UCL Université catholique de Louvain

Faculté de philosophie, arts et lettres (FIAL)
Ecole de philosophie (EFIL)

La conception positive de la santé et la surmédicalisation de l'existence humaine

Réflexion critique sur les nouveaux défis de l'individu en prise avec sa santé au 21e siècle

Mémoire réalisé par
Rachel Hoekendijk

Promoteur
Michel Dupuis

Année académique 2016-2017
Master en philosophie, finalité approfondie

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Faculté de philosophie, arts et lettres
Ecole de philosophie

LA CONCEPTION POSITIVE DE LA SANTÉ ET LA SURMÉDICALISATION DE L'EXISTENCE HUMAINE

Réflexion critique sur les nouveaux défis de l'individu en prise avec sa santé au 21e siècle

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade
de Master en philosophie

sous la direction du Pr Michel Dupuis

par **Rachel Hoekendijk**

Année académique 2014-2015

L'homme, c'est le vivant séparé de la vie par la science et s'essayant à rejoindre la vie à travers la science.

GEORGES CANGUILHEM

Les idéologies qui mènent notre monde sont nées au temps des grandeurs scientifiques absolues.

ALBERT CAMUS

Parmi les différents systèmes qui se sont suivis, combattus et modifiés, un seul me semble expliquer l'énigme de notre existence individuelle et sociale. […] Ce système est celui de la perfectibilité de l'espèce humaine.

BENJAMIN CONSTANT

Il ne s'agit plus, aujourd'hui, de sauver la raison de l'obscurantisme ou de la superstition, mais de la sauver de ses propres dangers.

JEAN-LUC MARION

La question de la philosophie, c'est la question de ce présent qui est nous-mêmes. C'est pourquoi la philosophie aujourd'hui est entièrement politique et entièrement historienne. Elle est la politique immanente à l'histoire, elle est l'histoire indispensable à la politique.

MICHEL FOUCAULT

INTRODUCTION
LE CAS DE FANNY

Considérons le cas de Fanny. Fanny est à l'aube de ses trente ans et entame la dernière année de sa thèse en infirmerie. Elle est dans une relation stable depuis plusieurs années, sans enfants. Les années d'études qu'elle a passées dans une université prestigieuse n'ont jamais été faciles, particulièrement parce qu'elle a souvent combiné ses cours et ses stages avec un job étudiant, et ses années de recherche avec un poste d'infirmière. Sa recherche la passionne et lui permet de rencontrer beaucoup de monde à travers des entretiens. Alors qu'elle a depuis quelques mois entamé la phase finale de rédaction pour sa thèse, elle ressent une immense difficulté à se concentrer et à écrire. Il arrive régulièrement qu'elle passe des heures assise à son bureau sans parvenir à travailler efficacement. Cette situation s'installe pendant plusieurs semaines, ce qui finit par provoquer une montée de stress, angoisses et insomnies, et une certaine asociabilité qui finit par l'isoler de ses proches. S'inquiétant de son état, quelques-uns de ses proches l'encouragent à aller consulter un médecin généraliste, qui à son tour lui renseigne une psychiatre. Avec celle-ci, elle est soumise à une série de tests qui finissent par aboutir au diagnostic suivant : trouble du déficit de l'attention (TDA). En lui annonçant le diagnostic, sa psychiatre lui adresse en substance ces paroles : « Madame, ça a dû être tellement difficile pour vous, toutes ces années à l'université sans être suivie par un professionnel. »

Forte de ce diagnostic et du traitement à la Rilatine qui s'en suit, et avec l'impression d'avoir résolu une question fondamentale de son identité et de son existence, Fanny se remet au travail. Pendant plusieurs semaines, sa productivité augmente et ses relations

avec ses proches se rétablissent. Mais quelques mois plus tard, elle entre dans une nouvelle phase difficile dans son travail, ressent l'impression d'étouffer dans son bureau à l'université et se voit de nouveau glisser dans le découragement et la lassitude. Elle retourne voir sa psychiatre et quelques consultations plus tard, celle-ci lui présente un nouveau diagnostic. Ce qu'elle entend : « Votre problème n'était peut-être pas exactement du TDA, mais plutôt tel autre trouble ; peut-être pourrions-nous essayer telle autre médication... » Alors, la prescription change et Fanny s'essaie à un nouveau médicament.

Seulement, cela la laisse avec l'impression inconfortable de ne plus savoir à quoi s'en tenir. Les difficultés qu'elle a rencontrées, pendant toutes ces années, étaient-elles bien dues à un trouble du déficit de l'attention ? Ou était-ce autre chose ? Une forme de suspicion grandit en elle : après avoir réarrangé son identité pour y faire une place au TDA qui lui avait été trouvé, et ensuite pour y intégrer le deuxième diagnostic… combien de fois faudrait-il encore qu'elle s'adapte ? Quelle était la réelle valeur d'un tel diagnostic s'il est amené à changer régulièrement ? Et surtout : que vaut un diagnostic de TDA alors que, à trente ans, l'on est en dernière année de doctorat ? Ses symptômes n'étaient-ils pas normaux pour sa situation, elle qui a passé plus de dix ans à l'université dont au moins la moitié à faire de la recherche, sans interruption ?

L'envie la traverse de se distancier de la psychiatre et de ces diagnostics qui lui semblent déraisonnables, mais ceci l'en dissuade : quoi qu'elle pense de ces diagnostics et de ces troubles, avérés ou non, elle a une thèse à écrire. Si elle tourne le dos à sa thérapeute et aux traitements que celle-ci rend disponibles pour elle, elle gagnera seulement le droit d'affronter seule, sans thérapie et sans médicaments, les difficultés auxquelles inévitablement elle sera confrontée à nouveau si elle veut réaliser ses projets.

Fanny est-elle malade ? – dans le sens suivant : « souffre-t-elle d'une pathologie qui nécessite d'être prise en charge médicalement ? » A-t-elle seulement raison de questionner le diagnostic et le traitement que lui propose sa psychiatre ? Ne pourrait-elle pas simplement accepter l'aide dont, en apparence, elle a effectivement besoin ? D'où vient sa réticence – voire, pourrions-nous dire, sa résistance ? Il semble bien qu'il en aille de quelque chose, dans son expérience et dans le vécu de sa propre identité, et que ces questions ne soient pas anodines. En particulier, deux questions semblent pouvoir être extraites du cas de Fanny. D'abord : que sont la santé et la maladie ? Ensuite : quel est le poids d'un diagnostic et d'un traitement pour l'individu qui, naturellement, souhaite être en bonne santé ?

LA QUESTION DE LA DEFINITION DE LA MALADIE ET DE LA SANTE

Au-delà de l'apparence vulgaire de ces notions (la maladie, la santé) – c'est-à-dire qu'il semble que leur sens puisse être saisi d'instinct de façon relativement évidente – le problème de leur définition n'a jamais été simple. Quelque part, nous pourrions dire que la maladie est ce qui provoque la plainte du malade, qui rend ce dernier « patient » auprès d'un médecin ayant fait serment de sollicitude et de soin. La légitimité de l'art médical repose ainsi sur le patient, sur le drame vécu de l'expérience de sa maladie et sur la plainte qu'il adresse au médecin. Ce dernier aurait la tâche d'étudier la nature de la santé et de la maladie afin de trouver des moyens pour rétablir la santé lorsque celle-ci est compromise.

Parallèlement à cette première forme d'intuition concernant la définition de la maladie et de la santé, une autre forme d'évidence se donne à travers l'idée que la santé est un certain fonctionnement déterminé par la nature, et que la maladie est ce qui s'en détourne. Dans ce sens, il est tentant de considérer que la santé est réglée sur un

système de lois naturelles qu'il importe au scientifique de déceler en vue de comprendre comment maintenir un organisme dans cet état. C'est le projet que se donnèrent au 19e siècle les partisans d'un modèle de maladie entendue comme dysfonctionnement physiologique, c'est-à-dire comme dérèglement par rapport aux lois qui régissent le vivant. L'élucidation de lois universelles, comme d'une intelligibilité mathématique du monde, c'est en effet le modèle de scientificité que la physique newtonienne avait imposé à cette époque. C'est donc au travers d'une approche positiviste que sont alors développées les expériences médicales, avec l'intuition que « la physiologie doit éclairer la pathologie pour fonder la thérapeutique[1] » – autrement dit : que c'est à travers l'étude de l'organisme en bonne santé qu'il est permis de comprendre la maladie et son traitement. Auguste Comte affirmait ainsi que « la connaissance de l'état normal doit normalement précéder l'appréciation de l'état pathologique et qu'elle pourrait à la rigueur se constituer, sans peut-être pouvoir beaucoup s'étendre, sans la moindre référence à la pathologie[2]. »

Ce projet dut néanmoins se heurter à des difficultés : il n'est pas si simple d'identifier quelles lois règlent le vivant. S'il existe de telles lois, chaque individu s'y dérobe à l'une ou l'autre occasion, et elles ne peuvent être appliquées qu'en comptant maintes irrégularités, exceptions ou anomalies. L'état « normal » d'un individu est toujours déjà un équilibre unique dans ses rapports avec ce que Claude Bernard appelle le *milieu extérieur* (autrement dit, l'environnement) et le *milieu intérieur* « créé par l'organisme, [et] spécial à chaque être vivant[3]. » Cela signifie qu'il n'est pas simple de se reposer uniquement sur des lois « naturelles », objectives, pour déterminer la

---

[1] CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF/Quadrige, 2007, p. 58.
[2] *Ibid.*, p. 59.
[3] CANGUILHEM G., *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 2006, pp.25-26.

frontière entre la santé et la maladie. L'unicité de chaque individu, de la façon dont il est sollicité par son environnement, ainsi que de la façon il s'inscrira subjectivement dans cette relation (faisant émerger, ou non, une plainte), semble être un élément non négligeable.

Les deux intuitions exposées ci-dessus – d'une part celle selon laquelle la maladie est ce qui est désigné par la plainte du malade, d'autre part celle selon laquelle la santé est donnée par la nature et la maladie est ce qui se différencie du fonctionnement naturel et normal – ne sont pas les seules réponses possibles à la question de la définition de la santé et de la maladie, mais ce sont deux intuitions qui ont historiquement servi de porte ouverte pour aborder cette question difficile. L'une comme l'autre soulève des difficultés importantes. Ces deux perspectives donneront lieu à des familles de positions qui structurent la discussion sur les définitions de la santé et de la maladie : les positions *normativistes* et les positions *naturalistes*.

Le développement considérable des technosciences au cours du 20^{e} siècle (et tout particulièrement ces soixante dernières années) fait état d'une situation nouvelle. Tout d'abord, en 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se dote en guise de constitution d'une *définition positive* de la santé selon laquelle « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.[4] » Cette définition originale et audacieuse, en liant la santé avec le bien-être, semble à ce moment-là étendre la notion de santé et du même coup, ouvrir à un nouveau champ d'extension pour le médical – un champ dont les limites sont encore aujourd'hui peu claires. À partir de la fin des années 60,

[4] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Constitution », New York, 1946, p.2.

certains pans de la médecine subissent une vague de critiques qui cible particulièrement ce point ; l'extension de son pouvoir est alors désignée par le terme « *médicalisation* », « au sens de la pathologisation de problèmes de vie de toute nature et de la substitution de solutions thérapeutiques à des solutions sociales traditionnelles.[5] » Michel Foucault[6], Irving Zola[7], Ivan Illich[8], Peter Conrad[9] font partie des premiers à dénoncer ce phénomène.

