur ses succès de guérison, suivant une évaluation critique permanente et non sur un système d'explication posé a priori.

Cependant, qu'une médecine dont l'efficacité n'est guère avérée puisse faire l'objet d'une demande forte, c'est ce dont témoignent les médecines dites "douces" ou "parallèles", qui prospèrent mieux que jamais de nos jours, en marge ou à côté de la médecine "officielle" et dont les procédés sont le plus souvent comparables à ceux des médecines traditionnelles : affirmer qu'une manipulation symbolique peut suffire, expliquer aux individus que c'est en eux-mêmes qu'ils doivent trouver les ressources nécessaires pour lutter contre le mal insidieux, les convaincre par ailleurs que la nature se chargera de rétablir l'équilibre si on la laisse faire, etc.

C'est là un aspect qu'envisage assez largement *l'Histoire de la pensée médicale* (1995¹⁹⁵) de Maurice Tubiana, pour le rejeter absolument, d'un point de vue scientifique devenu assez rare de nos jours et qu'on ne rencontre plus guère, à vrai dire, que chez quelques grands médecins. F. Laplantine (*Anthropologie de la maladie*, 1992, pp. 304-305¹⁹⁶) note que l'on retrouve assez invariablement dans le discours de ces "grands patrons", en effet, la volonté de convaincre le lecteur que la médecine moderne, par ses techniques de pointe, réalise véritablement des exploits et que, modèle d'une activité animée par l'idéal du bien public, la médecine est la valeur supérieure de notre civilisation, capable de nous faire accéder à l'idéal d'une société sans mal. Et F. Laplantine de rapprocher cette attitude de la figure du "bon docteur" qui fleurit au cinéma, à la télévision et dans le "roman médical" depuis Balzac.

En France, aujourd'hui, il y a pratiquement autant de guérisseurs que de médecins. Selon l'OMS, 75% des Français ont eu recours au moins une fois à un traitement complémentaire ou alternatif et 40% y ont recours habituellement, dont 60% parmi les cancéreux. Or, un tel phénomène ne peut être simplement considéré comme une

¹⁹⁵ Paris, Champs Flammarion, 1995.

¹⁹⁶ Paris, Payot, 1992.

manifestation d'archaïsme ou de superstition. Il s'agit plus proprement de comprendre pourquoi, malgré ses succès, la médecine officielle peut si facilement être jugée insuffisante, inopérante et même nocive de nos jours. Un discours dont on peut comprendre l'occurrence au XVII^e siècle - chez un Molière par exemple - mais beaucoup moins à notre époque. D'autant que l'ouverture aux médecines parallèles est plutôt valorisée, rejoignant une attitude plus large de contestation tranquille des pouvoirs établis et faisant passer tout plaidoyer pour la lucidité rationnelle pour une attitude rétrograde et conservatrice¹⁹⁷ ou bien, pire, comme l'attribut du mâle blanc occidental !

Cela s'éclaire, cependant, si l'on conçoit que nombre d'attentes, face à la médecine, concernent un idéal de santé qui ne se limite pas du tout à la simple éradication des maladies. Et c'est ce que permet de comprendre l'examen de systèmes médicaux traditionnels, comme l'hippocratisme.

*

Hippocrate.

Dans le monde occidental, la médecine hippocratique représente sans doute le système le plus élaboré conceptuellement parmi les médecines traditionnelles. On veut souvent la distinguer de ces dernières au vu de ses principes rationnels. Elle n'en demeure pas moins le modèle presque parfait d'une médecine qui sait soigner mais ne sait pas guérir et témoigne, au-delà, que rationnel ne veut pas forcément dire scientifique¹⁹⁸.

Ce que l'on nomme la "collection hippocratique" rassemble une soixantaine d'ouvrages écrits entre 450 et 350 av. JC¹⁹⁹. Beaucoup d'entre eux ne sont pas d'Hippocrate lui-même mais de ses élèves, comme Polybe, auquel Aristote, dans son *Histoire des animaux*, attribue la description des vaisseaux sanguins du traité *De la nature de l'homme* ; ou comme Dioclès de Caryste qui passa, nous rapporte Pline, pour un second Hippocrate (*Histoire naturelle*, Ier siècle ap. JC, XXVI, 6). La collection, de fait, ne forme pas un tout homogène et laisse même apparaître parfois des opinions opposées à partir du IV^e siècle. Au sein de la collection, on distingue ainsi l'école de Cos (à laquelle sont rattachés les traités *De la nature de l'homme*, *Airs, eaux et lieux*, *Pronostics*, ...) et l'école de Cnide (*Maladies II*, *Affections internes*, divers traités de gynécologie), quoi qu'il ne soit pas toujours aisé de les distinguer²⁰⁰.

¹⁹⁷ Voir M. Rouzé « Les médecines "parallèles" » *Raison présente* n° 74, 1985.

¹⁹⁸ Voir particulièrement R. Joly *Le niveau de la science hippocratique*, Paris, Les Belles Lettres, 1966.

¹⁹⁹ L'ensemble a été traduit en dix volumes en français par Emile Littré (Paris, J-B. Baillière, 1839-1861). Des anthologies existent qui sont évidemment plus accessibles en première approche : R. Joly *Hippocrate. Médecine grecque*, Paris, Gallimard, 1964 ; Hippocrate *La consultation*, trad. fr. Paris, Hermann, 1986.

²⁰⁰ Voir A. Thivel *Cnide ou Cos ? Essai sur les doctrines médicales dans la collection hippocratique*, Paris, Les Belles Lettres, 1981.

Il convient de souligner que l'hippocratismes ne représente pas toute la médecine antique, loin de là. D'autres courants ont eu leur importance et la diversité de la médecine antique est frappante. Dans l'ouvrage de Vivian Nutton *La médecine antique* (2005²⁰¹), on découvre les anatomistes Hérophile et Érasistrate, le pharmacologue Dioscoride, le gynécologue Soranos, etc.

Le propre de la médecine hippocratique, répète-t-on, fut de renoncer aux interprétations magiques et sotériologiques des maladies. C'est ainsi que l'épilepsie, la "maladie sacrée", n'est plus prise par les médecins hippocratiques pour une possession divine mais pour une simple altération corporelle²⁰². Chaque maladie a une cause naturelle. Chaque chose est produite conformément aux lois naturelles, lit-on dans *Airs, eaux et lieux*. La Mésopotamie ou l'Inde, cependant, ont elles aussi connu des écoles médicales affranchies de la magie et de la religion. En Grèce même, antérieurement à l'hippocratismes, une médecine exempte de magie et d'appel à une intervention religieuse paraît déjà attestée dans l'*Iliade*.

De plus, l'hippocratismes fera sa part aux pratiques magiques, selon une tendance qui culminera au Moyen Age - alors que l'hippocratismes, il est vrai, ne sera plus connu qu'à travers Galien (*Des doctrines d'Hippocrate et de Platon*²⁰³) - mais qui était déjà sensible dès le IV^e siècle av. JC, alors que sous l'influence des Mystères, les médecins furent pris pour des prophètes et qu'Asclépios (l'Esculape latin), un simple prince grand médecin dans l'*Iliade* (IV, 194), fut divinisé. De fait, les pratiques médicales que Platon nous rapporte ici ou là font une large place aux incantations (voir par exemple *Charmyde*, 388 av. JC, 155c, ou *Théétète*, 368 av. JC, 149c²⁰⁴).

Il faut enfin souligner que dès l'Antiquité certaines conceptions hippocratiques purent être critiquées au nom de leur caractère "fantastique" - celle notamment faisant de la matrice une sorte d'animal se déplaçant dans le corps de la femme et créant toutes sortes de troubles, critiquée par Soranos d'Ephèse au II^e siècle ap. JC.

On considère également comme un gage de rationalité le développement, dans la tradition hippocratique, de l'observation clinique, prolongée par des essais de nosologie (notamment par l'Ecole de Cnide). Cependant, décrire les maladies selon leur aspect extérieur est souvent le propre des médecines qui ignorent à peu près tout des organes du corps et de leurs fonctions. De ce point de vue, la médecine traditionnelle chinoise offre un

²⁰¹ trad. fr. Paris, Les Belles Lettres, 2016.

²⁰² Voir J. Jouanna *Hippocrate*, Paris, Fayard, 1992, III, chap. I.

²⁰³ *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales*, trad. fr. en 2 volumes, Paris, Baillière, 1854-1856, II.

²⁰⁴ *Œuvres complètes*, trad. fr. en 2 volumes, Paris, Pléiade Gallimard, 1950.

profil très comparable : l'anatomie y fut autant ignorée, jusqu'à l'arrivée des Occidentaux, que la sémiologie y était développée - les médecins chinois distinguaient ainsi quatorze types de pouls.

Rapprochement de l'hippocratismes et de la médecine chinoise traditionnelle.

Par rapport à la médecine chinoise, ainsi qu'à d'autres médecines traditionnelles²⁰⁵, la médecine hippocratique fait généralement - mais pas totalement²⁰⁶ - l'économie des visions microcosmologiques redoublant l'ordre de l'univers dans celui du corps et celui-ci dans chaque constellation d'organes. Principes, au demeurant, extrêmement courants : dans les années 20 et 30, la "sympathicothérapie" fit fureur en France, reposant sur l'idée selon laquelle les cloisons des fosses nasales contiennent des points correspondant à chacun des viscères sur lesquels on peut ainsi directement agir. Il existe encore de même de nos jours une "auriculomédecine", plus ou moins inspirée de l'auriculothérapie chinoise traditionnelle.

Au Moyen Age, l'hippocratismes sera soumis aux influences cosmiques, le corps étant mis en correspondance avec les signes du zodiaque et immergé dans le cycle des planètes. Dans la médecine chinoise, chacune des deux moitiés du corps est traversée par douze principaux méridiens (*jing*) le long desquels circulent les esprits (*T'chi*, *Qi* ou *K'i* : souffles, énergies) célestes et terrestres qui représentent, un peu comme dans la médecine galénique, l'élément subtil de l'air et des aliments (d'où des maladies particulières, les *Jue*, fondées sur une inversion du sens de la circulation des *Qi*). Avec eux pénètrent dans le corps les influences du Ciel et de la Terre. Mais il est en fait difficile de parler de « la » médecine traditionnelle chinoise, comme si celle-ci était une²⁰⁷.

Une nouvelle façon de soigner apparut en Chine au III^e siècle av. JC, pour laquelle la santé dépendait de lois naturelles et donc du mode de vie, loin d'être le jeu des démons. Pour cette nouvelle médecine, il s'agissait de comprendre le monde à partir des relations qu'entretiennent les choses entre elles. L'acupuncture en sera issue. Mais cette approche entrera en conflit avec le taoïsme, pour lequel la maladie était un phénomène naturel, un phénomène en soi et non l'effet du non-respect de règles. Or le taoïsme l'emportera, élaborant une pharmacopée qui deviendra dominante ; bien davantage que l'acupuncture qui, au milieu du XVIII^e siècle, était présentée comme une tradition perdue par le médecin Xu Dachun. En 1822, le gouvernement recommandera de l'éviter dans la mesure où elle n'était plus pratiquée avec suffisamment de compétence. Au total, ce qu'on nomme généralement la « médecine traditionnelle chinoise » n'a que 2 000 ans. Elle fut établie sous les Han (206 av. JC-220 ap. JC) et s'appuie sur le

²⁰⁵ Voir C. Brelet-Rueff *Les médecines sacrées*, Paris, A. Michel, 1991.

²⁰⁶ Voir R. Joly *Recherches sur le traité pseudo-hippocratique du Régime*, Paris, Les Belles Lettres, 1960, p. 37 et sq.

²⁰⁷ Nous suivons particulièrement ici les ouvrages de Paul Unschuld : *Medecine in China, a history of ideas* (Berkeley, University of California Press, 1985), *Medecine in China, a history of pharmaceuticals* (Berkeley, University of California Press, 1986), *Approches occidentales et orientales de la guérison* (2003 trad. fr. Paris, Springer, 2012).

Canon interne de l'Empereur jaune (Huangdi neijing) qui, réunissant des textes allant du III^e siècle av. JC au III^e siècle ap. JC, ne sera édité que sous les Song (960-1127)²⁰⁸.

Au XIX^e siècle, la Chine, comme le Japon, se convaincra que sauver son indépendance supposait la maîtrise des sciences et techniques occidentales. On s'en prit alors à la médecine traditionnelle, accusée d'obscurantisme et facilement moquée, comme Molière ridiculisait les médecins de son temps, par des écrivains comme Lu Xun ou Ba Jin. Convaincus qu'il serait vain de tenter de l'éradiquer, cependant, les communistes au pouvoir s'efforcèrent d'en sauver ce qui pouvait trouver sa place à côté de la médecine moderne. L'acupuncture fut ainsi ranimée et c'est cette médecine traditionnelle expurgée, réformée, que les observateurs occidentaux découvriront tout en croyant avoir affaire à une médecine traditionnelle, expression d'une antique sagesse. Les Chinois ne les en dissuaderont pas vraiment, réalisant le potentiel commercial qui s'ouvrait ainsi à eux, tout en craignant que cette faveur ne contribue à raviver cette médecine à l'intérieur du pays.

L'acupuncture.

Faut-il dire, par ailleurs, que la médecine chinoise, à la différence de la médecine grecque, a su développer des pratiques réellement efficaces, ce qui expliquerait son maintien en Chine jusqu'à nos jours à côté de la médecine occidentale ? On sait que, chaque organe étant réputé être en contact avec une région précise de la peau par une communication invisible, sept cents points d'acupuncture ont pu être identifiés selon une pratique dont la tradition remonte à plusieurs millénaires et qui fut formalisée tardivement par des ouvrages comme celui de Sun Simia (*Prescriptions d'acupuncture valant mille once d'or*, 652 ap. JC²⁰⁹) ou le *Livre illustré des points d'acupuncture et de moxybustion d'après l'homme de bronze* (début du XI^e siècle)²¹⁰ ; avant de rencontrer un succès grandissant en Occident à partir du XIX^e siècle.

L'acupuncture se fonde sur l'idée d'une circulation des énergies, animatrices de toutes les fonctions physiologiques, dans des secteurs préférentiels de parcours, les méridiens, eux-mêmes reliés à des zones de condensation des énergies, les points ou "puits" d'acupuncture (*tsing*). Mais en fait, l'effet d'analgésie obtenu par stimulation périphérique peut facilement être distingué des conceptions qui le fondent. Les premières publications chinoises rédigées selon les critères de la médecine occidentale moderne reconnaîtront d'ailleurs que la précision des points n'est pas déterminante ; que, par exemple, les effets de la stimulation du point *Ho Ku*, le premier espace interosseux de la main, sont analogues à ceux appliqués dans le deuxième espace. De fait, l'acupuncture a son placebo : une aiguille qui ne pénètre pas dans la

²⁰⁸ Voir E. Hsu *La médecine chinoise traditionnelle en République populaire de Chine : d'une « tradition inventée » à une « modernité alternative »* in A. Cheng (dir) *La pensée en Chine aujourd'hui*, Paris, Gallimard, 2007.

²⁰⁹ trad. fr. Paris, G. Trédaniel, 1987.

²¹⁰ Moxybustion = pratique qui consiste à chauffer les points d'acupuncture au moyen d'armoise portée à incandescence.

peau mais raccourcit à mesure qu'on l'appuie permet d'obtenir des effets similaires (expériences de Edzard Ernst).

Au total, les études non partisans menées sur l'acupuncture lui reconnaissent des effets hypoalgésiques significatifs - mais non analgésiques - sur l'homme et les animaux, quoique irréguliers et bien peu efficaces²¹¹. Des auteurs, pourtant convaincus, lui reconnaissent une efficacité privilégiée en regard des algies, affections spasmodiques, troubles du sommeil, énurésie, allergie, dépression - autant de pathologies particulièrement réceptives aux placebos (voir ci-dessus) - ainsi que vis-à-vis de la surdité (!)²¹².

Bref, ici encore, l'envie de croire peut faire des merveilles. Relayée par une pensée mythique se répandant d'autant plus facilement que paraissent de moins en moins maîtrisés de nos jours, non seulement les enseignements scientifiques mais même les modèles élémentaires de raisonnement. Les derniers auteurs cités nous expliquent ainsi que la médecine chinoise, qui renvoie toute explication à l'énergie ou *T'chi*, rejoint la physique moderne, qui nous apprend qu'énergie et matière sont une seule et même chose et peuvent se transformer l'une dans l'autre. On voit cependant mal comment une chose peut se transformer en elle-même !

L'anatomie hippocratique est plus que médiocre - elle ne sait guère où situer le cœur par exemple - et sa physiologie inexistante : elle ignore tout du rôle des reins, du foie, etc. Les médecins hippocratiques ne disséquaient pas et, s'ils expérimentèrent, notamment sur des animaux, ils ne paraissent guère s'être souciés d'affermir les résultats imprécis et équivoques de ces expériences²¹³. L'auteur du traité *De la maladie sacrée*, évoque la possibilité de procéder à une dissection pour montrer le bien-fondé de sa théorie. Il suggère d'examiner le cerveau d'une chèvre souffrant de la même maladie. On trouvera alors, affirme-t-il, ce cerveau plein d'eau et malodorant et la preuve sera ainsi faite que le trouble (l'épilepsie) tient bien à une maladie qui altère le corps et non à l'intervention d'une divinité. Cependant, outre que la mention d'une telle vérification expérimentale demeure isolée dans le corpus hippocratique, il n'est pas venu à l'auteur de procéder de même pour vérifier sa description des bouchons de bile et de pituite qui selon lui provoquent directement l'altération en obstruant les veines allant au cerveau²¹⁴.

Sans doute n'attendait-on pas des relevés empiriques qu'ils délivrent une certitude comparable à celle attachée aux déductions théoriques mais plutôt qu'ils illustrent ces

²¹¹ Voir par exemple F. Boureau & J. C. Willer *La douleur. Exploration, traitement par neurostimulation, électroacupuncture*, Paris, Masson, 1982 & J-M. Besson *La douleur*, Paris, O. Jacob, 1992, chap. 8.

²¹² Voir M. J. Guillaume, J-C. de Tymowski & M. Fiévet-Izard *L'acupuncture*, Paris, QSJ PUF, 1985, pp. 102-103.

²¹³ Plus généralement, sur l'expérimentation médicale dans l'Antiquité, voir M. D. Grmek *Le chaudron de Médée*, Paris, Synthélabor/Les empêcheurs de penser en rond, 1997.

²¹⁴ Voir G. E. Lloyd *Pour en finir avec les mentalités*, 1990, trad. fr. Paris, La Découverte, 1996, pp. 84-85.

dernières. De manière générale, souligne un auteur, les médecines traditionnelles n'envisagent guère d'avoir à modifier leurs principes si l'expérience les contredit²¹⁵. En même temps, note le même auteur, une telle médecine, déroutée par la complexité de son objet, ne parvient guère à surmonter l'empirie ; manquant singulièrement de principes directeurs, même aussi simples que celui de l'identité structurelle de tous les hommes : dans le système hippocratique, le nombre de veines et d'articulations est susceptible de varier selon les personnes.

Une telle science, en d'autres termes, quoique maîtrisant fort mal la démarche expérimentale, demeurait rivée à l'observation. Elle décrivait ainsi minutieusement les signes cliniques de l'évolution des maladies à travers les concepts de "jour critique", de "crise", de "paroxysme", de "métastase" ; concepts qui demeureront essentiels jusqu'à la révolution anatomo-clinique. Mais on ne trouve pratiquement qu'une seule fois exprimée l'idée que certains signes doivent être artificiellement provoqués quand la nature ne les livre pas (*L'art*, XII, 4).

Le médecin hippocratique était pratiquement incapable de formuler un diagnostic. Tout son art - et la tradition a beaucoup insisté sur la difficulté de cultiver cet art d'appréciation tout intuitif - tout son art servait à élaborer le *pronostic* des maladies, à partir duquel il devenait possible de guetter la "petite occasion" (*oligokairos*), c'est-à-dire le moment précis où l'intervention du médecin serait déterminante.

*

La médecine traditionnelle ne distingue pas la lésion de ses manifestations. Tout dysfonctionnement, selon elle, affecte dans son ensemble l'équilibre naturel du malade.

Le propre des médecines traditionnelles est de ne marquer aucune distance entre les maladies et leurs manifestations. Dans la Collection hippocratique, ainsi, fièvres, diarrhées, vomissements, saignements sont des maladies particulières en eux-mêmes et non de simples symptômes - tout comme les différentes toux dans la médecine chinoise - et, considérées uniquement sous leur aspect extérieur, les espèces morbides sont multipliées : on distingue ainsi trois types de phtisie.

Au total, le propre d'une telle approche est tout à la fois de conférer à chaque dysfonctionnement morbide apparent une nature propre et de situer la cause de chaque

²¹⁵ Voir L. Bourgey *Observation et expérience chez les médecins de la collection hippocratique*, Paris, Vrin, 1953.

maladie non dans une lésion circonscrite mais dans une perturbation de nature, soit dans un déséquilibre affectant l'être naturel du sujet vivant dans son ensemble. Foncièrement, en effet, il s'agit de déterminer vers quelle maladie chaque constitution individuelle tend le plus (*Humeurs*, 8). De ce point de vue, encore, on ne peut que noter la proximité de l'étiologie des systèmes hippocratiques et chinois.

En Chine, toute maladie était référée à un excès des principes cosmiques à la fois contraires et complémentaires du Tao, le yin et le yang, sous lesquels chaque méridien, chaque organe du corps était différemment rangé. Dans la Collection hippocratique, la maladie (*dyskrasia*) est provoquée par un "changement" (*métabolè*)²¹⁶ de l'équilibre salubre (*eukrasia*) de la constitution ou "crase" (*krasia*, la *complexio* latine, c'est-à-dire le "tempérament"), reposant sur les quatre humeurs (*chymos* ou *ikmas*) fondamentales du corps (le sang, la pituite ou phlegme, la bile jaune et la bile noire).

Prégnance séculaire du modèle humoral.

Dans l'hippocratisme et surtout avec le galénisme, les quatre humeurs seront rapportées aux quatre éléments d'Empédocle (la Terre, l'Eau, l'Air et le Feu, voir), ainsi qu'à quatre tempéraments fondamentaux eux-mêmes liés aux quatre saisons, aux quatre âges de la vie et que l'hellénisme tardif puis le Moyen Age prolongeront en tout un système de correspondances astrologiques avec les quatre groupes du zodiaque. On en déduira, par exemple, que la Lune dans les Gémeaux interdit la saignée, alors que celle-ci est recommandée pour les tempéraments sanguins lorsque la Lune est dans le Capricorne, etc.

La médecine traditionnelle chinoise connaît elle cinq éléments fondamentaux (bois, feu, terre, métal, eau), auxquels correspondent cinq organes essentiels (le cœur et le feu, les reins et l'eau, etc.).

Pour la médecine traditionnelle, le corps est avant tout envahi par des humeurs, salive, sang, pus, excréments variés qui imprègnent l'ensemble des organes et infiltrent leurs moindre cavités - comme si la première vertu du médecin antique avait été de surmonter la répugnance que ces matières inspirent couramment, affirmant d'abord par là sa maîtrise des corps ! Le corps est une chose poreuse, percée d'une multitude de canaux où circulent des humeurs qui sont des choses tout à fait abstraites, conservant notamment

²¹⁶ Voir *Régime dans les maladies aiguës*, c 9 ; *Ancienne médecine*, c 10 & 11.

leur identité malgré leur mélange²¹⁷. Le vivant se définit par son humidité et les dérangements qui affectent la production des liquides corporels sont les premiers signes patents des corps souffrants, notamment dans les plaies suintantes.

Ce fut là une conception que seule l'accession des fibres au rang de constituant primordial du corps, selon le modèle iatomécaniste, vint véritablement détrôner au milieu du XVIII^e siècle. Auparavant, même les modèles mécanistes du fonctionnement corporel, n'avaient d'autres ressources que de comparer le corps à un montage d'alambics et de tubulures épurant les essences et distillant les humeurs. La coction (la chaleur étant l'expression même du principe vital) qui mixte les humeurs et leur fait perdre leur âcreté était en effet l'élément le plus fondamental de la physiologie hippocratique.

De fait, cette théorie des humeurs traverse l'hippocratisme plus qu'elle ne lui appartient en propre. Venant d'Egypte peut-être, on la trouve déjà vers 500 av. JC en Grèce chez Alcméon de Croton. Au sein de la Collection, elle apparaît particulièrement dans le traité *De la nature de l'homme* que l'on attribue, nous l'avons dit, à Polybe et non à Hippocrate lui-même. En fait, au sein de l'Ecole, il ne semble pas y avoir eu de parfait accord quant au nombre des humeurs et quant à leur rôle exact dans les processus morbides. Le traité *Du régime* (I, 3, 1) parle même non pas d'humeurs mais de deux éléments fondamentaux, l'eau et le feu. En regard, il y eut dans l'Antiquité une médecine anti-humoraliste avec Erasistrate (III^e siècle av. JC) ou Asclépiade de Bithynie (I^{er} siècle av. JC), niant les humeurs ou réduisant leur rôle à rien.

Soulignons enfin que le modèle humoral est loin d'avoir totalement disparu. On le retrouve notamment dans l'explication des maladies réputées psychosomatiques²¹⁸. A l'origine de l'ulcère gastroduodénal, on affirmait ainsi que le stress accentuait les sécrétions acides de l'estomac et, contre de telles humeurs, on prescrivait des pansements gastriques, en plus d'un accompagnement psychologique. Au début des années 80, on découvrit que cette maladie est en fait provoquée par une bactérie.

*

Deux voies thérapeutiques principales, selon la conception traditionnelle de la maladie.