Élodie Giroux et Maël Lemoine mentionnent encore trois autres transformations ayant joué un rôle dans la modification des termes en lesquels se pose la question du rapport à la santé et à l'exercice médical durant la seconde moitié du 20e siècle[10]. Premièrement, il y eut une mise en doute de la neutralité et de l'objectivité des concepts médicaux de maladie et de santé, et ce par deux biais : d'une part par l'émergence de débats importants sur le concept de « santé mentale », remis en question par le mouvement de l'antipsychiatrie, d'autre part par le développement d'analyses sociohistoriques et anthropologiques qui présentèrent de façon critique leur relativité culturelle et leur possible utilisation politique et idéologique. Deuxièmement, les développements socio-économiques provoquèrent une transition épidémiologique qui se caractérisa par « le poids pris dans la morbi-mortalité par les maladies chroniques aux débuts souvent asymptomatiques, comme les cancers et les maladies cardiovasculaires, [et] d'importants changements politiques et scientifiques[11] » qui ont

---

[5] GIROUX E., LEMOINE M., *Philosophie de la médecine II. Santé, maladie, pathologie*, Paris, Vrin, 2012, p.9.
[6] FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972.
[7] ZOLA I., « Medicine as an institution of social control », *Sociological Review*, 4, 1972, pp.487-504.
[8] ILLICH I., *Némésis Médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.
[9] CONRAD P., « The discovery of hyperkinesis: Notes on medicalization of deviant behavior », *Social Problems*, 23, 1975, pp.12-21.
[10] Voir GIROUX E., LEMOINE M., *Philosophie de la médecine II*, *op. cit.*, p.9.
[11] *Ibid*., p.9-10.

davantage justifié l'action préventive, « avant la plainte du patient et la présence de la maladie, notamment par le traitement de facteurs de risque.[12] » Troisièmement, la santé est devenue un droit dans les États-Providence des pays occidentaux les plus développés : « elle a un Ministère et fait désormais plus systématiquement l'objet de prises en charge par les assurances, mais aussi d'une reconnaissance sociale, notamment dans le cadre des arrêts de travail ou des maladies professionnelles.[13] » Ces changements firent de la frontière entre un état normal de santé et un état pathologique de maladie un problème urgent, car il n'est désormais plus seulement une question de diagnostic, mais un enjeu institutionnel, politique, économique et social. Et Élodie Giroux et Maël Lemoine de conclure :

> […] dans un tel contexte, l'enjeu de l'analyse des concepts de santé et de maladie devient celui d'élaborer une définition qui permettrait de délimiter le domaine de la médecine, d'arbitrer certaines controverses et d'établir des critères pour distinguer la santé du bonheur, la médecine thérapeutique de la médecine d'amélioration. Il peut aussi tout simplement s'agir d'expliquer et de démêler les diverses valeurs et normes qui constituent ces concepts. [14]

LA MEDICALISATION OU LA SURMEDICALISATION DE L'EXISTENCE HUMAINE

Mais la discussion du sens et des définitions de la santé et de la maladie n'est que la première étape de notre raisonnement. La seconde question qui nous intéresse concerne le phénomène de la médicalisation. Le terme « médicalisation » indique « le procédé par lequel un nombre grandissant d'expériences personnelles et collectives qui ne relevaient précédemment pas de la compétence médicale, finissent par être éprouvées et traitées comme des états médicaux[15]. » Il s'agit d'un terme unissant une

---

[12] *Ibid*., p.10.
[13] *Idem*.
[14] *Idem*.
[15] CONRAD P., BIRD C.E., FREMONT A.M., *Handbook of Medical Sociology*, 6e Edition, Nashville, Vanderbilt University Press, 2010, p.151.

pluralité de sous-phénomènes et donc un concept plurivoque, qui a été défini de diverses manières par des auteurs désireux de mettre en évidence des aspects différents, comme par exemple d'un côté, des enjeux de la médicalisation liés à la profession médicale ou de l'autre, des enjeux sociopolitiques liés à la gouvernance.

> La médicalisation est une construction sociale. Elle consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées en ces termes. Elle est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical. [16]

La médicalisation a accompagné la modernité depuis le 18e siècle, mais a connu durant la seconde moitié du 20e siècle une accélération importante. Celle-ci a provoqué une explosion d'activité dans le champ de la philosophie de la médecine, particulièrement ces quinze dernières années[17], dans le sillage de la sociologie de la médecine qui a commencé à s'intéresser à ces questions beaucoup plus tôt. L'inquiétude centrale est celle d'une *sur*médicalisation de l'existence humaine, particulièrement dans le domaine de la psychiatrie. C'est une inquiétude qui a été de plus en plus représentée dans les œuvres de science-fiction dépeignant des univers dystopiques où la santé, et à travers elle l'optimisation de l'être humain, serait devenue le slogan d'une société totalitaire[18].

Nous nous intéresserons spécialement à ce qui est souvent désigné comme une « médicalisation de l'existence ordinaire » ou domestique, qui revient à traiter comme des pathologies des conditions qui n'auraient pas éveillé une attention particulière ou du moins médicale par le passé. Le propos ne sera d'aucune manière de dénigrer les

---

[16] Peter Conrad, 1992 : AÏACH P., DELANOË D. (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Economica, 1998, p.5.
[17] VAN REETH A. (prod.), « "Introduction à la philosophie des sciences médicales" de Maël Lemoine » dans *Les Chemins de la philosophie*, France Culture, 12 mai 2017.
[18] Voir AÏACH P., DELANOË D. (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, *op.cit.*, p.17.

avancées biotechniques récentes auxquelles nous devons évidemment beaucoup, mais bien d'adopter une attitude critique vis-à-vis de celles-ci. Il est en effet « impensable, du point de vue de l'éthique, de faire marche arrière sur le plan de la technique biomédicale[19] », comme l'affirme Jonas, et nous devons reconnaître les progrès qui ont amélioré considérablement notre espérance de vie et la qualité de celle-ci. Néanmoins, nous croyons qu'il est utile (et nécessaire) de passer ces avancées biotechniques au crible de la critique, et d'évaluer, en prenant un peu de hauteur, le poids que la médicalisation peut avoir dans l'existence humaine aujourd'hui.

Nous souhaitons répondre à Jean-François Mattei lorsqu'il déclare que « c'est aux professionnels de la santé de prendre [un] tournant humaniste[20] », entendant par là que la question de la médicalisation, et particulièrement de la surmédicalisation – qui est une médicalisation excessive et nocive – s'adresse aux professionnels de la santé qui, de par leur formation, sont mieux armés que les profanes pour évaluer le rôle et la place de la prise en charge médicale. Nous ne croyons pas que le problème de la médicalisation concerne exclusivement ni même prioritairement les professionnels de la santé, et ce pour trois raisons.

Premièrement, la médicalisation n'appartient pas aux médecins. Bien que ces derniers soient, avec les acteurs des sociétés pharmaceutiques – qui jouent également un grand

---

[19] JONAS H., *L'art médical et la responsabilité humaine*, Paris, Editions du Cerf, 2012 ; traduit, présenté et annoté par Eric Pommier, p.30.

[20] Jean-François Mattei : DREUX C., MATTEI J.-F. (dir.), *Santé, égalité, solidarité. Des propositions pour humaniser la santé*, Paris, Springer, 2012 : « Il faut arrêter le mouvement rétrograde et dangereux qui dresse certains aujourd'hui contre la science, la technologie, le progrès, qui ont fait avancer la santé de manière spectaculaire pendant ces 50 dernières années. *C'est aux professionnels de la santé de prendre ce tournant humaniste* sans renier les progrès des sciences biomédicales. Leur formation doit être le moteur de ce tournant. » Nous soulignons.

rôle par le biais de la médicamentation[21] –, des figures importantes de la médicalisation, celle-ci ne se réduit pas à une extension du pouvoir des médecins. Nous partageons le point de vue de Didier Fassin lorsqu'il affirme que la médicalisation est une *transformation culturelle* qui dépasse de loin le simple exercice de l'art médical. Nous voyons un argument en faveur de cette thèse dans les études au sujet de l'automédication[22] ainsi que dans l'inflation de la presse grand public spécialisée dans le domaine de la santé et du bien-être[23], dans l'abondance d'échanges au sujet de la santé sur Internet et dans les succès de la littérature d'ouvrages grand public sur le thème de la santé[24] qui ont participé à l'extension du champ de compétence de la médecine[25]. Didier Fassin affirme :

> La médicalisation n'est pas en soi l'appropriation par les médecins d'un problème qui, auparavant, ne relevait pas de leurs prérogatives, même si c'est historiquement souvent le cas. Elle est une transformation culturelle et non simplement une conquête professionnelle. […] De ce point de vue, il n'est peut-être pas heureux de parler de démédicalisation […] pour désigner l'appropriation par l'individu ou par le groupe de valeurs et de décisions en matière de santé […] dans la mesure où il s'agit au contraire d'une médicalisation impliquant le monde profane. L'exclusion ou le retrait des médecins pourrait même à cet égard apparaître comme la forme la plus achevée de la médicalisation.[26]

---

[21] La médicamentation désigne « le procédé par lequel des conditions sociales, comportementales et somatiques sont traitées ou considérées comme nécessitant un traitement médical (c'est-à-dire avec des médicaments) par des docteurs ou des patients. » dans ABRAHAM J., « Partial Progress: Governing the Pharmaceutical Industry and the NHS, 1948– 2008 », *Journal of Health, Politics, Law and Policy*, Vol.34, N°6, 2009, p.934 : « pharmaceuticalization (the process by which social, behavioral, or bodily conditions are treated, or deemed to be in need of treatment, with medical drugs by doctors or patients). »

[22] Voir FAINZANG S., « The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication », *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol.37, 2013, pp.488-504.

[23] Voir le travail de Georges Vigarello dans *Le sain et le malsain* (1993) : AÏACH P., DELANOË D. (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, op.cit., p.29.

[24] Mentionnons la collection d'ouvrages à succès de Frédéric Saldmann, parmi lesquels *Votre santé sans risque*, paru le 8 février 2017, et devenu dès les premiers jours suivant sa publication un bestseller sur Amazone.

[25] THIEL M.-J., *La santé augmentée. Réaliste ou totalitaire ?*, Montrouge, Bayard, 2014, pp.23-24.

[26] FASSIN D., « Avant-propos » dans AÏACH P., DELANOË D. (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, *op.cit.*, pp.5-6.

Puisque la médicalisation n'appartient pas aux médecins, son évaluation est une tâche politique[27]. Il est donc important de pouvoir réfléchir aux enjeux qui y sont liés.

Deuxièmement, la médecine n'est pas une discipline autonome et indépendante de la sphère sociale – au contraire, elle a des comptes à rendre à la société. La pratique de la médecine a été largement transformée par les attentes de celle-là, comme le note Jonas : « le médecin est toujours aussi le chargé d'affaires de la société et le serviteur de la santé publique.[28] » Ainsi, la médecine se charge aujourd'hui, en conséquence de développements sociaux et techniques, de nombreuses tâches qui s'ajoutent à sa vocation première et qui ne sont pas dictées par celle-ci, mais plutôt par des attentes sociales. Jonas mentionne la chirurgie esthétique, la contraception, l'interruption de grossesse ou encore la stérilisation qui entretiennent soit un rapport indifférent soit un rapport contradictoire à ce que Jonas identifie comme la mission fondamentale du médecin, qui est de ramener un sujet malade à un état de santé défini par la nature[29] – la stérilisation se présente, de ce point de vue, comme « la mutilation directe et véritablement anti-médicale de l'organe.[30] »

Ce qui caractérise le médecin, pour Jonas, est qu'il s'occupe du corps :

> Le fait que le médecin a principalement affaire au corps a une autre conséquence importante. […] Seule l'intégrité fonctionnelle du corps est son objet. De même que la responsabilité du capitaine de navire ne s'étend qu'à la traversée sûre de ses passagers, commence avec le départ et s'achève avec l'arrivée – et il ne doit pas se demander s'ils entreprennent le voyage pour de bonnes ou de mauvaises raisons, pour le bonheur ou le malheur de leur propre personne ou d'autres personnes –, de même le médecin ne doit pas se demander ce que « vaut » la personne, dont il traite le corps, comment elle utilisera les

---

[27] ILLICH I., *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, *op.cit.*, p.7 : « L'évaluation de l'entreprise médicale est une tâche politique. Elle exige du non-médecin un effort de recherche personnelle hors de toute tutelle professionnelle. Elle exige du médecin la redécouverte d'une « médecine générale ». »
[28] JONAS H., *L'art médical et la responsabilité humaine*, *op. cit.*, p.54.
[29] *Ibid.*, p.48.
[30] *Ibid.*, p.51.

> fonctions améliorées ou rétablies – bref, si cela « vaut la peine » moralement ou d'une autre façon (par exemple pour une utilité sociale) de soigner son patient. Cette limitation du mandat médical au but strictement défini de guérir, qui est donné en rapport direct avec la corporéité divisible, doit être soulignée pour ne pas surcharger métaphysiquement l'image de l'art médical […] et afin de ne pas imputer trop de part à la responsabilité du médecin.[31]

En conséquence, la question de la médicalisation, au même titre que toute autre question éthique ou existentielle que l'humanité peut être amenée à se poser, ne relève pas spécifiquement du médecin : « Ce n'est pas l'affaire propre du médecin, mais notre tâche commune à tous de répondre par la pensée à la question du bien humain[32]. »

Le troisième argument qui nous convainc que la question de la médicalisation peut légitimement et doit être abordée par la philosophie sera étayé plus longuement dans les chapitres suivants et constituera une des thèses principales de ce mémoire. Il s'énonce comme suit : la médicalisation elle-même participe plus largement du mouvement de la modernité, en ceci qu'elle dépend également d'une certaine anthropologie, d'un certain rapport au monde et à l'existence qu'entretient l'individu moderne, particulièrement au 21e siècle, qui sont autant de données qui dépassent naturellement le cadre strict de la médecine. Nous choisirons d'aborder la médicalisation dans ce cadre élargi qui en fait le symptôme de changements sociétaux plus larges, car nous croyons que ce n'est qu'ainsi qu'il est possible d'en dégager les articulations, les enjeux et le sens. Les porteurs d'une responsabilité proprement médicale peuvent bien, comme le prône Mattei, chercher à « humaniser » leurs pratiques si celles-ci sont jugées problématiques – et c'est une bonne chose qu'une réflexion soit amorcée en ce sens –, mais nous croyons que le moteur de la

---

[31] *Ibid.*, p.50.
[32] *Ibid.*, p.60.

médicalisation – y compris ce qui peut la rendre inquiétante aux yeux de certains – se trouve en dehors de la stricte évolution des moyens thérapeutiques et de la médecine comme discipline scientifique.

Ce moteur, nous l'identifions dans un certain rapport que l'individu issu de la seconde moitié du 20e siècle dans les démocraties de marché occidentales entretient à sa propre finitude, dans une forme de conjuration de celle-ci. Nous faisons l'hypothèse que la médicalisation n'est pas seulement imposée à la population par le haut, que ce soit par le biais de sociétés pharmaceutiques pour des motifs économiques ou par le biais de la pathologisation de comportements déviants pour des motifs idéologiques ou politiques. Mais que parallèlement aux développements techniques et culturels qui ont favorisé son accélération au cours de ces dernières décennies, elle découle d'une fiction vécue subjectivement et soutenue implicitement au niveau de la société, suivant laquelle la santé offre une sécurité face à l'incertitude de la vie et l'angoisse que celle-ci peut provoquer ; un sentiment de sécurité duquel l'individu moderne cherche à tirer une sérénité fautive, par la normalisation de sa conduite.

L'étendue des thèmes que la question de la médicalisation soulève dépasse de loin le cadre qu'offre la médecine pour y réfléchir. Dans ce mémoire, nous nous intéresserons à des sources émanant de plusieurs disciplines parmi lesquelles la philosophie – évidemment –, mais aussi la sociologie, l'histoire, l'anthropologie, la psychopathologie ou encore la psychanalyse. Outre le fait que cela est jugé pertinent au vu du sujet abordé, comme il l'a été montré à l'instant, la raison en est que d'autres disciplines que la philosophie se sont attelées au problème de la médicalisation et plus particulièrement de la surmédicalisation de l'existence humaine avant que la philosophie continentale ne s'y intéresse, tardivement, passé le tournant du siècle.

PLAN

Ce mémoire sera pour nous l'occasion de réfléchir au cas présenté en ouverture de ce texte, en nous intéressant à une diversité de thèmes qui, pris dans leur ensemble, serviront à élucider les enjeux du rapport que l'individu du 21e siècle issu des sociétés libérales occidentales entretient à la question de la santé et de la prise en charge médicale des afflictions qui peuvent traverser son existence.

Dans un premier temps, nous nous poserons la question de la définition de la santé et de la maladie – une question qui a été largement débattue au cours du siècle précédent. En explorant les contributions des principaux auteurs ayant participé à cette discussion, nous viserons à affiner notre compréhension des enjeux liés à cette question, pour pouvoir le temps voulu évaluer un modèle bien à l'image de notre temps : le modèle de la santé positive, au travers de la définition paradigmatique de l'OMS.

Datant de 1946, la définition de l'OMS reste dans un premier temps relativement discrète dans la discussion qui se tient en philosophie de la médecine, jusqu'à ce qu'elle soit identifiée, passé les années 2000, comme le tournant ayant fait entrer les pratiques et les idéologies de la santé dans un nouveau régime épistémologique et éthique[33]. La conception positive de la santé justifie l'extension du domaine médical en faisant de la santé un idéal illimité se confondant éventuellement avec l'être humain idéal, optimisé, performant dans tous les domaines et, à mesure que la notion de bien-être prendra de l'importance sur l'horizon de la santé, parfaitement heureux. Il apparaît alors que la santé positive mêle en son sein définition scientifique et idéologie sociale

[33] GORI R., DEL VOLGO M.-J., *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Editions Denoël, 2005, p.65.

risquant de faire de la santé non plus le moyen de l'existence, mais sa finalité, de la même manière qu'elle brouille les frontières de ce qui relève ou non du médical.

Dans la seconde section, nous explorerons ce processus plurivoque qu'est la médicalisation, c'est-à-dire l'extension du domaine médical sous quelque forme que ce soit. Dans un premier temps, il s'agira de tracer les contours de ce phénomène complexe, et de déceler ce qui est visé, plus particulièrement, lorsqu'il est question du risque de surmédicalisation de l'existence, pour le distinguer de ce qui relèverait d'un développement technoscientifique et culturel n'ayant *a priori* rien d'illégitime (que certains n'hésiteront pas à qualifier de « processus de civilisation[34] »). La définition même du phénomène ne sera pas dissociable de l'évaluation de ce qu'il signifie politiquement, socialement ou culturellement.

Dans un second temps, nous nous intéresserons à la place qu'occupe l'individu dans un tel processus, c'est-à-dire, au type de rapports à l'existence qui incite à recourir à des stimulants, ou agents dopants, que ceux-ci prennent la forme de médicaments ou de traitements médicaux, ou de drogues illicites – la frontière entre les deux n'étant plus si claire aujourd'hui. Nous verrons avec Alain Ehrenberg les mutations culturelles de la seconde moitié du 20e siècle, qui transformeront l'individu de manière à faire reposer sur son initiative, son action individuelle et sa performance la valeur de son existence et son identité. Il s'agit là à proprement parler d'un changement de paradigme, entre l'Homme qui faisait l'objet des études psychopathologiques du 19e siècle, définit par son rapport aux interdits qui ordonnent son existence et sa lutte subjective avec la culpabilité induite par la transgression, et l'Homme de la fin du 20e

---

[34] PINELL P., « Médicalisation et procès de civilisation » dans AÏACH P., DELANOË D. (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, *op.cit.*, pp.37-51.

siècle, caractérisé par sa délivrance vis-à-vis de ces interdits, mais hanté par le vertige que provoque sa liberté ainsi que par sa propre finitude dans un monde qui se mesure de plus en plus à l'aune de grandeurs infinies.

Au terme de cette exploration, il s'agira d'être critique et de tirer les conclusions qui serviront à élucider ce qui peut être pensé du cas présenté en introduction. L'enjeu ne sera pas de trancher la question de savoir si Fanny est un individu parfaitement normal ou s'il faut au contraire reconnaître ce qu'elle traverse comme l'effet d'un trouble pathologique qui requière une assistance médicale, ni de juger les cas dans lesquels la prise d'un médicament est de l'ordre du dopage ou de la thérapie ; mais plutôt de dépeindre *ce qui se passe* pour un tel individu lorsqu'il est confronté à ce genre de situations. Les thèses que nous cherchons à appuyer se présenteront comme une tentative d'élucidation de ce qui peut être vu comme sain ou malsain dans le rapport que l'individu contemporain entretient à la question de sa santé et de la médicalisation de son existence, de quels sont les défis de l'individu contemporain aux prises avec ces questions. Ces thèses s'énonceront comme suit :

Le concept de santé tel qu'il est implicitement représenté dans nos sociétés découle d'une conception positive de la santé et favorise une surmédicalisation dans la mesure où il évalue la santé de l'individu à l'aune d'un idéal de bien-être complet et de performance optimisée – d'aucuns diront, d'un être humain idéal. La santé positive soutient qu'un être humain en bonne santé est un être autonome et rationnel, capable de faire face aux épreuves ordinaires de la vie et parfaitement *heureux*. La peine avec laquelle l'individu soutient la responsabilité écrasante d'avoir à se hisser à devenir l'être en bonne santé qu'invoquent ces représentations le poussent à chercher de soulagement dans la soumission à un système médical capable de mettre un diagnostic sur les difficultés qu'il éprouve. La question centrale dans la situation que le cas de

Fanny nous donne à réfléchir est dès lors peut-être moins celle de déterminer ce qui relève de la maladie ou de la santé que celle du rapport qu'entretient le sujet à son identité et à sa propre finitude. Nous soutenons que le modèle de la santé positive est un modèle toxique reposant sur un fondement totalitaire, rendu supportable par la stratégie de fuite que représente le diagnostic médical, à travers lequel l'individu normalise volontairement son comportement.

SECTION 1
LES ENJEUX D'UNE DEFINITION DE LA SANTE

Les concepts de santé et de maladie ne sont pas aisés à définir, et ce en raison de l'ambiguïté fondamentale qui les caractérise : dans l'usage courant que nous en faisons, ils sont à la fois descriptifs et normatifs. En effet, le concept de maladie nous sert à décrire un état mais également à identifier ce dernier comme étant indésirable, non souhaitable vis-à-vis d'un état qui serait, lui, souhaitable. L'expérience de chacun suffit à rendre limpide la distinction entre ces deux états : il nous vient sans peine à l'esprit l'exemple d'un épisode de maladie, court ou prolongé, anodin ou grave, chez soi-même ou chez un proche, pour l'illustrer. *Être en bonne santé* se présente intuitivement comme ce qui correspond à un état normal, dans lequel nous « fonctionnons » normalement, quand par ailleurs *être malade* est appréhendé comme un état « anormal », qui perturbe ce fonctionnement, au minimum dans le sens d'une gêne. Cette gêne pourrait mener l'individu malade à consulter un médecin pour chercher à rétablir un fonctionnement normal. C'est ainsi que se présentent intuitivement les notions de santé et de maladie, en se basant sur l'usage : la maladie est ce qui requiert l'attention et l'action d'un médecin, un médecin est celui qui reconnaît et traite les maladies, la santé est l'absence de maladie.

Dès lors qu'il s'agit de sortir de la circularité de cette définition et de mettre nos intuitions à l'épreuve d'une analyse conceptuelle rigoureuse, émergent des débats cruciaux : sur le statut ontologique de la maladie, sur la place des valeurs et des normes (culturellement et historiquement contingentes), sur la pertinence même du concept de santé… Dans ce chapitre, nous passerons en revue des contributions

majeures à la question de la santé et de la maladie en philosophie de la médecine. Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux discours traditionnels en médecine et en philosophie ; y est entendue une *définition négative* de la santé ainsi qu'un débat entre deux familles de conceptions rivales sur la question du statut ontologique de la maladie : d'une part, les conceptions « ontologiques » et d'autre part, les conceptions « physiologiques ». Ensuite, nous nous pencherons sur le travail sur le normal et le pathologique (1943, 1966) de Georges Canguilhem, pionnier dans l'analyse rigoureuse et approfondie des concepts de santé et de maladie. En troisième lieu, nous exposerons les deux pôles d'une controverse qui a animé le champ anglo-saxon de la philosophie de la médecine à partir des années 1970 autour des conceptions « naturaliste », initiées par Christopher Boorse, et « normativiste » dont le principal représentant est Tristram Engelhardt ; une controverse que nous explorerons plutôt dans les termes d'une conception *biologique* ou *pratique* de la santé et de la maladie. Nous verrons par la même occasion la théorie *holistique* de Lennart Nordenfelt, en ce qu'elle offre une comparaison intéressante avec la dernière conception de la santé que nous exposerons dans ce chapitre. Celle-là tient à donner une *définition positive* de la santé, comme le fait la définition désormais classique de l'Organisation Mondiale de la Santé, et nous chercherons à élucider en quoi une telle définition pourrait ouvrir la porte à des dérives du champ médical.

CHAPITRE 1
DEFINITIONS TRADITIONNELLES DE LA SANTE ET DE LA MALADIE

Traditionnellement, la définition de la santé qui fait consensus au sein des médecins est une *définition négative* qui présente santé et maladie comme des contraires qui s'excluent : la santé, l'absence de maladie. Ce n'est qu'au travers de la maladie que nous pouvions faire l'expérience de notre état de santé, en adoptant le point de vue d'un individu singulier, comme en témoignent les extraits suivants :

> On peut se *sentir* bien portant, c'est-à-dire juger d'après son sentiment de bien-être vital, mais l'on ne peut jamais *savoir* que l'on est bien portant… L'absence du sentiment (d'être malade) ne permet pas à l'homme d'exprimer qu'il se porte bien autrement qu'en disant qu'il va bien *en apparence*.[35]

Kant énonce ici que nous ne pouvons jamais avoir la certitude d'être bien portant : la seule certitude que nous puissions avoir, c'est la certitude d'être malade quand tel est le cas.