Si l'hippocratisme s'est particulièrement soucié des conditions extérieures (influence des saisons, des contrées), élaborant notamment une théorie des climats dont la postérité sera particulièrement longue, ce ne fut guère au titre de facteurs déclenchants mais en relation avec la nature même de chaque maladie, pour aider au pronostic et décider d'une thérapeutique. Car les maladies, selon la tradition, si elles peuvent être provoquées par un agent extérieur, ne se déclenchent jamais que de façon endogène. De

²¹⁷ Voir le remarquable article de J. Pigeaud « L'humeur des anciens » *Nouvelle Revue de Psychanalyse* n° 32, automne 1985, pp. 51-69.

sorte qu'il n'est, malgré la grande diversité des remèdes, que deux voies thérapeutiques possibles :

- 1) l'évacuation de ce que le Moyen Age nommera les "matières peccantes", les humeurs viciées, à travers cautères, saignées et purgatifs ;
- 2) les régimes, volontiers fondés sur une énantiothérapie ou thérapie des contraires, puisqu'il n'est que de lutter contre un excès par un autre pour rétablir l'équilibre naturel ; y compris en combattant à titre prophylactique un excès de vigueur. C'est ainsi que les athlètes tirant leur force d'une trop grande consommation de viande (*Aphorismes*, 3), il convient d'endiguer leur trop bonne santé (*Nature de l'homme*, c22).

Au total, toute thérapeutique, dans la tradition hippocratique, revient à favoriser la tendance du vivant à se conserver dans son être - ce fut là sans doute la première occurrence de la finalité dans les sciences du vivant, a-t-on souligné²¹⁹ - en imitant l'action curative de la nature elle-même, la *vis medicatrix naturae* (*Epidémies*, VI, section 5). Cette conception de la maladie fut certainement ce qui retarda le plus le recours à l'anatomie pathologique.

C'est qu'une telle médecine s'occupe de maintenir la santé de ses patients bien plus que de guérir leurs maladies. Tous ses efforts tendent à découvrir les ressorts de cette santé et non les causes des maladies - de là, sans doute, son désintérêt pour l'anatomie, alors même qu'elle accorde beaucoup d'attention aux rêves de ses patients.

La médecine traditionnelle chinoise, de même, se voulait préventive avant tout. On dit d'ailleurs que les médecins chinois se faisaient payer une sorte d'abonnement par leurs patients tant que ces derniers demeuraient en bonne santé, le versement des honoraires étant suspendu dès lors qu'ils tombaient malades.

Pour être en bonne santé, il convient de prendre soin de soi - régimes et purgations sont privilégiés. Il ne s'agit que d'aller avec la nature puisque la santé répond à l'état naturel des êtres. Le médecin hippocratique peut donc choisir pour principe : d'abord ne pas nuire (*primum non nocere*). La vraie médecine doit être douce et chacun, en ce sens, doit être médecin de soi-même.

Médecin de soi-même.

²¹⁸ Voir R. Mucchielli *Philosophie de la médecine psychosomatique*, Paris, Aubier Montaigne, 1961, p. 43 et sq.

²¹⁹ Voir A. Pichot *Histoire de la notion de vie*, Paris, Tel Gallimard, 1993, p. 22.

Etre médecin de soi-même en faisant confiance à la nature, est un thème que notre époque n'a pas délaissé²²⁰. Un thème au nom duquel, il est courant de se méfier des prescriptions des médecins - Galien lui-même ne se défiait-il pas des remèdes *ad hoc* pour leur préférer diètes et régimes ? - et même des médecins tout court. Un thème qui, de Montaigne à Ivan Illich (voir ci-après) reviendra inlassablement derrière toute critique de la médecine institutionnelle (que l'on songe encore à Molière...). Les corps se purgent et se remettent en meilleur état par longues et griefves maladies, disait Montaigne...

Au prix de tout un travail d'écoute et d'entretien avec soi-même, tout homme qui a passé la trentaine, affirmait l'empereur Tibère (42 av. JC- 37 ap. JC), doit être son propre médecin, c'est-à-dire reconnaître les denrées qui lui conviennent et les habitudes qui lui sont heureuses. A l'aube de l'âge moderne, ce travail sur soi était encore présenté comme la meilleure règle de vie quotidienne par Luigi Cornaro (*De la sobriété. Conseils pour vivre longtemps*, 1558²²¹) et ce n'est qu'en prélude à la méthode anatomo-clinique que l'on vit apparaître une remise en question de cette attitude. La *Gazette de santé*, créée en 1773 pour répandre dans le peuple les principes de la vraie médecine, insistait sur la dangerosité à se soigner soi-même et sur le rôle indispensable du médecin²²². En France, dès 1707, il avait été interdit d'exercer la médecine sans diplôme. Du fait notamment d'une pénurie de médecins, le XIX^e siècle reviendra néanmoins sur cette disposition, qui ne réapparaîtra qu'en 1892.

L'éducation publique s'attachera particulièrement à décrédibiliser les « savoirs » populaires en matière de santé, consacrant le rôle indispensable du médecin et enseignant des règles d'hygiène élémentaires avec le souci premier de lutter contre la mortalité infantile²²³.

Avec l'acquisition d'une vraie capacité d'analyse puis de guérison, le médecin devint le seul juge de ce qui convient le mieux au malade. De là, l'affirmation d'une véritable fonction pastorale, qui emprunta à l'humanisme médical hippocratique.

*

3. 3. 33.

L'humanisme médical.

²²⁰ Voir F. Laplantine *op. cit.*, p. 236 et sq.

²²¹ trad. fr. Grenoble, Millon, 1991.

²²² Cité dans le passionnant ouvrage de G. Vigarello *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Age*, Paris, Seuil, 1993, p. 189.

²²³ Voir L. Boltanski *Prime éducation et morale de classe*, Paris, EPHE, 1969.

Si la santé repose sur un équilibre naturel, la maladie, qui vient bouleverser cet ordre, ne peut que prendre l'homme tout entier et ne saurait être circonscrite à une partie seulement de son corps. De là, la tradition hippocratique envisageait volontiers que la maladie est un effort naturel pour restaurer l'équilibre détruit, de sorte qu'il ne fallait pas tenter selon elle d'entraver des réactions pathologiques comme la fièvre.

Une telle attitude rejoignait nombre de croyances populaires sans doute et put également alimenter ces dernières. Ainsi des hémorroïdes, qui passèrent longtemps pour un gage de santé et dont on pensait qu'il était dangereux de les guérir.

En même temps, force était d'apporter la plus grande importance à la nature du patient, à sa personnalité comme à son histoire personnelle tout en se souciant des relations nouées entre lui et le médecin, puisque le mal frappait tout l'homme. *Ainsi, une médecine largement impuissante face au mal généra-t-elle un idéal humaniste*, qu'illustre le fameux serment d'Hippocrate.

En Inde, nous avons conservé un serment du I^{er} siècle ap. JC qui devait être prêté par tout apprenti médecin et qui, loin de poser l'obligation de servir tous les malades, excluait des soins au contraire les criminels et les hommes réputés immoraux. Le médecin, par ailleurs, ne devait pas soulager les mourants. La mort n'était pas son affaire²²⁴. Parce que le médecin hippocratique agit pour restaurer la Nature, son serment l'engage à servir tous les hommes en même temps qu'il ne lui donne de compte à rendre qu'à elle. Il juge donc seul de l'opportunité d'informer quiconque de ce qu'il a diagnostiqué, même le patient. L'originalité de ce serment est d'établir l'idée d'une justice non distributive, c'est-à-dire équitable pour tous et non pas distribuée en fonction des mérites ou des responsabilités des troubles (alcooliques par exemple)²²⁵.

Ce serment sera remis en honneur au Moyen Age et finalement adopté en 1948 par l'Association médicale internationale.

Cette médecine, limitée au pronostic empirique, se voulait pourtant un art complet, refusant l'intervention purement technique pour se mettre au service de l'homme tout entier. En quoi, nous l'avons vu, elle était à même de disputer à la religion l'administration des voies de salut ici-bas.

Au début du XIX^e siècle, lorsque la médecine devint puissante, elle ne renia pas cet idéal. Tous les promoteurs ou presque de la méthode anatomo-clinique participèrent assez largement des retours en faveur de l'hippocratisme qui eurent lieu jusqu'à la fin du

²²⁴ Voir R. Sigaléa *La médecine traditionnelle de l'Inde*, Genève, Olizane, 1995.

²²⁵ Voir T. L. Beauchamp & J. Childress *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 2001. Voir également P. Le Coz *Petit traité de la décision médicale*, Paris, Seuil, 2007.

XIX^e siècle²²⁶. Laennec, par exemple, exhortait au pronostic dans sa thèse de doctorat (*Propositions sur la doctrine d'Hippocrate*, 1804²²⁷). Même Claude Bernard conçoit encore l'intervention thérapeutique comme la restauration d'un équilibre, note Georges Canguilhem. Seule l'accession au concept de glande endocrine et la découverte des hormones (voir 3. 2. 29.) inviteront à s'affranchir de cet attendu et inviteront à agir directement sur l'organisme (Préface à Vésale *La fabrique du corps humain*, 1987²²⁸).

De sorte que s'il est abusif de prendre prétexte de la soumission à l'idéal hippocratique des premiers promoteurs de la méthode anatomo-clinique pour contester leur modernité et ne faire remonter en fait la naissance de la médecine moderne qu'au matérialiste déclaré Magendie²²⁹, il reste qu'une *médecine fondée sur des diagnostics de plus en plus précis - c'est-à-dire circonscrits - ne pouvait continuer comme elle le fit à revendiquer l'idéal humaniste d'Hippocrate sans certaines confusions qui expliquent en large partie les ambiguïtés attachées à la médecine actuelle.*

*

Remplacement de l'idée de santé par celle de normativité.

Une médecine fondée sur le modèle lésionnel est à même de diagnostiquer une pathologie en regard d'une *normativité* du fonctionnement corporel. Notre époque se méfie d'un tel terme, dénonçant à travers lui - c'est là l'un de ses lieux communs préférés - une volonté de normalisation.

Michel Foucault voit ainsi se mettre en place à partir du XVII^e siècle un biopouvoir visant à la normalisation des corps à travers l'objectivation des maux et face auquel le maintien et même la réviviscence de formes traditionnelles de prévention et de guérison - comme le pèlerinage de Lourdes se développant en plein XIX^e siècle - représenteraient une sorte de résistance populaire (*La politique de la santé au XVIII^e siècle & Naissance de la médecine sociale*²³⁰ ; *Il faut défendre la société*²³¹). Une discipline exercée sur les corps au nom de la science et correspondant à la nécessité pour le

²²⁶ Voir J-C. Sournia *La médecine révolutionnaire. 1789-1799*, Paris, Payot, 1989, chap. IV.

²²⁷ Paris, Didot jeune, 1804.

²²⁸ Paris, Actes Sud & Inserm, 1987.

²²⁹ A l'instar de C. Lichtenthaeler *Histoire de la médecine*, 1975, *op. cit.*

²³⁰ in *Dits et écrits*, T. III, Paris, Gallimard, 1994.

²³¹ *Cours au Collège de France 1975-1976*, Paris, Gallimard-Seuil, 1997.

capitalisme de s'assurer de la meilleure insertion des corps dans l'appareil de production (*Histoire de la sexualité I*, 1976, V²³²).

Une idée inquiétante – et par là séduisante pour beaucoup, sans doute, ce qui explique qu'elle ait été largement reprise, au point de paraître de nos jours une véritable idée « fourre-tout » – mais assez difficile à appréhender. Par “pouvoir”, Foucault ne désigne pas en effet une instance de répression ou d'interdit mais un mécanisme qui s'étend à travers l'intensification des conduites. C'est ainsi, montre Foucault, que loin d'être refoulée et ignorée au XIX^e siècle, la sexualité a au contraire été sommée de se produire, de se nommer sous de nouvelles catégories objectives, “scientifiques” (voir 2. 1. 8.). Et au lieu d'être uniquement brimées et cachées, les sexualités “déviantes”, comme l'homosexualité, ont aussi bien été inventées (*La volonté de savoir*, 1976²³³). Tout cela relève de phénomènes de « pouvoir ».

Le problème est qu'on peut alors entendre à peu près ce qu'on veut sous le terme “pouvoir”. Si ce dernier désigne une volonté politique, même masquée, l'idée ne tient guère : au vu de la lenteur et des difficultés de la mise en place d'une politique d'hygiène publique en France, la constitution d'un biopouvoir à cette époque relève largement de la fable, notent des historiens²³⁴. Quant à croire qu'un biopouvoir s'est mis en place pour assurer la disponibilité des corps pour la production, il faudrait croire que ses promoteurs ont été particulièrement incapables quand on sait que ce sont les personnes les plus âgées qui absorbent l'essentiel des dépenses de santé, tandis que l'objectif d'une industrie de la santé ne peut tout simplement pas être de diminuer le nombre de malades pris en charge !