> Mais la santé ne devient une fin que dans l'épreuve de la maladie. Quand on possède la santé (quand on « en jouit », mais c'est de manière inconsciente), elle passe inaperçue et elle n'est pas remarquée plus que cela.[36]

> Encore que la santé soit le plus grand de tous ceux de nos biens qui concernent le corps, c'est toutefois celui auquel nous faisons le moins de réflexion et que nous goûtons le moins. La connaissance de la vérité est comme la santé de l'âme : lorsqu'on la possède, on n'y pense plus.[37]

Nous lisons dans la dernière citation une analogie entre la santé de l'âme, qui est la vérité qui éclaire sereinement l'activité de l'intelligence, et la santé du corps, qui est la

---

[35] KANT E., *Conflit des facultés*, 1798 : CANGUILHEM G., *Écrits sur la médecine*, *op. cit.*, p.52.
[36] JONAS H., *L'art médical et la responsabilité humaine*, *op.cit.*, p.48.
[37] DESCARTES R., *Lettre à Chanut (31 mars 1649)* : CANGUILHEM G., *Écrits sur la médecine, op. cit.*, p.53.

vie qui s'écoule silencieusement dans l'activité des organes. « La vie dans le silence des organes », c'est une définition de la santé que proposera plus tard René Leriche[38] : la santé est discrète, peut-on y lire ; seule la maladie s'expérimente, se vit, se traverse.

L'analogie entre santé et vérité est peut-être la plus ancienne conception de la santé admise traditionnellement. Il n'y est pas question de vérité dans un sens nécessairement logique de l'exercice d'un jugement, mais dans le sens d'une certaine rectitude, dans le sens de « réel » ou de « correct ». Canguilhem note la définition que donne Émile Littré à l'article « Vérité » de son *Dictionnaire de la langue française* : « Qualité par laquelle les choses apparaissent telles qu'elles sont[39]. » L'analogie santé-vérité servirait ici à soutenir la *normalité* et la *normativité* de la santé : elle est l'état dans lequel les choses se donnent telles qu'elles sont *réellement*. Pensons, pour prendre un exemple léger, que nous avons rencontré Pascale alors qu'elle était grippée : quelqu'un pourrait nous avertir qu'elle n'était « pas elle-même » à l'occasion de cette rencontre, en raison de sa maladie. Si nous l'avions rencontrée dans d'autres circonstances, alors qu'elle aurait été en bonne santé, nous aurions pu nous faire une idée plus correcte de qui Pascale est *réellement*.

Comment identifier la *santé*, à travers les variations desquelles le quotidien est fait ? Que dire des individus dont la vie est rongée par une maladie de façon prolongée, voire permanente ? Traditionnellement, on dirait que la santé est définie par la nature. Cette donnée demande de laisser de côté notre conception moderne de la santé comme absence de pathologie pour entendre plutôt un état *normal*, qui édicterait la *nature*

---

[38] LERICHE R., « De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine ? » dans *Encyclopédie française*, VI, 1936.
[39] Voir CANGUILHEM G., « La santé : concept vulgaire et question philosophique » dans *Écrits sur la médecine*, *op. cit.*, p.53.

d'un individu (qui pourrait par ailleurs être de nature fragile ou boiteuse). Ainsi, si nous remontons jusqu'aux philosophes de la Grèce antique, la *santé* serait conçue « comme une combinaison harmonieuse, un ordre équilibré, un jeu réciproque des éléments fondamentaux. Était en bonne santé celui qui s'intégrait dans l'harmonie de la totalité de son monde selon le temps et le lieu où il voyait le jour[40]. » Ainsi, Hippocrate prêtait-il aussi une attention particulière aux relations entre les airs, les eaux et les lieux[41]. Nous trouvons ici l'intuition selon laquelle la santé n'est pas indépendante d'un certain rapport de l'individu avec la nature et donc également avec son environnement, un rapport qui pourrait être perturbé par la maladie. Toute perturbation de la vitalité n'est néanmoins pas contraire à la santé : la mortalité appartient elle-même à la nature du vivant. De quelle nature serait alors ce perturbateur qu'est la maladie ? Il existe en philosophie de la médecine un clivage fondamental autour de cette question.

Conceptions « ontologiques » et « physiologiques » de la maladie

Il n'est pas clair que le concept de maladie puisse être couvert réellement par une définition unifiée, qui en donnerait les conditions suffisantes et nécessaires. En effet, les différents modèles de maladie pourraient bien renvoyer à des phénomènes tout à fait hétérogènes[42], mélange incertain de normes sociales, statistiques et morales.

Engelhardt souligne que chercher à définir la maladie comme un concept unifié implique nécessairement une forme de généralisation ou d'abstraction[43], lesquelles il

---

[40] ILLICH I., « Le renoncement à la santé », *L'Agora*, Juillet/Août 1994, p.3.
[41] ENGELHARDT T., « Les concepts de santé et de maladie » dans GIROUX E., LEMOINE M. (dir), *Philosophie de la médecine II.*, *op. cit.*, p.242.
[42] *Ibid.*, p.234.
[43] *Ibid.*, p.235.

classe en deux types : les conceptions « ontologiques » ou « substantielles » de la maladie qui présentent celle-ci comme une *chose*, et les conceptions « dynamiques » ou « physiologiques » ou encore « relationnelles » de la maladie, qui la présentent comme un *processus* complexe qui change avec les particularités du malade et de son environnement[44]. La typologie que dresse ainsi Engelhardt illustre une opposition qui trouve historiquement sa source dans

> des débats concernant la question de savoir si la maladie était le résultat d'un déséquilibre des humeurs ou si elle était due à l'intrusion d'une entité pathologique. En gros, le débat portait sur la question de savoir si les maladies étaient de nature essentiellement relationnelle et contextuelle, ou s'il s'agissait en quelque sorte de choses dotées d'une substance. Ces différentes manières de parler des maladies sont encore perceptibles.[45]

Le débat porte essentiellement sur le statut logique et ontologique des maladies. D'un côté, les conceptions ontologiques de la maladie englobent « un éventail de significations qui vont du concept d'une entité logique spécifique [c'est-à-dire, l'idée « platonicienne » d'entités pathologiques en tant que structures conceptuelles immuables, impliquant que « les maladies ont une réalité et une existence indépendamment de leur incarnation dans des maladies actuelles[46] »] jusqu'à celui d'une entité matérielle spécifique[47] », autrement dit une « chose » – on pourrait entendre « parasite », ou encore « microbe » à partir de la fin du 19e siècle et de l'ère pastorienne. Il y a dans cette conception ontologique une volonté de réifier la maladie, ce qui fit avancer la recherche en appuyant l'idée qu'« il fallait rechercher des thérapies spécifiques pour des maladies spécifiques[48] ». De l'autre côté, les conceptions physiologiques tiennent un pendant plus hippocratique que platonicien,

---

[44] Voir GIROUX E., LEMOINE M. (dir), *Philosophie de la médecine II.*, *op. cit.*, p.12 et ENGELHARDT T., « Les concepts de santé et de maladie », *op. cit.*, p.235.
[45] ENGELHARDT T., « Les concepts de santé et de maladie », *op. cit.*, p.236.
[46] *Ibid.*, p.239.
[47] *Ibid.*, p.240.
[48] *Ibid.*, p.236.

proches de l'empirisme et du nominalisme[49] : les maladies y sont le résultat d'une interaction entre l'individu, les lois physiologiques et l'environnement[50].

La nature et l'intervention médicale : la santé-vérité et la santé-facticité

Si la nature définit la santé, elle n'en est pas pour autant la garante. Une grande part du travail de ceux et celles qui visent à préserver la santé et lutter contre les maladies consiste aujourd'hui également à lutter également *contre* les forces de la nature. Mais l'art médical ne fut pas toujours compris en ces termes : un médecin d'obédience hippocratique concevait son art comme un soutien pour la nature, qui, seule, guérissait. C'est ce qu'on peut entendre dans la locution latine : *medicus curat natura sanat* ; le médecin soigne, la nature guérit. Canguilhem expose la relation de l'hippocratisme à la nature :

> Hippocrate, qui consigne ces remarques dans son traité *De l'art*, est aussi celui qui a la responsabilité ou, à défaut, la gloire légendaire d'avoir introduit le concept de nature dans la pensée médicale. […] « La nature trouve par elle-même les voies et les moyens […]; la nature sans instruction et sans savoir fait ce qui convient. » L'analogie entre l'art du médecin et la nature médicatrice n'éclaire pas la nature par l'art, mais l'art par la nature. L'art médical doit observer, écouter la nature. Ici, observer et écouter, c'est obéir.
>
> […] Si l'art médical est né, s'il a été transmis, s'il doit être perfectionné, c'est comme mesure du pouvoir de la nature, c'est-à-dire évaluation de ses forces. Selon le résultat de cette mesure, le médecin doit laisser faire la nature, ou bien intervenir pour la soutenir et l'aider, ou bien renoncer à l'intervention, puisqu'il y a des maladies plus fortes que la nature. Où la nature cède, la médecine doit renoncer.[51]

Force est de constater que l'art médical n'a pas toujours eu non plus l'efficacité qu'elle a commencé à acquérir au moment de la modernité. L'hippocratisme comme médecine expectante de la nature a pu être qualifié de « méditation sur la mort » par Asclépiade,

---

[49] *Ibid.*, p.240.
[50] GIROUX E., LEMOINE M. (dir), *Philosophie de la médecine II*, *op. cit.*, p.228.
[51] CANGUILHEM G., « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicales » dans *Écrits sur la médecine*, *op. cit.*, pp.17-18.

note Canguilhem[52]. Nous retiendrons surtout, pour ce qui concerne notre propos, que pour l'hippocratisme « la nature est la première conservatrice de la santé, parce qu'elle est la première formatrice de l'organisme[53]. » Pour reprendre l'analogie santé-vérité, nous pouvons dire qu'ici la nature dicte ce qui est la vérité de l'organisme, et ne peut donc pas entacher cette vérité, même si elle conduit l'organisme à la mort.

Les révolutions scientifiques qui ont accompagné la modernité ont pu changer la donne. Une connaissance plus fine de l'organisme et de son fonctionnement a permis à la médecine d'accroitre son efficacité. La médecine continua d'honorer sa tâche de mesurer le pouvoir de la nature, et il en résulte une délimitation importante de l'étendue du pouvoir curatif de celle-ci, au profit d'un interventionnisme plus franc.

> La médecine contemporaine, bien loin de surveiller ou de stimuler, systématiquement, les réactions d'autodéfense de l'organisme, s'ingénie souvent à les modérer sinon à les réprimer, par exemple à stopper les réactions humorales disproportionnées relativement à l'agression qui les suscite. […] Ne semble-t-il donc pas que la médecine contemporaine renverse les prescriptions hippocratiques et ne reconnaisse l'existence d'une nature médiatrice des maladies que pour en redouter et, par suite, en entraver les initiatives ? C'est que la pathologie contemporaine a appris à reconnaître l'existence de réactions organiques paradoxales pour un hippocratisme de stricte obédience. Il y a des erreurs de réplique ou de parade. Il arrive que, pour un rien, la nature réponde en paroxysme. Ainsi en est-il dans l'allergie, l'anaphylaxie. Du remède naturel, parfois, c'est peu dire qu'il est pire que le mal, il est le mal lui-même. [54]

La médecine moderne se désolidarise de la nature et de la conception de la santé traditionnellement défendue comme vérité du corps – définie par la nature – pour se rapprocher plutôt d'une conception de la santé comme absence de maladie. Lutter contre lesdites maladies implique parfois d'aller à l'encontre de la nature. Avec la médecine moderne, aux alentours de la fin du 18e siècle, Canguilhem observe que la

---

[52] *Ibid.*, p.22.
[53] *Ibid.*, p.18.
[54] *Ibid.*, pp.20-21. L'auteur rend compte, au début de l'extrait, des travaux de DAGOGNET F., *La Raison et les Remèdes*, Paris, PUF, 1964, coll. « Galien ».

conception de la santé « commen[ce] à perdre sa signification de vérité pour recevoir une signification de facticité. […] Elle dev[ient] l'objet d'un calcul[55]. »

Le dualisme cartésien a permis d'étudier la *res extensa* de façon mécaniste – bien que Descartes niait qu'il existe une telle chose que la santé d'une machine[56]. Le corps vivant a ses caractéristiques propres, à noter qu'il « est, à la fois, un donné et un produit [et que] sa santé est, à la fois, un état et un ordre[57]. » Que le corps soit un donné et un produit suggère que sa vérité n'est pas inconditionnelle, dans la mesure où sa présence au monde n'est pas nécessaire, et « dans la mesure où son activité d'insertion dans un milieu caractéristique, son mode de vie choisi ou imposé, sport ou travail, contribue à façonner son phénotype, c'est-à-dire à modifier sa structure morphologique et partant à singulariser ses capacités.[58] » Que sa santé soit un état *et un ordre* suggère qu'elle soit aussi un appel à l'action, un souci, l'injonction d'un certain investissement de la part de l'individu auprès d'elle. La santé n'est plus une vérité naturelle à dévoiler, à proprement parler, mais plutôt une facticité à entretenir ou à déployer. C'est ce qui justifiera le discours de l'Hygiène, une discipline médicale traditionnelle dont Canguilhem observe qu'elle puisse être (et serait, de fait) « récupérée et travestie par une ambition socio-politico-médicale de règlement de la vie des individus[59]. »

---

[55] CANGUILHEM G., « La santé : concept vulgaire et question philosophique » dans *Écrits sur la médecine*, *op. cit.*, pp.59-60.
[56] *Ibid.*, p.57.
[57] *Ibid.*, p.59.
[58] *Idem.*
[59] *Idem.*

Santé et maladie mentales

Le dualisme cartésien a eu un autre effet notable. Le corps apparenté à la *res extensa* – la chose étendue, matérielle, mais surtout quantifiable et manipulable – arrange les médecins qui trouvent dans le cadre de la philosophie mécaniciste une justification pour l'approche scientifique du corps, conçu comme un mécanisme dont on peut comprendre le fonctionnement en analysant ses parties, ses rouages, et en le soumettant à l'expérimentation. Cependant, la *res cogitans* est du même coup exclue de telles pratiques : détachée de la matérialité, elle n'offre *a priori* pas de prises pour le médecin et se retrouve de fait exclue du champ de l'action médicale.