Et si le terme « biopouvoir » désigne plutôt des mécanismes ou mouvements sociaux beaucoup plus larges et disséminés, une entreprise sans réel sujet, son emploi n'est pas moins problématique. Quand on lit, chez Michael Hardt et Antonio Negri, que toute la création de richesse de l'économie mondiale tend vers la production biopolitique, c'est-à-dire vers la production de la vie sociale elle-même, jusqu'à vouloir réguler la nature humaine (*Empire*, 2000²³⁵), on peut se demander si le « pouvoir » ou le « biopouvoir » (qui fait plus chic) n'ont pas tout simplement remplacé « la société », chargée de tous les maux et principe d'explication commode dans les années 60 (« c'est la faute de la société ! »).

²³² Paris, Gallimard, 1976.

²³³ Paris, Gallimard, 1976.

²³⁴ Voir L. Murard & P. Zylberman *L'hygiène dans la République*, Paris, Fayard, 1996, p. 582 et sq. Voir également D. Porter *Health, civilization and the state: a history of public health from ancient to modern times*, London, Routledge, 1999.

²³⁵ trad. fr. Paris, 10/18 Exils, 2000.

La notion de biopouvoir est encore plus délicate chez Giorgio Agamben (*Homo sacer I*, 1995, p. 17²³⁶). Car le biopouvoir, à présent, désigne le pouvoir même, dans son essence, dans sa souveraineté²³⁷. Au fond, le pouvoir politique viserait par essence à s'exercer sur une vie nue, une vie réduite à elle-même et entièrement livrée à sa merci. L'essence du pouvoir serait d'investir jusqu'aux corps de ses sujets pour les posséder. Par réduction de la vie naturelle, il n'aurait de cesse que d'inventer un corps biopolitique sur lequel il peut pleinement s'exercer. Et cette essence du pouvoir, selon Agamben, s'est pleinement révélée dans les camps de concentration ; mettant au jour que le rêve de tout pouvoir est le génocide, comme maîtrise totale de corps réduits, bientôt anéantis.

Que l'absolutisation d'un certain pouvoir puisse ne trouver d'issue que dans l'extermination, c'est là sans doute une idée plus qu'intéressante (voir 4. 2. 21.). Qu'elle représente l'essence de tout pouvoir semble cependant une conclusion passablement sommaire, comme les aiment les ardeurs adolescentes : hier, mes parents m'ont interdit de sortir. Etre parent, c'est vouloir accéder à un statut qui permet d'interdire, etc. Que notre époque accueille très favorablement ce genre de raisonnements – des « rien d'autre qu'isme », les a-t-on nommés - ne les rend pas plus solides !

*

Quoi qu'il en soit, ce que la médecine moderne fut à même d'établir en circonscrivant le mal, c'est la latitude dans laquelle la survie corporelle demeure possible et sa tolérance à nombre d'écarts jugés dès lors pathologiquement insignifiants, même s'ils préoccupent ceux qui les ressentent. *Le corps est toujours plus libre que ne le croit l'esprit qui s'en soucie et toujours plus fragile que ne l'estime l'esprit qui l'ignore. Il a sa logique que notre nature méconnaît, de sorte qu'il importe de substituer à la notion toute subjective de santé celle plus quantitative de normalité.*

Selon cette approche, la santé n'est pas tant un équilibre qu'une moyenne, en regard de laquelle se situera désormais le diagnostic du médecin. En quoi l'appréciation subjective de son propre mal par l'individu ne peut que se sentir lésée le plus souvent, puisque le mal n'est plus appréhendé à son niveau mais de manière relative. Beaucoup de critiques que reçoivent les médecins de nos jours s'enracinent là : s'ils ne confirment pas

²³⁶ trad. fr. Paris, Seuil, 1997.

²³⁷ Voir K. Genel « Le biopouvoir chez Foucault et Agamben » *Methodos*, 4, 2004.

l'importance des symptômes que je leur décris, s'ils n'en devancent pas, même, l'énumération, je les réputerai nuls. Ils ne comprennent pas ce que j'ai !

Il est facile de comprendre qu'une telle normativité ne pouvait qu'être étrangère à la tradition hippocratique, ainsi que plus généralement aux médecines traditionnelles qui toutes traitent de la *santé*, c'est-à-dire d'une vigueur vitale et non d'une lésion circonscrite et peut-être muette – peut-être faudrait-il ainsi distinguer entre une santé « statique » et une santé « dynamique »²³⁸. De nos jours encore, beaucoup, comme Georges Canguilhem, auront voulu rappeler que, loin de n'être qu'une appréciation normative, la médecine demeure un art, qui suppose d'entendre dans sa singularité l'appel de l'individu qui se déclare malade²³⁹.

La médecine antique protégeait la vie et allait même, au-delà, jusqu'à prétendre la prolonger - tel était en effet la visée propre des diètes et régimes ; une visée que l'on trouvera encore chez Descartes (voir la section précédente). Le taoïsme, ainsi, prétendait conduire ses adeptes à la longue vie par le développement en soi, au moyen notamment de gymniques comme le *daoyin*, d'une sorte d'embryon intérieur susceptible de transformer le corps grossier en un corps immortel²⁴⁰. Le médecin traditionnel ne restaurait pas seulement les corps. Il délivrait les moyens de se protéger contre toute atteinte, y compris symbolique ou magique. Tout au long du Moyen Age, le port de pierres précieuses passera ainsi pour un prophylactique puissant. Les traités de lapidaires en indiquaient les valeurs protectrices. Les bijoux purs protégeaient contre tout pourrissement interne, en même temps qu'ils favorisaient la victoire dans les combats et protégeaient des enchantements en un âge où la maladie n'était pas individualisée comme une simple lésion morbide d'ordre strictement corporel par rapport aux autres peines.

Désormais, le diagnostic médical nous est ainsi comme dérobé en un double sens :

- selon la généralisation de l'approche clinique, le nombre et la nature des cas observés chez d'autres individus importe beaucoup plus, pour estimer l'ampleur de mes maux, que la description que j'en donne ;
- selon l'approche anatomique, la compréhension de la maladie n'est plus intuitive. Elle renvoie à une connaissance technique de mes organes qui m'échappe assez largement si je ne suis pas médecin.

²³⁸ Voir A. François *Eléments pour une philosophie de la santé*, Paris, Les Belles Lettres, 2017.

²³⁹ Voir X. Roth *Georges Canguilhem et l'unité de l'expérience. Juger et agir. 1926-1939*, Paris, Vrin, 2013.

²⁴⁰ Voir D. & M-J. Hoizey *Histoire de la médecine chinoise*, Paris, Payot, 1988.

Au total, *la reconnaissance de mon mal, de mon destin même, n'est plus sans l'intermédiation d'un tiers*, seul capable non seulement de les guérir mais même de les caractériser. Une situation qui porte gravement atteinte à ce qu'un auteur nomme justement la "somptuosité" de mon moi²⁴¹ et qui permet de comprendre la diversité et parfois la violence de certaines attitudes face aux médecins. Une grande crédulité en même temps qu'une attitude de systématique défiance peuvent en effet se conjuguer à l'occasion de la consultation. Et, une fois dehors, souvent, l'ordonnance ne sera pas correctement suivie ou ne le sera pas du tout.

Parce qu'il force l'intimité, le rapport médical peut être fortement investi et même érotisé ou au contraire et pour la même raison, être totalement rejeté - le recours aux médecines douces permettant alors précisément d'éviter l'intervention médicale, réputée brutale, qu'il s'agisse de l'exploration mécanisée du corps ou de sa chirurgie.

Dans *Eros & civilisation* (1955²⁴²), Herbert Marcuse voit dans la chirurgie une agressivité sublimée (plutôt que de tuer, le chirurgien opère). Cette argumentation puérile a beaucoup de succès à notre époque, sans doute parce que marchant à tous les coups (l'amour est un rempart contre la haine et la haine un rempart contre l'amour, etc.), elle permet de croire que l'on pense.

Au total, en même temps que la médecine "interventionniste" était considérée avec beaucoup plus de suspicion, se sera généralisée la pratique du recours à un tiers dans la connaissance de soi ; fondement à partir duquel la psychologie est de plus en plus envahissante dans nos sociétés - bientôt, note un auteur, on ne pourra plus dire "je suis déprimé", sans s'entendre dire : "ainsi, vous vous prenez pour un psychologue"²⁴³. Parallèlement, le développement d'une médecine non thérapeutique (transformation de l'apparence physique, voire de l'identité sexuelle, lutte anti-vieillesse) aura répondu à l'identification de plus en plus étroite entre l'individu et son corps²⁴⁴.

Pour simplement être, le moi a désormais besoin d'un tiers. Là est la radicale nouveauté, dont nous n'avons sans doute pas épuisé toutes les conséquences. Mais, pour le moi, cela n'est acceptable que si ce tiers n'est pas trop puissant. Il faudra donc le réputer faillible. Ainsi est-il devenu assez courant d'entendre autour de nous rapporter le cas de telle personne autrefois malade et que les médecins disaient condamnées, alors qu'elle se porte à présent fort bien ; ou bien le cas vécu d'un médecin s'étant totalement trompé. Par

²⁴¹ Voir P. Meyer *Philosophie de la médecine*, Paris, Grasset, 2000, pp. 244-245.

²⁴² trad. fr. Paris, Minuit, 1963.

²⁴³ Voir P. Feyerabend *Adieu la raison*, 1987, trad. fr. Paris, Points Seuil, 1989, p. 19.

ailleurs, le sujet souffrant se sentira rapidement maître du traitement qui lui est prescrit – on rapporte ainsi que la non-observance des prescriptions médicales peut concerner jusqu'à 60% des cas, y compris en situation de risque vital²⁴⁵.

Le succès des médecines parallèles est ainsi essentiellement ambigu. D'un côté, on va chercher chez elles ce qu'une médecine technicienne ne délivre pas, une certaine intégrité de soi - avec elles, mon corps n'est pas débité en planches photographiques, en flacons, en lamelles. Mais, en même temps, ce recours s'inscrit tout à fait dans le champ ouvert par l'apparition d'une médecine opérante, puisqu'il multiplie les occasions de recueillir un avis sur soi. Il multiplie les voies thérapeutiques.

En fait, ces médecines qui prospèrent peut-être plus que jamais de nos jours²⁴⁶ n'auront jamais été sérieusement menacées par les progrès d'une médecine dont les diagnostics étaient sans cesse affinés. Hahnemann et son homéopathie étaient fêtés à Paris à l'époque même de Laennec et de Bichat. Ainsi, s'il s'agit de comprendre pourquoi des techniques pseudo-médicales fondées sur la croyance et la suggestion ont pu inscrire leur déploiement dans celui d'une médecine scientifique qui aurait normalement dû les ridiculiser, il faut souligner que la médecine moderne a totalement modifié l'idée de maladie, en même temps que se maintenait celle traditionnelle de santé. *Ce que l'idée de normalité corporelle aurait dû apporter de plus patent, en effet, était une limitation considérable du champ médical, circonscrit à des interventions ponctuelles, techniques. Pourtant, lorsqu'il arriva un jour que la médecine apprît à guérir en s'attaquant aux lésions réelles, on crut, suivant l'opinion traditionnelle, qu'elle pourrait tout à la fois soigner les corps malades et combler les attentes individuelles de santé et de succès, ce qui était par essence hors de son champ.*

Dans le même temps, l'affirmation de la liberté individuelle et celle d'un moi plus autonome fit davantage ressentir le corps comme une contrainte, dont on voulait surmonter les empêchements et les fatigues²⁴⁷. *A terme, il était donc logique que rien de ce qui touche l'individu ne puisse totalement échapper à la médecine, en même temps que celle-ci soit reçue avec de plus en plus de circonspection.*

Le "tout pathologique".

De nos jours, l'idée de maladie recouvre au moins trois aspects :

²⁴⁴ Voir C. Grignon-De Oliveira & M. Gaille-Nikodimov *A qui appartient le corps humain ?*, Paris, Les belles Lettres, 2004.

²⁴⁵ Voir G. Reach *Pourquoi se soigne-t-on ?* Paris, Le bord de l'eau, 2005.

²⁴⁶ Pour une rapide présentation des magnétothérapie, mésothérapie, ostéopathie, méthode de la photographie Kirlian, etc., voir H. De Vecchy (Ed.) *Vade-mecum des médecines différentes*, Paris, R. Jauze, 1991.

- physiologique (lésions, dysfonctionnements) ;
- psychologique (ne pas être bien) ;
- social (ne pas être comme les autres ; manquer à atteindre une norme posée comme idéale).

On est donc passé d'une définition naturaliste de la maladie, fondée sur des critères corporels objectifs, à une définition normativiste, qui rapporte la santé à ce qui est jugé socialement et individuellement normal²⁴⁸. A partir de là, les médecins sont conduits à se prononcer sur à peu près tout : sexualité, réussite scolaire, beauté physique, etc. - et ceci, d'ailleurs, avec plus ou moins d'appétence de leur part. En 1962, la légalisation de la pilule contraceptive en France divisa le corps médical : était-ce bien aux médecins de la prescrire ? Le Conseil de l'Ordre s'y opposa, faisant observer que le rôle du médecin n'est pas d'agir contre la vie. Une telle attitude fut jugée réactionnaire et, dans ses attendus, elle l'était sans doute en large partie. Il n'en reste pas moins que *l'extension des compétences médicales aura le plus souvent reposé sur une initiative de la société beaucoup plus que des médecins eux-mêmes*.