Les notions de santé et de maladie mentales sont complexes. Elles se trouvent, plus qu'aucune autre, au carrefour entre le médical, le social et le moral. Ce qui ne sera pas expliqué en terme de maladie sera historiquement imputé par la religion à une possession démonique ou sera réprimé comme faute morale ; pendant longtemps, les variations de la prise en charge entre ces différentes catégories de comportements ne seront pas si différentiées que l'on voudrait l'admettre. Sous les Lumières du 18e siècle est développée la notion d'*aliénation mentale* comme une « maladie unique […] tout à fait distincte de toutes les autres maladies dont s'occupent les diverses branches de la médecine[60] », traitée généralement par l'isolement et le « traitement moral »[61]. Cette conception unique de l'aliénation mentale est abandonnée vers le milieu du 19e siècle au profit d'une diversification des maladies, mais l'utilisation qui sera faite de la notion de « maladie » en psychiatrie classique « ne signifiera rien de plus et ne se rattachera ni à une organogenèse, ni à une psychogenèse, car de telles options relèvent

[60] LANTERI-LAURA G., CAROLI F., AYME J., THURIN J.-M., « PSYCHIATRIE », in *Universalis éducation* [en ligne], Encyclopædia Universalis, consulté le 5 avril 2017, p.2.
[61] *Idem*.

d'un autre registre, plus théorique et alors assez mal déterminé[62]. » La maladie mentale appartient à un domaine distinct de la médecine traditionnelle à cause de la *res cogitans* : la question qui résulte de l'utilisation de la notion de « maladie mentale » porte sur la relation entre le corps et l'esprit, et sur les modes d'action possibles sur l'esprit dans le cas où celui-ci serait désincarné.

Au milieu du 20e siècle, Thomas Szasz se fait un fervent critique de la notion de « maladie mentale » dans son ouvrage *Le Mythe de la maladie mentale*[63]. Sa thèse : « les maladies mentales ne sont rien d'autre que le produit de la médicalisation de comportements troublants ou troublés[64]. » La psychiatrie contemporaine ne fait selon lui rien d'autre que justifier par un discours thérapeutique le type de coercition étatique justifié par un discours théologique à l'époque où l'État était davantage allié à l'Église ; la seule différence étant que désormais la médecine a remplacé l'Église dans le rôle d'autorité qu'elle occupait. Pourquoi ? Parce qu'il n'existe, du point de vue scientifique, pas de véritable « maladie mentale ».

Si nous parlons de « maladie mentale », nous ne pouvons utiliser cette expression que de façon métaphorique, explique Szasz. Ce dernier s'appuie sur une définition matérialiste-scientifique de la maladie selon laquelle la maladie est « une altération pathologique de cellules, de tissus, et d'organes[65] » pour montrer que la maladie

---

[62] *Ibid.*, p.4.
[63] SZASZ T., *The myth of mental illness : foundations of a theory of personal conduct*, New York, Hoeber-Harper, 1961 ; édition révisée New York, HarperCollins, 1974.
[64] SZASZ T., « Fifty Years After The Myth of Mental Illness », préface de SZASZ T., *The myth of mental illness : foundations of a theory of personal conduct*, New York, Harper Perennial, édition d'anniversaire, 2010 : « They [mental illnesses] are the products of the medicalization of disturbing or disturbed behaviors. »
[65] *Ibid.* : « My claim that mental illnesses are fictitious illnesses […] rests on the materialist-scientific definition of illness as a pathological alteration of cells, tissues, and organs. If we accept this scientific definition of disease, then it follows that mental illness is a metaphor […] »

mentale ne peut répondre à ces critères. Les défenseurs de la psychiatrie pourront répondre à cette critique que certes la notion de « maladie mentale » est une métaphore faisant office de raccourci pour désigner, en fait, une maladie qui trouverait son origine dans le cerveau. Une réponse qui n'affaiblit d'aucune manière la critique de Szasz, mais la confirme :

> Le médecin qui découvre qu'une personne diagnostiquée comme malade mentale [*mentally ill*] souffre [en réalité] d'un trouble cérébral [*brain disease*] découvre que le patient a été mal diagnostiqué : le patient n'était pas atteint d'une maladie mentale, mais d'une maladie [*illness*] physique non diagnostiquée. […] Un tel procédé de découvertes biologiques a en partie caractérisé l'histoire de la médecine, d'une forme de « folie » après l'autre identifiée comme des manifestations d'une ou l'autre maladie somatique […] Si nous parvenions à prouver que tous les « états » appelés présentement « maladies mentales » étaient des maladies situées dans le cerveau [*brain diseases*], alors il n'y aurait plus besoin d'user de la notion de maladie mentale et celle-ci deviendrait dénuée de signification. Cependant, puisque cette notion se réfère au *jugement de certaines personnes ont à propos du (mauvais) comportement d'autres personnes*, c'est l'opposé qui se produit : l'histoire de la psychiatrie est l'histoire d'une liste s'allongeant à l'infini de « maladies mentales » [*mental disorders*]. [66]

Suivant ce raisonnement, certains états ne pourraient acceptablement être considérés comme des maladies mentales que de façon provisoire, le temps de l'élucidation scientifique de la base somatique qui les provoque. Szasz observe qu'il en est allé ainsi de pour la neurosyphilis et l'homosexualité, pour ne citer que ces deux exemples : la première a cessé d'être considérée comme une maladie mentale lorsqu'il a été prouvé qu'il s'agissait en réalité d'un trouble neurologique, la seconde a cessé d'être considéré comme une maladie tout court en l'absence de marqueur biologique. Deux

---

[66] *Ibid.* : « The physician who discovers that a particular person diagnosed as mentally ill suffers from a brain disease discovers that the patient was misdiagnosed: the patient did not have a mental illness, he had an undiagnosed bodily illness. […] In part, such a process of biological discovery has characterized the history of medicine, one form of "madness" after another being identified as the manifestation of one or another somatic disease […] If all the "conditions" now called "mental illnesses" proved to be brain diseases, there would be no need for the notion of mental illness and the term would become devoid of meaning. However, because the term refers to the *judgments of some persons about the (bad) behaviors of other persons*, the opposite is what actually happens: The history of psychiatry is the history of an ever-expanding list of "mental disorders". »

conséquences découleraient de ce raisonnement si celui-ci était rigoureusement soutenu par les psychiatres : en premier lieu, il devrait y avoir une réduction du nombre de maladies mentales au fur et à mesure que celles-ci sont confirmées ou infirmées par la science (or, Szasz remarque, c'est l'inverse qui se produit) ; en deuxième lieu, le caractère putatif de la maladie mentale impliquerait que l'imposition de traitements et l'internement forcé soient de fait une atteinte à la dignité et aux droits humains. Or, ceci est nié en bloc par les psychiatres auxquels Szasz fait référence à l'époque de la publication de son travail :

> Il n'est pas surprenant que plus mon argumentaire […] se faisait agressif, plus zélés étaient les psychiatres en insistant que « les maladies mentales sont comme les autres maladies » et que les institutions psychiatriques sont des hôpitaux poursuivant d'honnêtes fins médicales.[67]

Serait-il possible de répondre à la critique de Szasz d'une autre manière, en niant que les maladies mentales soient une simple métaphore et en prouvant qu'elles sont effectivement une « altération pathologique de cellules, de tissus, et d'organes » ? Pour répondre à cette question, nous pourrions nous intéresser au défi qu'a tenté de relever le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (plus communément désigné par le sigle *DSM*) à partir de la seconde moitié du 20e siècle. Le DSM, désigné par certains comme « la bible américaine de la psychiatrie[68] », a l'ambition de composer une liste unique des maladies mentales, abordées objectivement, c'est-à-dire en s'appuyant sur des outils statistiques et informatiques, de façon à fournir un manuel utile aux chercheurs comme aux praticiens. Après deux premières éditions en 1952 et 1968, la troisième édition (1980) marque un tournant

[67] *Ibid.* : « Not surprisingly, the more aggressively I reminded psychiatrists that individuals incarcerated in mental hospitals are deprived of liberty, the more zealously they insisted that "mental illnesses are like other illnesses" and that psychiatric institutions are bona fide medical hospitals. »
[68] DAMAZEUX S., *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformation de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Editions d'Ithaque, 2013.

radical dans l'évolution du manuel, en se revendiquant d'une méthode purement empiriste : le projet est de trouver dans la physiopathologie les critères fiables et valides d'un diagnostic objectif pour les pathologies mentales, c'est-à-dire d'identifier pour chaque maladie mentale des critères visibles de façon à mettre en évidence une étiologie, un pronostic et un traitement propre et spécifique à chaque maladie. Il s'agit donc bien de se donner les moyens de soutenir que « les maladies mentales soient comme les autres maladies » en soumettant les premières aux critères de la définition matérialiste-scientifiques de la maladie que nous avons vue énoncée par Szasz.

Le projet se précise encore lors des éditions suivantes du DSM : l'accent est alors mis sur l'identification de marqueurs biologiques propres à chaque maladie mentale. L'exploration de potentiels marqueurs biologiques devint par la suite une priorité dans la recherche en psychiatrie, sous l'influence du DSM qui donna le ton de la recherche pour les décennies qui suivirent. L'espoir reposait notamment sur le développement de la neuropsychiatrie, en ce que celle-ci semblait porteuse d'une triple promesse : la possibilité de *diagnostics objectifs*, par l'identification de *marqueurs biologiques*, ce qui permettrait de développer des *traitements efficaces*[69], notamment grâce à l'action directe sur les causes somatiques de la maladie mentale, et non pas seulement sur des symptômes. Force est de constater, note Nikolas Rose, qu'après plus de trente ans de recherche psychopharmacologique dans ce sens, la quête basée sur la physiopathologie d'un diagnostic objectif pour les maladies mentales se retrouve dans une impasse :

> On aurait pensé qu'en investissant autant de temps, d'énergie et de dévouement dans la tâche de trouver une base biologique aux troubles catégoriques [de la maladie mentale], dans les gènes ou dans le cerveau, que quelque chose aurait été trouvé. Et pourtant, alors

[69] ROSE N., « Mental Illness: Five Hard questions », conférence le 15 Mai 2013, Université de Nottingham.

> que nous avançons vers la publication du DSM-5, *pas le moindre* marqueur biologique n'a été validé cliniquement, pour aucun trouble psychiatrique. Quelque chose semble avoir mal tourné.[70]

Aucune des réponses données par la psychiatrie à la critique de Szasz ne semble suffisante pour sauver la notion de santé mentale : ni dans la reconnaissance du fait que la notion de « santé mentale » est une simple métaphore, derrière laquelle il ne serait rigoureusement question que de maladies somatiques, ni dans la négation du fait qu'il s'agirait d'une métaphore appuyée sur la tentative de prouver que les maladies mentales auraient une véritable base biologique afin de convenir à la définition matérialiste-scientifique de la maladie avancée par Szasz dans son argument. Il reste néanmoins possible de nier ladite définition matérialiste-scientifique de la maladie, et de proposer d'autres conceptions de la maladie et de la santé, éventuellement plus ouvertes à l'existence d'un concept de maladie mentale. Nous verrons dans la suite de cette première section quelques tentatives de définition pour lesquelles une conception dualiste du corps et de l'esprit ne pose plus nécessairement problème.