Le grand retour de l'idéal de santé.

Dès 1947, l'Organisation Mondiale de la Santé définissait la santé comme un parfait bien-être physique, mental et social et non comme la simple absence de maladie. Une telle définition ouvrait à la médecine un champ de compétences pratiquement illimité. Elle se voulait progressiste, bien qu'elle retrouvât en fait l'idée la plus traditionnelle de la santé comme optimum, englobant, nous l'avons vu, l'existence sous pratiquement tous ses aspects. Quoi qu'il en soit, elle prenait acte du fait que *devrait désormais être considéré comme malade non pas l'individu qui est constaté tel objectivement par un tiers mais celui qui se ressent et se déclare tel*.

On ne peut que s'étonner dès lors de l'écho favorable que rencontrent toutes les dénonciations du biopouvoir de la médecine, de la mainmise de cette dernière sur nos vies, quand, à l'évidence, la médecine aura été constamment un cran en retard par rapport aux demandes dont elle faisait l'objet et qui, répondant à un idéal de santé personnelle globale, allaient même radicalement à l'encontre de ses principes. Loin de nous soumettre à des injonctions biopolitiques, il semble plutôt que le corps médical ne

²⁴⁷ Voir G. Vigarello *Le sentiment de soi*, Paris, Seuil, 2014 & *Histoire de la fatigue*, Paris, Seuil, 2020.

puisse guère que se soumettre aux attentes morales qui secouent nos sociétés face à l'intolérable du destin humain. Ainsi de la médicalisation dont font l'objet désormais de nos jours les traumatismes liés à des situations de stress, de choc et particulièrement d'attentats. En réponse à ces situations de victimisation, une notion d'urgence médico-psychologique a été institutionnalisée. Un état de stress post-traumatique a été défini et inclus dans le répertoire des troubles psychiatriques, le DSM III, en 1980.

Une telle notion a bien soulevé quelques critiques : réputée presque obligatoire en situation de choc, elle paraît un peu facile, notamment dans la mesure où elle peut ouvrir un droit à réparations pécuniaires²⁴⁹. L'événement traumatique est-il vraiment un agent étiologique autonome et si puissant qu'il dispense de toute recherche en fraude, en dissimulation ? Peut-il être traité en lui-même et dans l'urgence, séparé des réalités sociales et personnelles dans lesquelles il s'inscrit ? Las, de nos jours, la parole des victimes ne souffre aucune remise en cause. En 2004, en France, le Secrétariat d'Etat aux Droits des victimes voulut même rendre légale la présomption de bonne foi quant au témoignage des victimes. Autant dire que, correspondant à une exigence morale fortement relayée par les associations de victimes, le traumatisme est devenu une catégorie médicale qui s'impose aux médecins, lesquels ne sont face à lui que des experts accessoires, requis pour dire ce que l'on attend qu'ils confirment²⁵⁰.

De nos jours, beaucoup de patients consultent pour un état de trouble dont la seule certitude est qu'il appelle une réponse globale et demande comme un changement de vie - en quoi nombre d'affections sont dans l'air du temps, la maladie correspondant à une véritable construction sociale de soi²⁵¹. Se soigner, c'est avant tout continuer à se rêver intègre, en fonction de tout un imaginaire de nous-mêmes, contre les "pertes" que nous inflige la vie. Or l'idéal de beauté physique, par exemple, renvoie en large partie au même rêve d'intégrité - il s'investit de manière privilégiée dans ce qui est lisse, uni, dans une éternelle jeunesse que promettent les produits de beauté - et sa médicalisation paraît somme toute logique²⁵².

²⁴⁸ Voir G. Hesslow *Avons-nous besoin d'un concept de maladie ?*, 1993 in E. Giroux & M. Lemoine (dir) *Philosophie de la médecine*, Paris, Vrin, 2012. Sur les différentes visions de la santé chez les philosophes, voir J-C. Fondras *Santé des philosophes, philosophes de la santé*, Nantes, C. Defaut, 2014.

²⁴⁹ Voir D. Summerfield "The invention of Post-Traumatic Stress Disorder and the social usefulness of a psychiatric category" *British Medical Journal*, 322, 2001, pp. 95-98.

²⁵⁰ Voir D. Fassin & R. Rechtman *L'empire du traumatisme*, Paris, Flammarion, 2007.

²⁵¹ Voir R. Aronowitz *Les maladies ont-elles un sens ?* 1998, trad. fr Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1999 ainsi que J. Dufresne, F. Dumont & Y. Martin (dir) *Traité d'anthropologie médicale*, Presse de l'Université de Québec/ Presses Universitaires de Lyon, 1985, chap. 13 & 14.

²⁵² Voir M-L. Pellegrin *Imaginaire et symbolique dans la définition du remède* in J-C. Beaune (Dir.) *La*

Mais, d'un autre côté, la médecine est également requise pour apporter des solutions simples et immédiates à de menus troubles susceptibles d'empoisonner la vie. La gourmandise ainsi, comme le fait d'être colérique ou de se ronger les ongles, parmi bien d'autres « dérangements », sont susceptibles de devenir autant de syndromes ayant leurs médicaments propres. La médecine devient alors un instrument de régulation sociale au niveau le plus individuel²⁵³. Avec les amphétamines, découvertes en 1928 et prescrites un peu tous azimuts contre la fatigue, la dépression, l'obésité ou l'inattention scolaire (avant de faire l'objet d'interdictions de plus en plus strictes), sont apparus des médicaments qui, dans leur usage, ne sont rien d'autres que des drogues : des stimulants pour ceux qui souffrent d'une trop terne normalité²⁵⁴.

Le "tout pathologique" aura ainsi marqué le retour de l'idéal de santé et ceci, d'abord, à travers la découverte des effets pathogènes du mode de vie et de la nécessité de modifier nombre de comportements traditionnels, notamment en matière d'alimentation. Dès lors que dans les années 50 fut établie la liaison statistique entre l'infarctus du myocarde et l'ingestion excessive d'acides gras saturés, producteurs de cholestérol, être bien portant ne pouvait plus consister seulement à se sentir bien - au contraire ! L'état de santé dut recouvrir la prévention de ce qu'on nomme des "proto-maladies", maladies cachées ou syndromes qui, comme l'hypertension artérielle, augmentent le risque de développer une "vraie" maladie. Être bien portant impose des devoirs (ne pas fumer, ne pas trop manger, pratiquer une activité sportive).

La mesure de la pression artérielle fut imposée à partir de 1895 par les compagnies d'assurance²⁵⁵.

D'un côté, ainsi, surveillance et soins nous sont devenus comme un devoir, tandis que la médicalisation recouvre des pans de plus en plus larges de nos vie - la sollicitude curative envahissant notamment de manière privilégiée le champ psychologique. De nombreux enfants ne présentent qu'une partie des symptômes de l'autisme et n'étaient donc pas reconnus comme autistes jusqu'à ce que le DSM-IV ne définisse un « syndrome d'Asperger ». Le nombre de cas a alors été multiplié par 20 ! Permettant aux parents de bénéficier d'aides et de services spécifiques. Dans le même DSM-IV, les fringales relèvent aussi bien désormais d'un syndrome d'hypophagie, tandis que les enfants turbulents sont atteints d'un « trouble de

philosophie du remède, Paris, Champ Vallon, 1993.

²⁵³ Voir H. Bergeron & P. Castel *Sociologie politique de la santé*, Paris, PUF, 2014.

²⁵⁴ Voir P. Nouvel *Histoire des amphétamines*, Paris, PUF, 2009.

²⁵⁵ Voir N. Postel-Vinay & P. Corvol *Le retour du Dr Knock. Essai sur le risque cardio-vasculaire*, Paris, O. Jacob, 2000.

déficit d'attention avec hyperactivité » qui se soigne – aux USA cela représente désormais un marché passé en quelques années de 7 millions \$ à 15 milliards \$. Cela explique que, dès sa parution en mai 2013, le DSM V ait été fort critiqué par certains psychiatres américains (notamment par l'Institut de santé mentale, le NIMH). On l'accuse de créer de nouveaux troubles pour l'unique profit des laboratoires.

Allons-nous irrémédiablement ainsi vers l'étonnante inversion de valeurs qu'imagine Samuel Butler dans son utopique *Erewhon* (1871²⁵⁶) ? Là, toute maladie est immorale et criminelle et être souffrant expose à être jeté en prison, quand un crime ou un vol conduisent eux à l'hôpital. On a la même compassion pour les criminels que chez nous pour les malades. On apprend ainsi avec soulagement que l'un, qui se remet d'avoir escroqué une grosse somme d'argent, paraît maintenant hors d'affaire...

La médecine, ainsi, a changé nos vies et, largement relayée par les médias, grands pourvoyeurs de maux nouveaux à prendre en considération, est devenue la principale source d'interdits dans nos sociétés. Car l'hygiène publique est pratiquement incapable d'aider à lutter contre les seuls *excès* nocifs. L'identification d'un facteur de risque conduit pratiquement toujours à vouloir (sans pouvoir toujours l'imposer, comme pour le tabac) son interdiction pure et simple.

*

3. 3. 34.

Gestion de l'hygiène publique.

Au niveau public, les méthodes prophylactiques courantes demeurent en effet celles d'une politique d'hygiène de masse pratiquement inchangée depuis le XIX^e siècle, alors qu'il s'agissait de vaincre les fléaux microbiens : dramatiser pour sensibiliser, c'est-à-dire en venir à prôner l'éradication totale des facteurs pathogènes et ne pas hésiter à mobiliser parfois, pour ce faire, les ressources symboliques de ce qu'il faut bien nommer l'hystérie collective.

La récente lutte contre le tabagisme, surtout aux USA, en fournit un assez bon exemple, qui sur le modèle de la contamination virale en est venue à ne plus reconnaître aucun seuil de nocivité au tabac, comme si une cigarette pouvait *seule* représenter un danger presque mortel. A propos du tabagisme dit "passif", un auteur écrit ainsi que jamais la prise en considération d'un risque potentiel aussi faible n'a eu de conséquences sociales

²⁵⁶ trad. fr. Paris, Gallimard, 1981.

aussi importantes²⁵⁷. C'est que le modèle « épidémique » relève de visées prohibitionnistes, selon lesquelles il s'agit de régler les mœurs et de s'attaquer aux vices plus encore qu'aux maladies (c'est pourquoi la cigarette électronique, quoique beaucoup moins nocive, ne plait guère aux tenants de la lutte anti-tabagique : elle prolonge et permet le vice, le plaisir, qu'il s'agit d'éradiquer). Dès lors, il n'y a pas de juste milieu : la modération est illusoire. Les buveurs – voulait-on faire accroire lors de la prohibition de l'alcool aux Etats-Unis entre les deux guerres – deviendront infailliblement des ivrognes. Il s'agit donc d'être intransigeant²⁵⁸.

Dans le même sens, certains ont critiqué la politique de lutte contre le SIDA en France, axée sur la généralisation du port du préservatif²⁵⁹.

La politique de lutte contre le SIDA.

Le SIDA offre cette particularité de n'être pas transmissible au même degré en fonction des différentes pratiques sexuelles ainsi que, chez les femmes, de l'état physiologique (menstrues et autres maladies sexuellement transmissibles concomitantes favorisent sa propagation). Ainsi, pour les mêmes raisons, le SIDA frappe certaines populations de manière privilégiée et il aurait dès lors fallu recommander aux populations les moins exposées d'éviter d'avoir sans protection certains types de rapports avec certains types de partenaires. Or, les autorités françaises se refusèrent absolument à désigner et à culpabiliser des groupes particuliers - au point même d'en venir à ne surtout pas parler de contagion mais d'infection.

Si la contamination à travers la transfusion sanguine a été particulièrement forte en France, cela tient, a-t-on souligné, à une absence totale de sélection des donneurs avant la systématisation des tests de dépistage. En juin 1993, une circulaire du Ministère de la Santé demandait d'écarter les donneurs à risques, c'est-à-dire les homosexuels, les toxicomanes, les personnes originaires de Haïti et d'Afrique équatoriale. Elle suscita une indignation dans les médias, dénonçant les risques de dérapages discriminatoires et inquisitoriaux et elle ne fut jamais appliquée. Il en fut de même du projet plusieurs fois énoncé d'un dépistage obligatoire de toute la population ou de certaines populations à risque. *Il n'y avait donc d'autre solution, au total, que de prôner l'adoption par tous d'un comportement surtout justifié dans certains cas*, souligne-t-on - quoiqu'il soit difficile d'imaginer comment les autorités françaises auraient pu faire autrement, compte tenu de la difficulté à maîtriser les critères de risques mentionnés et l'hétérogénéité des populations à risque concernées (toxicomanes notamment)²⁶⁰.

²⁵⁷ Voir M. de Pracontal *La guerre du tabac*, Paris, Fayard, 1998, pp. 169-170.