---

[70] ROSE N., « Mental Illness: Five Hard questions », *op. cit.* : « You would have thought that investing so much time and so much energy and so much commitment to trying to find the biological basis in the genes or in the brain of these cathegorial disorders, that something would have been found. And yet, as we move to the publication of DSM-5, there is not a single clinically validated biomarker for any psychiatric disorder. So something seems to have gone wrong. » Voir également EHRENBERG A., *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998, p.208 : « […] les biologistes et les psychiatres le reconnaissent : la tentative de relier un « marqueur biologique » à une entité clinique est un échec. »

CHAPITRE 2
GEORGES CANGUILHEM : PIONNIER DE LA TRADITION CONTINENTALE

La définition matérialiste-scientifique de la maladie à laquelle fait référence Szasz n'est pas sans rappeler un modèle classique de la pathologie entendue comme dysfonctionnement physiologique, selon lequel il existe un fonctionnement physiologique *normal*, typique d'un organisme en bonne santé, qui puisse être perturbé de quelque façon lorsque l'individu est atteint de maladie. Ce modèle est soutenu en grande partie par les positivistes du 19e siècle auxquels répond Canguilhem dans sa thèse de 1943 intitulée « *L'essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* » et dans les travaux qui lui firent suite, notamment les *Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique* (1963-1966), publiés ensemble en 1966 dans l'ouvrage *Le normal et le pathologique*[71]. L'auteur vise à critiquer la conception scientifique dominante de la maladie, qu'il désigne par les termes « dogme positiviste », et à défendre une conception de la maladie qui puisse rendre compte de la relativité individuelle de la santé et de l'impossibilité qui en découle de définir de façon objective et absolue le normal[72]. La définition de la santé qu'il propose au terme de son analyse du normal et du pathologique est dans ses mots « l'esquisse d'une définition[73] », qui s'avère néanmoins riche pour quiconque aspire à penser la notion de santé.

---

[71] CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966.
[72] GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II.*, *op. cit.*, p.7.
[73] CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, PUF/Quadrige, Paris, 2007, p.130.

Critique du « dogme positiviste »

Dans l'optique classique de la pathologie comme dysfonctionnement physiologique, la nature est conçue comme obéissant à un système de lois qu'il importe au scientifique de déceler. Au 19e siècle, tel est en effet le modèle de scientificité que la physique newtonienne a imposé et que les biologistes veulent pouvoir étendre à la connaissance du vivant en découvrant les lois qui régissent le fonctionnement de ce dernier. C'est donc au travers d'une approche positiviste que sont alors développées les expériences médicales, avec comme intuition que c'est « la physiologie [qui] doit éclairer la pathologie pour fonder la thérapeutique[74] ». Le point de vue adopté en priorité est donc celui du scientifique qui se rapporte de façon objective et empirique à son objet de recherche – ici, le vivant dans les différents états de sa relation aux lois physico-chimiques, dont le respect constitue un état normal et les variations l'indice le plus sûr d'un possible état pathologique.

Cette conception se heurte toutefois à un défi majeur : dans les faits, il n'est pas si simple d'identifier scientifiquement et précisément lesdites lois qui régissent le vivant. D'aucuns diront même que c'est là une chose impossible : le vivant, par définition, transcende les lois que nous pourrions formuler à son égard, il s'en échappe par la singularité qui lui est propre. S'il existait effectivement des lois de la nature du vivant mathématiques et absolues, alors il n'existerait pas un seul organisme vivant qui évolue dans le strict respect de toutes ces lois – ou alors nous pourrions voir en cet organisme *parfaitement normal* l'indice d'une affliction que nous ne devrions pas hésiter à désigner comme « pathologique ». Qu'auraient alors de naturelles des lois de

---

[74] *Ibid.,* p.58.

la normalité biologique qu'à strictement parler aucune occurrence du vivant ne respecterait par nature, et quelle valeur normative pourrions-nous donc risquer de leur accorder ? L'idiosyncrasie des organismes vivants est invoquée dans ce débat par le physiologiste Claude Bernard vers le milieu du 19^{e} siècle. Il met en évidence l'impasse dans laquelle la science du vivant s'engage en cherchant à imiter la physique : la recherche d'un système de lois en vue de prétendre à une scientificité de type positiviste est incompatible avec la prise en compte clinique de l'unicité de l'individu physiologique.

C'est en réponse à cet embarras de la physiologie que Canguilhem propose d'approcher la question du vivant non pas par le biais des lois mais plutôt en établissant comme référence l'individu lui-même, toujours considéré dans son unicité idiosyncrasique. Les anomalies de l'individu vis-à-vis de la normalité statistiques ne peuvent plus, dès lors, être *a priori* appréciées ou dépréciées comme pathologiques ou non : elles sont seulement caractéristiques à son individualité même. Canguilhem s'inscrit ainsi dans la perspective de l'évolution darwinienne : toute nouveauté est d'abord une anomalie, et ce n'est que son évolution historique au sein d'une population qui permettra de juger, *a posteriori*, du caractère adéquat ou non de l'anomalie en question. Le cadre large de l'évolutionnisme darwinien impliquera que le critère de cette évaluation sera toujours l'*adaptation au milieu*, et la question de la valeur d'une anomalie sera formulée de la façon suivante : cette anomalie constitue-t-elle une amélioration du rapport de l'individu à son environnement, ou l'inverse ?

Elargissement des concepts de santé et de maladie

Nous constatons dans cette nouvelle manière de poser la question du normal et du pathologique un élargissement des concepts de santé et de maladie, pour ne plus se référer exclusivement aux données biologiques qui concernent le fonctionnement

interne de l'organisme – ce que Bernard désignera comme le « milieu interne » – mais pour plutôt évaluer la santé d'un individu en incluent ses rapports avec son environnement – que Bernard appelle « milieu externe ». Le vivant n'existe effectivement jamais en dehors d'un milieu dans lequel il évolue. Ceci sera d'autant plus déterminant dans le cas de l'être humain « qui transforme profondément son milieu par son travail et sa culture[75] », souligne Elodie Giroux. Le milieu humain est intrinsèquement de nature sociale et culturelle de sorte que, pour l'homme, la question du normal et du pathologique ne saurait se limiter à sa dimension biologique :

> En effet, la normativité inconsciente de la vie se prolonge chez l'homme en une normativité sociale et culturelle. Canguilhem affirme d'emblée la triple dimension – biologique, sociale et existentielle – de la vie et des pathologies humaines ; ce triptyque correspond aux trois termes anglais pour exprimer la maladie qui seront au centre du débat anglo-saxon (*disease*, *sickness*, *illness*). [76]

Si une approche exclusivement biologique de l'organisme est jugée non pertinente, comment évaluer la santé ? Canguilhem adoptera pour sa part une approche comportementaliste pour discerner entre normal et pathologique[77], et en cela il s'inscrit dans la lignée de Leriche qui avait adopté, à la différence des biologistes et des anatomistes, la perspective d'une théorie de la douleur et s'était ainsi positionné explicitement du point de vue du malade, pour lequel « la maladie, c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir[78] ». La maladie est ainsi définie par ses effets et la santé relativement au fonctionnement normal de l'organisme et des organes en son sein. Il en résulte la mise en évidence du fait que ce qui apparaît comme pathologique d'un point de vue clinique – parce qu'une personne souffrante se rend auprès d'un médecin

[75] GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II*, *op. cit.*, p.24.
[76] Ibid., p.24-25.
[77] CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, *op.cit.*, p. 57.
[78] *Ibid.,* p. 52.

pour être soulagée – ne peut précisément apparaître comme pathologique *que* du point de vue clinique[79] : du point de vue strictement physiologique, ce qui produit la maladie « touche, en nous, de si subtile façon, les ressorts ordinaires de la vie, que leurs réponses sont moins d'une physiologie déviée que d'une physiologie nouvelle où beaucoup de choses, accordées à un ton nouveau, ont des résonnances inusitées.[80]» Qu'entend Canguilhem par là ? Qu'il n'est pas à proprement parler de dysfonctionnement vis-à-vis d'une loi physiologique naturelle et observable empiriquement par le scientifique dans son laboratoire, mais que ce sont les conséquences de variations physiologies sur les relations qu'un individu entretient avec son milieu qui permettent d'identifier un état pathologique.

La référence sera ici toujours l'individu en relation avec son milieu. Il sera donc difficile, du point de vue clinique, de tracer une frontière absolue entre le normal et le pathologique pour toute une population, et ce en raison de l'idiosyncrasie de chacun ; mais se focalisant sur un seul et même individu et en le considérant à la lumière de sa propre norme – c'est-à-dire, en se référant à *son* rapport normal à *son* milieu – cette frontière apparaît de façon relativement précise[81], en raison d'une normativité inhérente à la vie elle-même. Cette normativité n'est pas le fruit d'un jugement de valeur[82], mais rend compte du fait que certains types de physiologies seront plus propices à la réussite de la vie que d'autres, ce que Canguilhem illustre en s'appuyant sur la distinction du neurologue Kurt Goldstein entre *comportement privilégié* et *réaction catastrophique* :

---

[79] *Ibid.,* p. 150.
[80] *Ibid.,* p. 56.
[81] *Ibid.,* 119.
[82] GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II*, *op. cit.*, p.24.

> Pour définir l'état normal d'un organisme, il faut tenir compte du comportement privilégié, pour comprendre la maladie il faut tenir compte de la réaction catastrophique. Par comportement privilégié, il faut entendre ceci que parmi toutes les réactions dont un organisme est capable, dans des conditions expérimentales, certaines seulement seront utilisées et comme préférées. Cette allure de vie caractérisée par un ensemble de réactions privilégiées est celle dans laquelle le vivant répond le mieux aux exigences de son ambiance, vit en harmonie avec son milieu, celle qui comporte le plus d'ordre et de stabilité, le moins d'hésitation, de désarroi, de réactions catastrophiques. [83]

C'est donc en prêtant attention aux comportements de l'individu que la frontière entre le normal et le pathologique peut être définie : son rapport à son milieu peut fluctuer de façon normale, mais un état pathologique ira de pair avec un rapport amoindri voire catastrophique à son environnement. Ce qui dévoile la maladie est donc toujours l'expérience qu'elle provoque chez le malade, et non l'observation objective d'un dysfonctionnement physiologique : c'est comme cela que sera saisie la santé dans un modèle comportemental. A la suite de Leriche et de Goldstein, Canguilhem ne considère pas la pathologie comme un parasite qui épuise l'homme en mettant à mal l'*ordre* physiologique (et en instaurant quelque chose comme un *désordre*), mais comme une physiologie « déviée »[84] : qu'il y ait déviation ne pose pas problème dans l'absolu – car cela pourrait servir à instaurer un *nouvel ordre* physiologique, éventuellement plus *adapté* (dans un sens darwinien) – mais seulement en relation à une situation donnée, au regard des répercutions que peut avoir cette anormalité sur les possibilités de l'individu[85].

La distinction introduite par Canguilhem entre anomalie et anormalité permet ainsi de maintenir à la fois une approche *relative* de l'anomalie (statistique, par rapport aux lois physico-chimiques) et une distinction *absolue* entre un état pathologique et un état de

---

[83] CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, *op.cit.*, p.121.
[84] *Ibid.,* p.56.
[85] *Ibid.*, p.130.

santé pour un même individu (en lien à la normalité de l'expérience du rapport entre cet individu et son milieu) [86].

Définition de la santé

Qu'en est-il alors de la santé ? Si ce concept n'a ici de sens que sur le plan de l'expérience, il est néanmoins possible pour Canguilhem de décrire phénoménologiquement à quoi un individu sain peut être reconnu :

> L'homme sain ne se dérobe pas devant les problèmes que lui posent les bouleversements parfois subits de ses habitudes, même physiologiquement parlant ; il mesure sa santé à sa capacité de surmonter les crises organiques pour instaurer un nouvel ordre. [87]

> L'homme sain ne se sent en bonne santé – qui est la santé – que lorsqu'il se sent plus que normal – c'est-à-dire adapté au milieu et à ses exigences – mais normatif, capable de suivre de nouvelles normes de vie. […] L'homme se sent porté par une surabondance de moyens dont il est normal d'abuser. [88]

> […] on comprend que la santé soit pour l'homme un sentiment d'assurance dans la vie qui ne s'assigne de lui-même aucune limite. […] La santé est une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi au besoin créateur de valeur, instaurateur de normes vitales. [89]

La santé est ainsi « une marge de tolérance des infidélités du milieu [90] ». Par « infidélités du milieu », l'auteur fait référence aux fuites, aux trous, aux dérobades et aux résistances inattendues[91] ; la vie est faite d'évènements, d'accidents possibles et d'irrégularités au sein desquels l'individu doit pouvoir évoluer – c'est-à-dire devenir. Avoir une bonne santé assure à l'individu une marge de manœuvre plus large au sein de laquelle il pourra déployer sa nature ; « la santé est un volant régulateur des possibilités de réaction [92] ». Nous parlons, naturellement, de santé fragile ou précaire,

---

[86] FELTZ B., *La science et le vivant*, De Boeck, Bruxelles, 2003, p. 111.
[87] CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 132.
[88] *Ibid.*, p. 132-133.
[89] *Ibid.*, p. 134.
[90] *Ibid.*, p. 130.
[91] *Ibid.*, p. 131.
[92] *Ibid.*, p. 131.

ou de mauvaise santé : nous faisons alors référence à des degrés dans les « restrictions des marges de sécurité organique » ou dans « la limitation du pouvoir de tolérance et de compensation des agressions de l'environnement[93]. » Dans le sens où la maladie est au contraire une réduction de la marge de tolérance des infidélités du milieu, la santé, dans un sens dit « absolu », ne serait « pas autre chose que l'indétermination initiale de la capacité d'institution de nouvelles normes biologiques.[94] » Ou en d'autres termes : la possibilité et la liberté d'exhiber des comportements privilégiés et d'agir normativement sur son milieu.

Pour résumer, Canguilhem ne conçoit pas les concepts de santé et de maladie comme des contraires, à la différence du modèle traditionnellement admis qui présente le premier comme l'absence du second. La maladie n'est rien d'autre qu'une physiologie déviée, et amoindrie, vis-à-vis d'une physiologie plus saine. Le critère pour évaluer cela est un critère individuel d'adaptation au milieu ; par conséquent, la frontière entre normal et pathologique est qualitative et relative d'un individu à l'autre, mais absolue lorsqu'il en va d'un seul et même individu. Une plus grande santé semble être apparentée à une certaine liberté, une plus grande stabilité et un plus grand nombre de possibilités pour l'individu, ce qui n'évoque pas une chose si différente que d'être en accord avec soi-même dans son milieu et avec les buts visés. Le modèle canguilhemien de la santé finit par se rattacher à la tradition plus large de la santé-vérité, comme la santé pourrait finalement s'énoncer comme « la vérité du corps en situation d'exercice [95] », dans le sens où cette expression permet de rendre compte de l'aspiration du concept de santé à se rapporter à l'unité de la vie.

---

[93] CANGUILHEM G., « La santé : concept vulgaire et question philosophique », *op. cit.*, pp.60-61.
[94] CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 129.
[95] CANGUILHEM G., « La santé : concept vulgaire et question philosophique », *op. cit*, p.63.

CHAPITRE 3
LA CONTROVERSE ANGLO-SAXONNE

Une trentaine d'années après les *Essais sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* (1943), le monde de la philosophie de la médecine anglo-saxonne est traversé par une controverse dont les partis tenants n'auront pas toujours eu connaissance des travaux de Canguilhem – ou bien tardivement[96]. Cette controverse prend naissance dans les années 70 avec la publication par le philosophe américain Christopher Boorse d'une série d'articles dans lesquels il défend l'existence de concepts théoriques et objectifs de santé et de maladie qu'il définit dans le sillon de la science médicale occidentale, la physiologie. De là, la controverse a pris la forme d'une critique de sa position dite « naturaliste » par des intervenants qui posent la question de la part de jugements de valeurs et des normes dans la formation de ces concepts médicaux. Elle s'est polarisée notamment autour de deux positions dominantes, celle de Boorse et celle de Tristram Engelhardt, principal alternative à la première et représentant pour nous de la position dite « normativiste ».

Dans ce qui suit, nous ne maintiendrons pas l'opposition entre « naturalisme » et « normativisme », suivant l'exemple d'Elodie Giroux et de Maël Lemoine[97]. La raison en est double. D'une part, ces catégories sont finalement assez équivoques vis-à-vis de ce qu'elles prétendent désigner : ce qui est entendu par « valeurs » et par « normes » est très pluriel, et il n'est pas si simple d'identifier où se situe une théorie par rapport à d'autres en se basant sur l'opposition entre le naturalisme qui se revendique dénué de

[96] GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II*, *op. cit.*, pp.7-8.
[97] *Ibid.*, p.14.

jugements de valeurs et fondé exclusivement sur des normes biologiques et/ou statistiques (en l'absence de lois), et normativisme, plus prompt à identifier les normes et jugements de valeurs déjà présents intrinsèquement dans le jugement scientifique. Par ailleurs, argumentent Giroux et Lemoine, l'opposition entre naturalisme et normativisme apparaît quelque peu artificielle et réductrice vis-à-vis des questions par ailleurs soulevées à l'occasion de cette controverse, qui vont bien au delà de ce qui a été mentionné dans le cadre de la place des valeurs et des normes. Ces questions concernent notamment la définition et la définissabilité des concepts de santé et de maladie, « les relations logiques entre ces concepts et […] leur univocité pour le somatique et le mental et pour les êtres humains, les animaux et les plantes[98]. »

Il semblerait qu'en présentant la controverse à la lumière d'une distinction entre des types de définitions de la santé, les enjeux apparaissent de façon plus limpide. Par « type de définitions », nous entendons faire référence aux fins poursuivies par la définition, selon que celle-ci mette en avant les *déterminants biologiques* de la santé et de maladie ou leurs *déterminants pratiques*. Après une exposition synthétique de la théorie bio-statique de Boorse et de la théorie pragmatique de Engelhardt illustrant respectivement les conceptions biologiques et pratiques de la santé et de la maladie, nous nous pencherons encore sur la théorie *holistique* de la santé et de la maladie proposée par Lennart Nordenfelt, présentant une approche originale qui fournira des clés précieuses pour appréhender dans le chapitre suivant les tentatives de *définition positive* de la santé.

---

[98] *Idem*.

CONCEPTION BIOLOGIQUE DE LA SANTE ET DE LA MALADIE

Avec son article « Le concept théorique de santé[99] », initialement publié en 1977, Boorse défend que « le concept médical de la santé comme absence de pathologie [*disease*] est une notion théorique indépendante des valeurs[100]. » En soutenant cette thèse, l'auteur veut s'opposer à deux conceptions dominantes qu'il identifie dans la littérature de son époque : d'une part, les tenants d'un concept de santé nécessairement entremêlé de jugements de valeurs – et donc soumis aux variations historiques et culturelles des normes en vigueur dans une société donnée –, d'autre part, les tenants d'un *concept positif* de santé, pour qui la santé irait au-delà de l'absence de pathologie. Boorse étudie les problèmes que posent de telles conceptions de la santé, et veut leur opposer « un concept théorique et scientifique [de santé] qui permettrait de clarifier les controverses, d'établir un garde-fou contre le relativisme[101] » pour éviter ainsi « la subversion de la médecine par la rhétorique politique ou une excentricité normative[102]. »

Boorse développe une théorie dite « objectiviste » ou « naturaliste », que Nordenfelt baptise « théorie bio-statistique » – appellation que Boorse reprendra à son compte –, qui se veut correspondre au concept de santé utilisé en physiologie, c'est-à-dire le concept générique de santé que l'on trouve au fondement de la médecine occidentale. L'auteur l'énonce comme suit :

---

[99] BOORSE C., « Le concept théorique de santé » dans GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II.*, *op. cit.*, pp.61-119. Trad. Elodie Giroux. Première parution : BOORSE C., « Health as a Theoretical Concept », *Philosophy of Science*, 44, 1977, pp.542-573.
[100] BOORSE C., « Le concept théorique de santé », *op. cit.*, p.61.
[101] GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II*, *op. cit.*, pp.54.
[102] BOORSE C., « A rebuttal on Healt » dans HUMBER J.M., ALMEDER R.F. (éd.), *What is Disease ?*, Totowa, Humana Press, 1997, p.101. Trad. Elodie Giroux. Cité dans GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II.*, *op. cit.*, pp.54.

> Si l'on fait exception des traumatismes environnementaux universels, les pathologies sont des états internes qui réduisent une capacité fonctionnelle en dessous des niveaux typiques de l'espèce. Comprise comme absence de pathologie, la santé est donc la normalité statistique du dysfonctionnement, c'est-à-dire la capacité d'accomplir toutes les fonctions physiologiques typiques avec, au minimum, un niveau d'efficacité typique. [103]

La théorie bio-statistique de Christopher Boorse

L'énoncé que nous venons de lire s'appuie, pour définir la pathologie et la santé, sur deux notions fondatrices : la *fonction biologique* et la *normalité statistique*. La première invoque une notion de fonction indépendante des valeurs et se veut donc non normative : la notion de *fonction biologique* sert seulement à désigner *des contributions causales à un but* – est entendu, dans le cas des êtres vivants, la survie et la reproduction, déclinables de façon plus large comme survie de l'individu, de l'espèce ou des gènes, la compétence reproductive individuelle, l'équilibre écologique de l'écosystème, etc. [104] L'importance qu'a la notion de fonction traduit l'héritage de notions téléologiques et typologiques typiques de la biologie aristotélicienne, dont Boorse note que bien que ces notions soient souvent considérées avec suspicion, elles font encore pleinement partie de la réflexion informelle dans les sciences de la vie. Sa contribution veut redonner une place acceptable à de telles notions.

La clé de voûte de la théorie se trouve dans cette affirmation : « la nature de l'espèce est le *design* fonctionnel qui se révèle empiriquement lui être typique[105]. » Autrement dit : chaque espèce est dotée par nature d'un certain arrangement typique des parties de l'organisme de manière à ce que des fonctions soient réalisées. Le concept de fonction biologique non normative est couplé ainsi à un concept de *normalité statistique*, définissant ce qui est « typique » pour l'individu, relativement à son espèce

---

[103] BOORSE C., « Le concept théorique de santé », *op. cit.*, p.83.
[104] *Ibid.*, p.87.
[105] *Ibid.*, p.85.

ou à une certaine classe de référence. La *normalité statistique* sert ainsi à identifier « la contribution *habituelle* d'un trait au sein d'une population ou classe de référence, par exemple, l'espèce[106]. » L'intuition sous-jacente est que le normal est naturel[107] et que « les pathologies sont des états étrangers à la nature de l'espèce[108]. »

L'originalité de la théorie bio-statistique de Boorse est le couplage de la normalité statistique avec une conception non normative de fonction biologique. La normalité statistique ne constitue par elle-même un critère nécessaire et suffisant de distinction du normal et du pathologique : en effet, certaines pathologies sont statistiquement normales (pensons aux caries, pour ne citer qu'elles) et certains traits parfaitement sains sont statistiquement anormaux (comme le groupe sanguin « O » ou encore les cheveux roux). L'articulation des normes statistiques avec la fonctionnalité biologique permet d'identifier ce qui s'identifie à un dysfonctionnement non typique, qui devient ici le critère du pathologique.

C'est sur base de ces deux principes que l'auteur soutient les thèses suivantes :

1. La *classe de référence* est une classe naturelle d'organismes ayant un *design* fonctionnel uniforme ; spécifiquement un groupe d'âge, d'un sexe et d'une espèce.

2. Une *fonction normale* d'une partie ou d'un processus chez les membres de la classe de référence est la contribution statistiquement typique qu'elle fait à la survie et à la reproduction de l'individu.

3. Une *maladie* est un type d'état interne qui est soit une altération d'une capacité fonctionnelle normale, c'est-à-dire la réduction d'une ou de plusieurs capacités fonctionnelles en dessous de l'efficacité typique, soit une limitation de la capacité fonctionnelle causée par des agents environnementaux.

---

[106] *Ibid.*, p.88.
[107] *Ibid.*, p.85.
[108] *Ibid.*, p.61.

4. La *santé* est l'absence de maladie.[109]

Grace à la normalité statistique, la distinction entre le typique et le non-typique pour une classe de référence devient en théorie claire, tout en tolérant des écarts statistiquement normaux entre des individus d'une même classe, identifiée par Bernard comme l'idiosyncrasie du vivant. Le pathologique est ainsi l'envers du normal et la maladie l'envers de la santé, étant entendu qu'ils sont des ensembles statistiques par définition réciproquement exclusifs. Néanmoins, il faut distinguer entre « pathologie » [*disease*] et « maladie » [*illness*], qui renvoient à des dimensions différentes. Est pathologique « l'état d'un individu qui interfère avec, ou empêche, le fonctionnement normal d'un des organes ou système d'organes de cet individu [… c'est-à-dire] la contribution typique dans l'espèce de cet organe aux buts biologiques que sont la survie de l'individu et la survie de l'espèce [la reproduction][110] ». La pathologie est dès lors comprise dans un sens large qui dépasse l'usage habituel qui est fait en médecine de la notion de maladie : traumatismes, malformations, déficiences, blessures, handicaps etc. sont inclus dans ce concept de « pathologie » élargi. Un scientifique pourrait déceler une pathologie sans pour autant que son porteur soit *malade*. La maladie, pour sa part, se déclare quand une personne « a une pathologie qui est assez sérieuse pour la priver de certaines capacités, qui est donc indésirable pour cette personne et qui requiert un traitement[111]. »

---

[109] BOORSE C., « A rebuttal on health », *op. cit.*, pp.7-8. Dans une version précédente de la définition, la santé était développée avantage : « La santé est pour un membre de la classe de référence est la *capacité fonctionnelle normale* : la disponibilité [*readiness*] qu'a chaque partie interne de l'organisme pour accomplir ses fonctions normales à des occasions typiques avec, au minimum, un niveau d'efficacité typique. » dans BOORSE C., « Le concept théorique de santé », *op. cit.*, pp.85-86.
[110] NORDENFELT L., « Action, capacité et santé » dans GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II*, pp.271-272.
[111] *Ibid.*, pp.272-273.