²⁵⁸ Voir F. Caballero *Droit de la drogue*, Paris, Dalloz, 1989.

²⁵⁹ Voir M. Tubiana *op. cit.*, p. 596 et sq.

²⁶⁰ Voir M. Calvez *Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du SIDA* in J-P. Dozon & D. Fassin (dir) *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, 2001.

Demeure frappant néanmoins, dans le cas de la prévention du SIDA, le souci manifeste des pouvoirs publics de ne surtout pas donner l'impression qu'ils pouvaient juger les comportements individuels et encore moins inciter à les modifier. On en vint ainsi à distribuer des seringues aux toxicomanes. Et dans l'insistance mise à recommander à tous les mêmes mesures de prévention, le souci d'éviter toute discrimination était manifestement important. Il fallait donc présenter le SIDA comme une menace immédiate pour tout le monde. Du coup, le préservatif devint un véritable étendard politique. Comme si l'on avait découvert à travers lui l'instrument presque parfait de tolérance et de solidarité pour réguler l'entrecroisement hasardeux des monades urbaines.

Pour lutter contre la maladie et limiter les dépenses collectives, il faut que les individus se sentent responsables de leur propre santé. Ne peuvent donc suffire de simples mesures d'hygiène publique - comme le certificat prénuptial, rendu obligatoire en France au milieu du XX^e siècle et qui devait inclure une prise de sang, ainsi qu'une éventuelle radiographie (pour détecter la tuberculose) et qui devint vite une simple visite médicale à l'utilité plus qu'incertaine.

En fait, alors que bien d'autres éléments relevant d'intérêts privés intervenaient - les premiers bilans de santé, ainsi, se sont généralisés en réponse aux demandes des compagnies d'assurance vie - le rôle prescriptif de la puissance publique tendit à se restreindre, quand il ne fut pas finalement aboli, comme nous venons de le voir à propos de la lutte contre le SIDA. Aujourd'hui, la médicalisation de nos vies est essentiellement portée par les impératifs d'une économie de la santé ayant atteint un poids considérable dans les sociétés développées (plus de 10% du Produit Intérieur Brut d'un pays comme la France ; 14% aux USA) ; où elle est devenue l'un des principaux employeurs. Aux Etats-Unis, où les prix des médicaments sont libres (ils sont négociés entre l'Etat et les laboratoires en France), l'industrie pharmaceutique est l'un des secteurs les plus profitables. *Nous assistons ainsi à une normalisation très forte des comportements, obéissant essentiellement à des intérêts marchands très mal perçus par le grand public mais qui n'existent qu'à prendre en considération les demandes de ce dernier.* Ceci, alors que l'Etat, lui, adopte une attitude de moins en moins directive et de plus en plus compréhensive - pour lutter contre les accidents de la route dus à l'alcoolisme, ainsi, il n'aggraverait pas les sanctions sans tenter d'abord de sensibiliser, de convaincre. Pour autant, nous l'avons vu, il fera de chaque fléau un problème de société, comme si le lien social s'investissait désormais prioritairement dans la prévention des accidents et des maladies.

Il n'est que face au tabac que l'action publique soit intransigeante et immédiatement punitive (amendes) – bien plus que contre la consommation de stupéfiants. Le drogué et l'alcoolique sont d'abord vus comme des victimes, qu'il faut aider. Le fumeur, lui, n'a aucune excuse. On peut donc ouvrir des « salles de shoot » mais on ne sera jamais assez sévère pour interdire de fumer dans les espaces publics. Il serait intéressant de se demander ce qui a pu conduire à une telle différenciation.

La santé dans la logique de l'économie marchande.

Nombre de caractéristiques de l'économie de la santé relèvent de nos jours bien davantage d'une logique marchande que de nécessités thérapeutiques évidentes. Sait-on ainsi suffisamment que les Français consomment 70% de médicaments de plus que les Allemands, deux fois plus que les Anglais, quatre fois plus que les Hollandais ? Que 70% des veinotoniques consommés dans le monde le seraient en France ? Quelle situation pathologique propre à la France peut bien justifier de tels écarts ? En trente ans, le marché des médicaments en France a été multiplié par treize, avec les anxiolytiques pour fer de lance. Il est pourtant clair qu'un tel accroissement n'a pas tenu à une dégradation correspondante de la santé, tout au contraire. La mortalité due à l'infarctus du myocarde, par exemple, a été divisée par près de dix en quarante ans. Entre 1970 et 1982, la fécondité a baissé de 13,5% en France. Dans le même temps, les césariennes pratiquées lors d'accouchements sont passées de 5,5% à 23,5%. Certes, beaucoup de causes peuvent expliquer un tel phénomène. Mais il est difficile de ne pas considérer parmi elles le fait que, sur la même période, le nombre de médecins accoucheurs est demeuré stable... Sur cent actes médicaux prescrits, seulement 72 seraient pleinement justifiés. Des appendicites aux opérations contre le syndrome du canal carpien, les interventions inutiles sont nombreuses selon certains observateurs.

La France a longtemps été caractérisée par une consommation de médicaments 40% supérieure à celle de ses voisins. Des efforts ont néanmoins été réalisés et elle est revenue dans la moyenne européenne, sauf pour les antibiotiques et les anxiolytiques. Au total, cependant, la consommation de médicaments a augmenté de 125% en France en 20 ans. 90% des consultations s'accompagnent d'une prescription (43% aux Pays-Bas) – en hôpital, celles-ci ont augmenté de 75% depuis 2002. Chaque Français dépense en moyenne 504 € par an pour se procurer des médicaments et en consomme 48 boîtes, remboursées à 85,5%. Mais comme les ventes ne se font pas à l'unité, 40% des médicaments ne seraient pas consommés. Et la part en volumes des génériques vendus en France (28%) est beaucoup moins importante qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni (75%). L'unité de générique coûte d'ailleurs singulièrement plus chère en France : 12 cts en moyenne contre 7 cts au Royaume-Uni.

Selon l'OMS, 500 molécules seraient vraiment nécessaires. 2 000 sont commercialisées en France, sous 4 500 marques différentes. Autant reconnaître qu'il s'agit là d'une véritable subvention versée aux

laboratoires – ce qui ne les pousse d’ailleurs pas particulièrement à l’innovation, puisque les comparaisons internationales montrent qu’ils investissent proportionnellement moins que leurs homologues étrangers dans les biotech et la génomique.

Aujourd'hui, l'industrie pharmaceutique dépense de 20% à 25% de son chiffre d'affaires en publicité et démarches commerciales pour 13% à 15% en frais de recherche. Ceux-ci ont beau avoir été considérablement augmentés, ces dernières années, 90% du marché des laboratoires pharmaceutiques est réalisé par la vente de médicaments mis sur le marché depuis plus de cinq ans, tandis que les molécules homologuées sont de moins en moins nombreuses année après année. Il s'agit donc de susciter des besoins, quand les coûts marginaux sont de plus en plus élevés passé un certain niveau d'hygiène publique et quand beaucoup des nouveaux médicaments qui peuvent être commercialisés sont d'une efficacité discutable : en 2008, 267 nouveaux médicaments ont été mis sur le marché en France, parmi lesquels 239 ont été jugés apporter une amélioration du service médical rendu à peu près nulle par la Haute Autorité de la Santé ! Tout comme il est impératif pour les cabinets d'analyses et les centres de soins de multiplier les examens afin de rentabiliser des investissements souvent forts onéreux²⁶¹. Il est de plus en plus difficile, en d'autres termes, de convaincre les gens de se soigner, dans la mesure où leur état s'améliore constamment. Mais c'est pourtant à quoi est contrainte l'économie de la santé ; de sorte qu'il ne sera bientôt plus de malade qu'en regard d'un marché²⁶².

La croissance des dépenses de santé est portée par plusieurs facteurs, parmi lesquels ceux qu'on invoque le plus fréquemment, le vieillissement de la population et le développement chronique de nouveaux syndromes comme l'obésité, ne sont pas les plus importants. Si, en 2010, un diabétique de 50 ans dépensait plus pour sa santé qu'en 2000, cela est sans rapport avec le vieillissement mais tient à ce que de nouveaux produits et de nouvelles procédures de traitement sont apparus continuellement. Les évolutions technologiques expliquent la majeure partie de la croissance des dépenses. Les coûts de l'opération de la cataracte ont été stabilisés entre la fin des années 60 et la fin des années 90. Mais l'évolution technologique a ensuite permis de meilleurs résultats en termes d'acuité visuelle et de réduction des complications, tout en permettant à des patients plus âgés ou moins atteints qu'auparavant d'en bénéficier, ce qui a fait notablement augmenter les dépenses liées à cette intervention. Dans le domaine de la santé, les innovations ont le plus souvent un coût très élevé car il s'agit majoritairement d'innovations de produits (génératrices de dépenses) plutôt que de procédés (facteurs d'économies de coûts). Or les nouvelles offres de soins rencontrent immédiatement une demande importante, de sorte qu'en même temps que la productivité des traitements

²⁶¹ Voir J-C. Sournia *Ces malades qu'on fabrique*, Paris, Seuil, 1977 ; J. Blech *Les inventeurs de maladies*, 2003, trad. fr. Paris, Actes sud, 2005 ; S. Boukris *La fabrique de malades : ces maladies qu'on nous invente*, Paris, Le Cherche midi, 2013 & V. Vasseur & C. Thévenot *Santé, le grand fiasco*, Paris, Flammarion, 2015.

s'améliore (ils sont plus efficaces), les dépenses, au lieu de baisser, augmentent, car les bénéficiaires des soins sont beaucoup plus nombreux. Dès 1967, l'économiste William Baumol diagnostiquait ainsi une « maladie des coûts de la santé » : ils ne cessent jamais d'augmenter ! (comme ceux de l'éducation et des spectacles).

Dans ces conditions, Ivan Illich n'a pas hésité à soutenir que le système médical est devenu la première source de menace pour la santé, tant ses objectifs économiques ne sont plus ceux des individus et conduisent à aliéner ceux-ci en les rendant dépendants des médecins, impuissants à se guérir par eux-mêmes mais subissant toutes sortes de maladies "iatrogènes", c'est-à-dire directement suscitées, comme un effet pervers, par le système de santé lui-même²⁶³. Les hommes meurent des remèdes des médecins plus que de maladies, disait déjà Molière. Et Illich, pour lequel le progrès général des conditions de vie et d'hygiène dans les sociétés développées a pesé bien plus lourdement que les avancées réelles de la médecine dans l'amélioration de l'état de santé global des populations²⁶⁴, de prôner le retour à une vie simple (*Némesis médicale*, 1975²⁶⁵).

De telles affirmations cependant sont simplistes, dans la mesure où elles font fi, notamment, de la demande de soins émise par la société elle-même – notamment en phase de vieillissement de la population, qui augmente soins et contrôles. Demande dont il est trop simple d'expliquer qu'elle n'est que l'effet d'un conditionnement exercé par l'industrie médicale²⁶⁶.

Après la Seconde guerre mondiale, lorsque furent développés les grands programmes nationaux de sécurité sociale en Europe, on imaginait que l'accès de tous aux soins et la généralisation de la prévention allaient faire baisser les dépenses médicales dans leur ensemble. Ce fut là l'une des plus grandes erreurs économiques, sans doute. Car, depuis trente ans, la croissance des dépenses de santé est supérieure à celle du revenu national et les systèmes de sécurité sociale accumulent les déficits. A un certain niveau d'ensemble, l'élasticité des dépenses de soins en regard d'une augmentation du revenu est supérieure à un²⁶⁷. Alors que d'autres postes de dépenses comme l'alimentation sont inélastiques, cela signifie que les individus sont prêts *a priori* à dépenser plus pour se

²⁶² Voir J. Testart *Des hommes probables*, Paris, Seuil, 1999, p. 258 et sq. L'auteur examine particulièrement le "marché" de la procréation assistée.

²⁶³ Au sens propre, iatrogène = qui engendre un médecin !

²⁶⁴ Voir le constat semblable de T. McKeown *The role of medicine*, London, Basil Blackwell, 1979.

²⁶⁵ Paris, Seuil, 1975.

²⁶⁶ Pour un exemple historique, voir par exemple F. Zanetti *L'électricité médicale dans la France des Lumières*, Oxford, Voltaire Foundation, 2017.

²⁶⁷ Voir A. Labourdette *Economie de la santé*, Paris, PUF, 1993, p. 32 et sq.

soigner et cela se traduit par des phénomènes dits "de demande induite". De nos jours encore, les médecins spécialistes suscitent ainsi en partie leur propre demande (ce qui n'est plus depuis longtemps le cas pour les généralistes) : le nombre global de consultations augmente dès lors qu'un nouveau spécialiste s'installe dans un quartier et non l'inverse (cela est particulièrement vrai de certaines spécialités, comme la pédiatrie et moins pour d'autres comme l'ophtalmologie)²⁶⁸. Car on ne consomme pas que des médicaments mais les médecins eux-mêmes.

Tout cela explique qu'en des périodes où l'on tente d'endiguer les dépenses de santé, il est pratiquement aussi efficace, plutôt que de prendre des mesures nécessairement impopulaires visant à restreindre la demande, d'agir directement sur l'offre (contrôle du développement du nombre de lits d'hospitalisation, *numerus clausus* à l'entrée des études médicales, quotas par spécialités, rationnement des implantations de haute technologie)²⁶⁹. Même s'il reste que dans les nombreux débats portant désormais sur le sauvetage des systèmes de sécurité sociale, l'élément le plus déterminant - cette appétence pour les soins - est aussi le moins facile à exprimer.

Quand l'économie marchande trouve son meilleur profit dans le contrôle social : le dépistage des maladies génétiques.

Ce qui paraît clair, en tous cas, c'est qu'obéissant à une telle logique consumériste, le développement de l'offre de soins médicaux ne correspondit nullement à une normalisation mais, tout au contraire, à une sensibilisation et à une implication individuelles sans cesse renforcées. Au bout de cette logique, il fallut même remettre en cause le statut que la médecine scientifique avait acquis aux médecins - ce paternalisme éclairé, comme on l'a nommé, qui amenait ces derniers à décider plus ou moins seuls de ce qui devait être le bien du patient.

Le *Code de déontologie médicale* français dispose ainsi que, dans son intérêt et selon des raisons légitimes que le médecin apprécie seul en conséquence, le malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave (sauf en cas de risque de contamination). En cas de pronostic fatal, les proches doivent être prévenus, sauf exception (article 35).

Au bout de la logique marchande, le rapport médical doit devenir purement contractuel - ce qui correspond à son évolution actuelle. Le patient doit toujours savoir

²⁶⁸ Voir J-M. Normand *Les mains dans le cambouis. Pour réparer la Sécu*, Paris, Ed. R. Desforges, 1992, p. 63.

²⁶⁹ Voir A. Beresniak & G. Duru *Economie de la santé*, Paris, Masson, 1997, p. 62 et sq.

précisément ce qu'il achète. Son information doit être honnête et complète et aucune intervention ne peut être engagée sans son consentement, etc.²⁷⁰.

Réciproquement, les soins évoluent vers des pratiques de plus en plus protocolaires, contestant la clinique traditionnelle, laquelle, fondée comme on l'a dit d'un « savoir-y-faire » du médecin dans le cadre d'une relation singulière avec un patient²⁷¹, pouvait être reconnue comme un « art », reposant sur le talent propre du soignant. Avec l'*Evidence Based Medicine*, d'abord lancée par un groupe de médecins épidémiologistes de l'Université McMaster de l'Ontario dans les années 1990, l'approche médicale hiérarchise les résultats disponibles en matière d'expériences et d'essais pour aider les décisions²⁷². Les pratiques peuvent ainsi être standardisées – au point de pouvoir dans certains cas être confiées à des robots – ce qui doit permettre une meilleure maîtrise des coûts.

Les nouveaux droits reconnus aux patients ne sont pas les symptômes d'une crise de la médecine ni l'expression d'une défiance nouvelle par rapport au corps médical comme beaucoup sont tentés de le croire mais la simple régulation d'un phénomène massif et banal : le renforcement du vécu souffrant et l'augmentation de la demande de soins correspondante. *Comprendre la logique marchande de la santé revient précisément à concevoir que le développement de la médecine doit accroître le nombre de malades, non le contraire !* Nous rendre de plus en plus "malades" ou plutôt de plus en plus attentifs à notre propre santé, nous placer sous une mise sous surveillance et un régime de prévention constants, faire de nous des malades potentiels perpétuels, c'est là tout l'enjeu d'un système de soins étoffé et performant. D'ores et déjà, dépistages trop systématiques et tendance au sur-diagnostic ont pu être dénoncés pour les cancers du sein et de la prostate²⁷³.

Au fil des années, les Français déclarent ainsi souffrir d'un plus grand nombre de maladies : 1,62 par personne en 1970 ; 2,28 en 1980. Dans le même temps, l'espérance moyenne de vie est pourtant passée de 68 à 71 ans pour les hommes et de 76 à 79 ans pour les femmes.

²⁷⁰ Voir D. Pellerin « La médecine de demain : consumérisme ou humanisme ? » *Humanisme et entreprise* n° 250, décembre 2001.

²⁷¹ Voir J-C. Weber *La consultation*, Paris, PUF, 2017.

²⁷² Voir D. Sackett *Evidence based medicine*, New York, Churchill Livingstone, 2000. Sur la standardisation des expériences elles-mêmes, voir H. Marks *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques 1900-1990*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1999.

²⁷³ Voir par exemple H. Reynolds *The big squeeze*, Ilr Press, 2012.

Poussée à bout, cette logique permet de dessiner les contours d'une société où la médecine serait capable de diagnostiquer dès notre naissance et selon un certain coefficient de chances les maladies graves qui peuvent nous affecter, sans être pour autant à même de les éradiquer, cela obligeant à une surveillance et à un dépistage permanents. Une médecine qui ne traiterait plus tant qu'elle ne dépisterait, ayant rapport non à des patients mais à des malades à venir²⁷⁴. Une médecine d'accompagnement plus que de guérison, gérant les risques avec l'implication forte des patients.

Déjà, certaines maladies hier mortelles tendent à devenir chroniques et l'on peut vivre désormais à long terme avec certains cancers ou le SIDA, comme avec le diabète mais il faut au-delà, imaginer un accompagnement de santé quasi permanent, dès le plus jeune âge, pour optimiser le capital santé de chacun. A en croire un auteur, c'est ce qu'annonce le développement de la nano-santé (fondée sur les nanotechnologies²⁷⁵) et c'est bien également ce que nous promet l'arrivée prochaine des thérapies dites "géniques", c'est-à-dire capables de reconnaître les gènes favorisant telle ou telle maladie²⁷⁶.

Les thérapies géniques ont également pour objectif de corriger, à l'intérieur des cellules d'un organisme, les anomalies génétiques qui sont responsables de pathologies graves. De nouveaux gènes sont à cet effet introduits dans des cellules ou des cellules-souches²⁷⁷ au moyen de transporteurs synthétiques ou de virus et rétrovirus neutralisés (toutes les séquences nécessaires à leur réplication ou conditionnant leur pathogénicité sont ôtées et remplacées par les séquences particulières d'ADN que l'on souhaite transférer). Quelques premiers succès commencent à être enregistrés, ainsi contre la bêta-thalassémie en 2010. Cependant, les thérapies géniques se heurtent encore à de très importantes difficultés techniques - notamment dans leur capacité à assurer une expression durable aux gènes transférés - et l'on ne saurait présumer de leur succès rapide alors que leurs capacités de détections des maladies seront en revanche beaucoup plus prochainement accessibles²⁷⁸.

Portées par d'importants enjeux économiques, ces thérapies se mettent actuellement en place et, dans des pays comme les Etats-Unis où la couverture sociale de la maladie est largement prise en charge par les employeurs, on parle déjà de prise en considération du génome dans les procédures d'embauche (la carte génétique d'identité individuelle). Il est probable que le dépistage génétique, ouvrant la porte à ces nouvelles thérapies, se

²⁷⁴ Voir D. Sicard *La médecine sans le corps*, Paris, Plon, 2000.

²⁷⁵ Voir M. Noury *La nanosanté. La médecine à l'heure des nanotechnologies*, Montréal, Liber, 2017.

²⁷⁶ Voir A. Kahn & D. Rousset *La médecine du XXI^e siècle*, Paris, Bayard, 1996.

²⁷⁷ Sous l'action de certaines protéines, des cellules d'organisme adultes se transforment en cellules-souches pluripotentes dites « induites » qui peuvent se transformer en n'importe quelle cellule spécialisée, exactement comme les cellules embryonnaires (voir 3. 1. II.).

²⁷⁸ Voir B. Jordan *Thérapie génique. Espoir ou illusion ?* Paris, O. Jacob, 2007.

généralisera au nom de très louables intentions, comme de permettre de mieux prescrire les médicaments. Toutefois, dès lors que ce dépistage devient de plus en plus facilité, notamment à travers des sites comme *23 and me* de Google, il échappe au médecin et devient d'abord l'affaire du patient. La médecine devient personnalisée.

La médecine personnalisée.

Depuis une vingtaine d'années, la médecine personnalisée, dite aussi, selon une formule initiée par Leroy Hood, « médecine des 4P » : préventive, prédictive, participative et personnalisée, s'est imposée comme le nouvel horizon des politiques de santé. Elle peut ainsi être présentée comme la solution à toutes les difficultés auxquelles les systèmes de santé doivent faire face : relancer une innovation pharmaceutique décrite comme « en crise », améliorer l'efficacité des médicaments, diminuer leurs effets indésirables et réduire par là-même les coûts de la santé.

L'enjeu est d'adapter finement les diagnostics, les pronostics et les choix thérapeutiques en fonction du profil moléculaire, notamment génétique, de chaque individu. Il s'agit donc de considérer chaque patient dans son individualité et de le remettre au centre des systèmes de soins. Plus encore, il s'agit de permettre à chaque individu de devenir le premier responsable de sa santé. On parle en ce sens d'*empowerment* des patients et, en ce sens également, la santé personnalisée consacre d'abord la prévention des maladies à travers des diagnostics de plus en plus précoces et leur corollaire, la promotion, à l'échelle individuelle, d'un style de vie évitant les facteurs de risques. La médecine personnalisée, en d'autres termes, instaure une autosurveillance permanente, qui se prolongera sans doute à terme par une surveillance de plus en plus intrusive des comportements dès lors que les risques de santé sont couverts par des assurances publiques ou privées.

Les nouvelles technologies permettent en effet désormais de piloter sa santé de façon personnalisée : un patch numérique pour contrôler en permanence son pouls, une application en ligne pour mieux gérer son diabète, une « smart montre » qui communique ses données vitales à son médecin, des plates-formes web d'échanges et d'informations, des *serious games* ... Tout cela relève de ce qu'on appelle le *quantified self*, qui correspond à la collecte en permanence, à travers capteurs et objets connectés, de données permettant d'élaborer des diagnostics et des programmes de suivi personnalisé. Dans le cas d'une insuffisance cardiaque, par exemple, 50 % des patients ont des signes cliniques (prise de

poids, gonflement des jambes, essoufflement) 5 jours avant leur hospitalisation. On estime qu'une réaction médicale précoce permettrait d'éviter près de 30 % des hospitalisations.

La médecine personnalisée oriente la médecine vers le prédictif. Elle transforme le médecin en référent et confie en large partie la charge du diagnostic et du suivi de l'évolution de ses symptômes au patient. Le médecin n'est plus ce tiers seul capable de révéler son mal au patient et d'en tirer un pronostic.

Sur ce constat, toute une réflexion bioéthique s'est développée, qui ne sera pas présentée ici²⁷⁹.

Pour autant, il convient de ne pas trop rapidement prononcer, comme c'est souvent le cas aujourd'hui, la disparition du médecin traitant. Selon une étude de 2012, la plupart des médecins passeraient en moyenne 43 % de leur temps à entrer des données dans un ordinateur et seulement 28 % à parler aux patients et certains imaginent ainsi que les ingénieurs experts en traitement des données numériques (ou Big Data, voir 2. 6. 12, ainsi que 4. 3. 1. & 4. 3. 16.) remplaceront les médecins pour le suivi des patients. Toutefois, face à l'évolution de leurs propres symptômes, les patients continueront sans doute à souhaiter le dialogue avec un tiers de confiance capable, à travers une relation humaine plus que technique, de répondre à leurs questions et angoisses.

Vers 2030, certains estiment que les médecins ne toucheront plus un malade – comme, pour le cancer du sein, la mammographie a d'ores et déjà remplacé l'examen clinique. Avec la télémédecine, les consultations se feront à distance et les interventions chirurgicales seront robotisées. Mais il y aura toujours des médecins pour traiter des cas particuliers et pour prendre en charge la relation de soin²⁸⁰.

Certains observateurs redoutent aujourd'hui de voir la médecine de demain nier le langage, fondement d'une relation humaine de soin, au profit d'une gestion automatisée, robotisée, de signaux destinés à identifier et maîtriser les bons comportements, c'est-à-dire ceux qui correspondent aux normes statistiquement établies sur la base de données abstraites. Cela paraît néanmoins assez peu probable.

C'est qu'on ne peut guère imaginer que la médecine personnalisée promise s'accompagne d'une gestion sereine et apaisée de leurs propres symptômes par les patients. Une auto-surveillance et une prévention constantes, nourries de l'ambition de

²⁷⁹ Voir notamment H. T. Engelhardt *Les fondements de la bioéthique*, 1986, trad. fr. Paris, Les Belles Lettres, 2015 & S. Rameix *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipses, 1996.

²⁸⁰ Voir G. Vallancien *La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade*, Paris, Gallimard, 2015.

préserver et d'accroître son « capital santé », conduira sans doute bien plutôt à une hypocondrie généralisée, ainsi qu'à une normopathie, un fétichisme de la norme²⁸¹. La demande de « coachs médicaux » sera donc également forte et ne se tournera d'ailleurs pas forcément exclusivement vers des médecins, devenus pour beaucoup – certaines études le soulignent déjà concernant leur formation – de simples techniciens, les opérateurs de traitements automatisés. Une médecine de plus en plus technologique pourrait très bien profiter à toutes sortes de charlatans ! Surtout si cette médecine préventive se développe dans le contexte d'une suspicion de plus en plus générale quant aux visées des laboratoires pharmaceutiques et quant à la nécessité réelle de nombreuses actions de prévention - de la part de patients qui, comprenant, plus ou moins confusément, que leurs intérêts de santé ne coïncident pas forcément avec ceux, économiques, des principaux acteurs de la santé, deviennent a priori soupçonneux.

Si la médecine, demain, rend les malades beaucoup plus responsables de leur santé, elle les fera également sans doute bien plus exigeants, en même temps que rétifs, par rapport aux prestations médicales. Parcours de soins individualisés, traitements sur mesure : les patients n'hésiteront plus à challenger les traitements qui leur sont proposés. Dans un tel contexte, on peut anticiper une forte demande concernant la possibilité non seulement de préserver mais encore d'augmenter les performances corporelles. Ce qu'annoncent, dès aujourd'hui, les rêveries transhumanistes sous la perspective d'un « homme augmenté » (voir 3. 3. 17.). Organes technologiquement développés (une rétine permettant de voir les infrarouges, par exemple), nanorobots entretenant le corps en permanence. Pour le docteur Laurent Alexandre, l'homme qui vivra 1 000 ans est déjà né !

Quoi qu'il en soit, si ces promesses bénéficient aujourd'hui d'un intérêt public qui peut paraître largement disproportionné par rapport aux avancées réelles, c'est que, demain, la santé ne sera sans doute plus confondue avec le « silence des organes », ni avec la simple restauration d'un organisme malade. Elle recouvrira l'idéal d'une non-dégradation de l'organisme, vu comme un assemblage de pièces qu'il faut entretenir, réparer et au besoin remplacer et même transformer. La médecine de demain sera régénérative (cellules souches et autogreffes, voir 3. 1. 28.), poursuivant le rêve d'une jeunesse indéfiniment prolongée. Elle ne soignera plus seulement des maladies mais augmentera nos performances et corrigera ce qui pourra être perçu comme des handicaps physiques (une petite taille par exemple) ou comportementaux.

²⁸¹ Voir G. Le Blanc *Les maladies de l'homme normal*, Paris, Vrin, 2007.

Mais peut-être les promesses du transhumanisme traduisent-elles surtout, bien plus prosaïquement, des perspectives d'enrichissement tout à fait nouvelles dans le domaine de la santé. A partir du moment où les enjeux sont une éternelle jeunesse ou une quasi-amortalité – n'est-ce pas effectivement ce qu'on nous fait d'ores et déjà miroiter ? – il devient légitime de nous faire dépenser, pour nous soigner, au moins autant que pour nous loger ! En janvier 2016, en France, la Ligue contre le cancer a lancé une alerte sur l'augmentation du prix des nouveaux médicaments en cancérologie : pour certains traitements, il dépassera 100 000 € par an et par patient (sur ces nouvelles perspectives, liées à l'épigénétique, en cancérologie, voir 3. 1. 24.). De fait, on pourrait voir se multiplier des traitements délibérément inaccessibles pour la plupart comme, en 2014, la société américaine Gilead a proposé le Sovaldi, un médicament apparemment très efficace et sans concurrent contre l'hépatite C à 56 000 € le traitement de 12 semaines.

Si elle se généralisait, cette logique du « *tu paies ou tu meurs !* » mettrait évidemment à bas tout le système actuel de prise en charge des soins de santé et le principe d'une mutualisation d'ordre public des risques de santé pour les affections les plus graves et onéreuses (on contribue selon ses moyens mais l'on est pris en charge selon ses besoins et non selon ses moyens).

En France, comme dans d'autres pays, la sécurité sociale fonctionne selon un principe de solidarité : chacun paie selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Les mutuelles complémentaires, en revanche, fonctionnent avec des primes indépendantes du revenu et dépendantes du risque encouru – de sorte qu'il est tout à fait abusif de dire, avec ceux qui s'en prennent au « monopole » de la protection sociale publique, que des assurances privées pourraient se substituer, sans changements dans la nature de la prise en charge, à la sécurité sociale.

Il est également erroné de soutenir que la sécurité sociale, parce que son financement, répondant à une « obligation d'ordre public », est obligatoire pour les personnes physiques et morales, fonctionnarise la santé. La sécurité sociale française est un compromis entre administration publique et médecine libérale : liberté d'installation pour les médecins et libre entente sur leurs honoraires, liberté de prescription, libre choix du médecin pour les patients et respect du secret médical, financement mixte public et privé. En ce sens, la sécurité sociale a assuré la promotion sociale de nombreux médecins qui, avant la guerre, ne roulaient pas sur l'or. Pour autant, il serait encore une fois abusif de parler de gabegie administrative. Les Etats-Unis, l'un des pays occidentaux les plus libéraux en matière de vente de médicaments, affronte des coûts de la santé beaucoup plus élevés et est également l'un des pays où les médicaments sont les plus chers.

Pour autant, la sécurité sociale est organisée en France selon un modèle bismarckien et paritaire : elle est financée par les cotisations des employeurs et des salariés. Elle est donc essentiellement payée par les actifs, à la différence du modèle anglais ou « beveridgien », où le financement repose essentiellement sur l'impôt payé par tous les contribuables. En France, 14% des patients génèrent 55% des dépenses. Or ce sont très majoritairement des personnes âgées qui ne travaillent plus. Un Français coûte en effet en moyenne à la

sécurité sociale autant la dernière année de son existence que tout le reste de sa vie. En d'autres termes, ce sont ceux qui profitent le plus de la protection sociale qui la financent le moins, ce qui pose un évident problème dès lors que de nombreux retraités ont désormais un revenu moyen supérieur à celui de beaucoup d'actifs. Sans parler des charges qui sont supportées par les seules entreprises.

On s'endettera demain pour se soigner comme aujourd'hui pour acheter un véhicule ou un logement. L'accès aux soins sera ainsi plus inégal. Il sera le reflet de l'inégalité des revenus. La médecine personnalisée fera sans doute apparaître une médecine à deux vitesses. Une médecine marquée par un service minimum pour les plus démunis, ne respectant pas les mêmes délais et bientôt la même qualité qu'une médecine bien plus onéreuse, à laquelle les tarifs bas et moyens des couvertures complémentaires ne donneront plus si facilement accès. D'ores et déjà, en bien des endroits, comme les services d'urgence dans les hôpitaux des villes moyennes, la médecine française publique évoque le Tiers-monde.

La France, ainsi, est mal équipée en IRM, pourtant utiles pour la détection de maladies graves (cœur, cancer, ...). Il faut attendre 30 jours en moyenne pour un passage en urgence, 50 jours dans certains départements et jamais moins de 20 jours en moyenne sur l'ensemble du territoire.

Demain, certains imaginent que les nouvelles technologies, comme celle des Big Data, auxquelles nous finirons par déléguer notre pouvoir de décision en matière de santé, seront réservées à une élite qui rêvera d'immortalité, tandis que remplacés par des machines, beaucoup d'hommes seront devenus inutiles économiquement, en même temps que dominés socialement et intellectuellement²⁸².

On souligne abondamment actuellement, nous l'avons vu, les promesses d'une médecine personnalisée, capable de modifier radicalement, telle qu'on la présente, jusqu'aux perspectives de survie aux maladies les plus graves et de longévité. Mais, en même temps que cette médecine onéreuse se mettra en place, on pourrait fort bien assister à une régression médicale généralisée, frappant prioritairement les moins aisés – ceci tenant notamment à l'inefficacité grandissante des principaux antibiotiques, dont on peut imaginer les effets désastreux qu'elle pourrait avoir dans les métropoles des pays en développement. Sans parler d'autres effets environnementaux ou comportementaux.

Depuis un demi-siècle, les taux de myopie explosent en Asie. L'Europe et l'Amérique commencent à être touchées. Le manque d'exposition à la lumière du jour serait en cause mais les raisons du phénomène

²⁸² Voir Y. N. Harari *Homo deus: a brief History of Tomorrow*, Harvill Secker, 2016.

ne paraissent pas encore bien cernées. En 2050, la moitié de l'humanité pourrait être myope ! L'histoire montre cependant qu'il convient de toujours prendre ce genre de prédictions avec beaucoup de précautions.

*

Les thérapies nouvelles qui se mettent actuellement en place sont fascinantes en ceci qu'elles rassemblent les deux principaux moteurs de la médecine moderne : une circonscription toujours plus analytique du mal, qui atteint ici, au niveau génétique, son sommet et la découverte anxieuse de soi à travers son destin corporel qui culmine également dans une plongée du regard au plus profond de soi, dans notre propre "programme" individuel - dépassant encore cette vision de soi "dans sa propre tombe" rendue possible par la radiographie, comme le découvrait le héros de *La montagne magique* de Thomas Mann (1924, p. 252²⁸³).

Plus que jamais, la maladie se livre sous le registre d'un destin corporel qui est tout à la fois une incidence toujours extérieure au sujet, au sens où celui-ci n'en est aucunement maître et une composante inéluctable de soi, au sens où on la porte en soi et au sens où l'on ne peut aller au-delà. Cela se nomme proprement finitude et, à son terme, la mort elle-même n'apparaît plus que comme l'élément d'un bilan de santé (à ce point que certains imaginent qu'elle puisse être prochainement vaincue). Une mort annoncée et une agonie que chacun espérera tranquille, comme ce malade d'un roman de Jean Reverzy qui, entré à l'hôpital pour mourir, n'embarrasse personne et s'en remet docilement aux médecins (*Le passage*, 1954²⁸⁴).

Bien entendu, beaucoup diront que l'aliénation médicale atteint ici son comble. Mais on peut pourtant concevoir que l'assignation d'un tel destin corporel peut être regardée comme une ultime révélation.

En révélant la contingence même des maux capables de le briser, la médecine a fait connaître à l'homme, comme sujet de sa propre vie, sa plus grave crise - et il est très étonnant que tant de pages écrites sur la "crise" moderne du sujet aient ignoré cette dimension ! Ce qui est à même de décider de notre vie nous est si extérieur qu'il paraît presque ridicule : c'est un microbe, une malchance, un moment d'inattention, une erreur de dépistage ou de soin... On comprend que pour lutter contre cette contingence on ait demandé à la médecine de prendre toujours davantage nos vies en charge. Toute une

²⁸³ trad. fr. Paris, Le livre de poche/Fayard, 1931.

économie de la santé a été portée par cette demande, bien plus qu'elle ne l'a directement suscitée. Le progrès technique et le maintien de la conception traditionnelle de la santé comme intégrité corporelle se sont ainsi conjugués pour autoriser ce rêve qui nous oblige encore : préserver l'humanité comme finalité des aléas qui peuvent la briser. La maladie incurable ou dont l'issue est souvent fatale, dès lors, est devenue la figure même du destin personnel - l'ultime aventure.

La phtisie (tuberculose) fut en ce sens le mal du XIX^e siècle²⁸⁵. Vingt pour cent des décès lui étaient imputables et à travers elle cristallisa la figure de l'individualité romantique. Telle une blessure existentielle, elle passait pour frapper de manière privilégiée les êtres délicats et fragiles. On la confondit ainsi avec le mal de vivre ambiant et elle devint un véritable phénomène de mode dans la première moitié du XIX^e siècle, fournissant le modèle d'une beauté éthérée et diaphane, d'une vie artistique et oisive, dévorée par la passion. On pourrait, de façon semblable, compter le nombre de films et romans faisant intervenir des personnes atteintes du SIDA en France dans les années 80-90 (ainsi que, de manière plus surprenante, celles atteintes par la maladie d'Alzheimer dans les films américains au cours de la même période). Beaucoup ont noté que le SIDA obtint, dès le début des années 80, une "importance" médiatique et suscita une mobilisation sans réel rapport avec le nombre de cas recensés à l'époque²⁸⁶.

C'est dès lors qu'elle résiste à la médecine que la maladie dévoile son essence qui est de recentrer la vie souffrante sur elle-même et dont tous les progrès thérapeutiques ne font par contraste que souligner la cruauté. Nulle surprise, dès lors, si notre destin s'affirme désormais dans la révélation de la maladie qui nous emportera ; notre individualité s'achevant dans une lutte finale qui concentre toute notre vitalité, au point d'ôter tout sens à la mort.

*

* *

²⁸⁴ Paris, Points Seuil, 1996. Sous un jour beaucoup plus kafkaïen, voir Abe Kôbô *Cahier kangourou*, 1991, trad. fr. Gallimard, 1993.

²⁸⁵ Voir C. Herzlich & J. Pierret *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1991, chap. II.

²⁸⁶ Voir C. Herzlich & J. Pierret « Une maladie dans l'espace public. Le SIDA dans six quotidiens français » *Annales ESC* n° 5, septembre-octobre 1988, pp. 1109-1134.