Bien que la théorie bio-statistique de Boorse se veuille expliciter rigoureusement la conception de la santé qui sous-tend la physiologie, elle n'échappe pas à quelques difficultés.[112] Tout d'abord, elle postule qu'il y ait suffisamment d'uniformité au sein d'une espèce pour pouvoir identifier un *design* statistiquement typique. Ce *design* propre à l'espèce est une abstraction qui, quoique claire sur le plan théorique, prend des formes pour le moins vagues et arbitraires dans la pratique lorsqu'il s'agit d'évaluer statistiquement ce qui est fonctionnel ou dysfonctionnel. L'intuition suivant laquelle il existe une certaine ressemblance qualitative des traits naturels ou un *design* homogène au sein d'une espèce serait par ailleurs durement critiquée du point de vue des théories de l'évolution, qui mettent plutôt en avant l'hétérogénéité et le lien généalogique comme trait distinctif de l'espèce. Les notions de santé et de maladie seront aussi toujours relatives à une espèce donnée, et sont limitées de fait à des traits qui peuvent constituer une base statistique suffisamment homogène pour identifier le typique de l'atypique vis-à-vis d'une certaine fonction. Les traits qui font l'objet d'une trop grande variété au sein d'une espèce ne peuvent dès lors être retenus comme critères pour la santé.

> Cette comparaison présuppose qu'il y a suffisamment d'uniformité dans l'espèce pour qu'il y ait un design de l'espèce statistiquement typique. Quand cette uniformité est mise à mal – comme dans le cas de traits polymorphiques ou de traits distribués de manière continue : la couleur des yeux, le type sanguin, la taille, le métabolisme ou encore la constitution morphologique – aucune variante de ce trait ne peut constituer un critère pour la santé. [113]

Par ailleurs, la définition prétendument non-normative de la fonction de l'espèce humaine en termes de survie et de reproduction a été également critiquée, tout comme le critère de dysfonctionnement, jugé ni suffisant ni nécessaire pour différencier le

---

[112] GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II*, *op. cit.*, pp.57-59.
[113] BOORSE C., « Le concept théorique de santé », *op. cit.*, p.99.

normal du pathologique par ceux qui soutiennent qu'on ne peut faire l'économie d'un jugement de valeur.

CONCEPTION PRATIQUE DE LA SANTE ET DE LA MALADIE

Face à une conception biologique de la santé et de la maladie, des philosophes que l'on aurait tendance à qualifier de « normativistes » insistent sur la part disent-ils irréductible des jugements de valeurs dans la définition de la santé et de la maladie. Pour ceux-là, les concepts de santé et de maladies sont des concepts pratiques, qui incitent à l'action ou qui dépendent des normes d'action d'individus dans une société.

La théorie pratique de Tristram Engelhardt

Dans un article[114] initialement publié en 1975, Engelhardt défend l'ambiguïté intrinsèque des concepts de santé et de maladie, irréductiblement explicatifs *et* évaluatifs à la fois. Ceux-ci sont selon lui utilisés simultanément pour décrire un phénomène *et* pour prescrire un certain type d'action, c'est-à-dire qu'ils servent notamment à définir le champ d'application de la médecine. La conception pratique de la définition de la santé et de la maladie soutenue par Engelhardt partira des fonctions qu'ont ces définitions dans la société : son approche n'est donc ni naturaliste ni relativiste, mais tente de réconcilier les deux en rendant compte de la variabilité historique et culturelle des nosographies tout en fixant une limite pragmatique de ce qui peut être légitimement considéré comme maladie ou non.

> Le concept de maladie est utilisé pour rendre compte de troubles physiologiques et psychologiques (ou comportementaux). Il permet d'opérer des généralisations à partir d'agencements [*patterns*] de phénomènes que nous trouvons perturbants et déplaisants.

---

[114] ENGELHARDT T., « Les concepts de santé et de maladie » dans GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II*, *op. cit.*, pp.231-258. Trad. de Fabrice Gzil. Première parution : ENGELHARDT T., « Concepts of Health and Disease », *Philosophy and Medicine*, 1, 1975, pp.125-141.

> C'est un schème général permettant d'expliquer, prédire et contrôler des dimensions de la condition humaine. Il empiète sur d'autres concepts qui sont politiques, sociaux, éducatifs et moraux. [115]
>
> […] Il délimite et établit des rôles sociaux, comme le fait d'être malade ou d'être médecin, et il connecte ces rôles à un réseau d'attentes structuré par des droits et des devoirs. [116]

Le concept de maladie sert ainsi à établir un diagnostic, un pronostic et un traitement pour les phénomènes jugés perturbants et déplaisants. Il est ainsi conçu, selon la formule de Giroux et Gzil, comme un « schème explicatif [qui] rend *épistémologiquement* possible – et par là *moralement* nécessaire – l'intervention du médecin[117]. » Faut-il entendre alors que n'importe quel phénomène peut entrer dans l'ensemble des maladies par le seul fait d'être perturbant ou déplaisant ? Evidemment, l'extension du concept de maladie se heurte à des limites. Nous en recensons deux dans l'article de Engelhardt.

La première est liée à la notion de santé. La santé ne se présente pas ici comme le strict vis-à-vis de la maladie, mais plus largement comme un *idéal régulateur*. L'auteur reconnaît la tentation de définir la santé comme le fait Boorse – dans les termes de *capacité à réaliser les fonctions qui permettent à un organisme de se maintenir dans l'éventail des activités accessibles à la plupart des autres membres de son espèce* –, mais estime cette définition trop réductrice : Que sacrifie-t-on à faire de la survie et la reproduction la fin de l'être humain ? Qu'en est-il des visions particulières du bien-être que chacun peut vouloir poursuivre ? Faudrait-il considérer que passé l'âge de la fécondité, un individu ne serait automatiquement plus en bonne santé ? Au lieu de se confronter à la difficulté (voire l'impossibilité) de réconcilier les

---

[115] *Ibid.,* p.234.
[116] *Ibid.,* p.235.
[117] GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II*, *op. cit.*, p.225.

différentes normes dans une définition unifiée, Engelhardt opte plutôt pour une définition de la santé comme idée régulatrice orientant l'action du médecin vers le *télos*[118] de l'entreprise médicale, qui est l'autonomie de l'individu, c'est-à-dire sa santé, dans le sens qu'elle est sa liberté vis-à-vis de l'entrave de la maladie – et non pas de *toutes sortes* d'entraves. La santé vise à rappeler que ce sont les entraves de forces psychologiques et physiologiques, soit de maladies, qui doivent intéresser le médecin, et non pas des déviances ou des infractions vis-à-vis de règles morales ou politiques.

> L'effort de la médecine pour libérer les individus des entraves de forces psychologiques et physiologiques, qui seraient sinon incontrôlables, est au centre du concept de santé. Ce concept aide à définir le concept de maladie en fournissant le *télos* de l'entreprise médicale. Les concepts de maladie [*disease*], comme on l'a montré, sont des concepts pragmatiques dont la vérité se trouve dans l'action visant à éliminer l'état de souffrance [*illness*] et à rétablir la santé. [119]

La deuxième limite à l'extension du concept de maladie est liée au fait que définir un phénomène comme une maladie ou non tient finalement plus d'un choix pragmatique que de l'application rigoureuse d'une théorie scientifique. Ce qui sera entendu ou non comme une maladie sera inévitablement influencé par des valeurs sociales et par ce qui est reconnu comme un but socialement désirable. Par exemple, ce sont des valeurs sociales qui nous font dire que la grossesse ou le vieillissement ne sont pas des maladies, bien que ces derniers soient associés à une certaine morbidité voire mortalité[120].

> Les multiples facteurs présents dans la maladie coronarienne suggèrent que la maladie pourrait être interprétée alternativement comme une maladie génétique, métabolique, anatomique, psychologique ou sociologique, selon que l'on est généticien, interniste,

---

[118] Le mot « *télos* » peut être entendu ici dans le double sens de *but* et de *limite*, comme le soulignent Giroux et Gzil dans GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II*, *op. cit.*, p.225.
[119] ENGELHARDT T., « Les concepts de santé et de maladie », *op. cit.*, p.255.
[120] *Ibid.,* p.252.

> chirurgien, psychiatre ou agent de santé publique. L'interprétation dépendra de l'appréciation par un scientifique donné des variables qui sont les plus accessibles à ses manipulations.[121]

C'est donc toujours en relation à un contexte et sans perdre de vue l'action à laquelle un diagnostic médical engage qu'il sera jugé comme « plus ou moins judicieux, pertinent ou approprié de parler de maladie à propos d'un état[122]. » Dans une publication subséquente, Engelhardt proposera même d'abandonner le terme de « maladie » pour parler plutôt de « problème clinique », de façon à faire apparaître de façon plus claire l'enjeu pratique impliqué par ce concept.

Par conséquent, les concepts de santé et de maladie ne sont pas symétriques, dans la conception soutenue par Engelhardt. Le concept de maladie sert plutôt de schème causal servant à la fois à établir un diagnostic, un pronostic et une thérapie, s'appliquant à une multitude de phénomènes par ailleurs explicables de multiples autres façons, dont il est jugé qu'il est judicieux de les traiter comme des maladies. Et si il existe de nombreuses maladies, il n'existe qu'une santé, surplombant nos entreprises comme l'idéal régulateur d'une certaine forme d'autonomie.

La théorie holistique de Lennart Nordenfelt

Un autre exemple d'approche pratique de la définition de la santé et de la maladie est celle de Lennart Nordenfelt[123]. Cette théorie revêt une certaine originalité car elle repose d'abord sur une philosophie de l'action et bien qu'elle contribue également au

---

[121] *Ibid.,* p.245.
[122] GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II*, *op. cit.*, p.227.
[123] Voir NORDENFELT L., « Action, capacité et santé » dans GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II.*, *op. cit.*, pp.265-296. Trad. Marion Le Bidan et Denis Forest. Première parution (dont sont tirés les extraits) : NORDENFELT L., *Action, ability and health. Essays in the philosophy of action and welfare*, Dordrecht, Kluwer, 2000.

traitement de la question en philosophie de la médecine, ses définitions de la santé et de la maladie que propose l'auteur ne sont *a priori* pas des concepts médicaux. L'approche adoptée pour qualifier la santé est celle de la capacité à agir, par le biais de la question « quels sont les buts qu'une personne en bonne santé doit être capable de réaliser à travers ses actions ?[124] » :

> De quoi une personne en bonne santé doit-elle être capable ? Quelles sont les incapacités qui conduisent une personne à s'estimer incapable de quelque chose ? A la suite de quelles incapacités recherche-t-elle une prise en charge médicale ? Et quelles sont les incapacités qui justifient que le système de santé publique prenne en charge cette personne ?[125]

Nordenfelt identifie comme caractéristique essentielle à l'identification de la maladie la notion d'incapacité. Notons la différence entre l'approche fonctionnelle de Boorse et l'approche des capacités de Nordenfelt : dans la première, la santé dépend de l'exécution d'un certain processus physiologique, c'est-à-dire de la capacité pour un organe ou un système d'organes d'accomplir les fonctions physiologiques typiquement réalisées par les mêmes organes dans les individus appartenant à une même classe de référence ; dans la seconde, la santé ne dépend plus prioritairement de la physiologie, mais des capacités de l'*individu*, entendu comme *agent*, à réaliser des actions qui constituent ses *besoins vitaux*. Le point focal n'est plus la mise en évidence des fonctions physiologiques vitales ou typiques qui doivent être réalisées, mais les *buts* poursuivis par l'agent, qui ne sont pas nécessairement la survie ou de la reproduction.

---

[124] NORDENFELT L., « Action, capacité et santé », *op. cit.*, p.277.
[125] *Ibid.*, p.276

De quoi une personne en bonne santé doit-elle dès lors être capable ? S'il s'agit de réaliser ses « besoins vitaux », quels sont-ils ? Nordenfelt répond à cela en invoquant une notion très spécifique de *bonheur*.

> Ma propre solution au problème de la caractérisation [des buts liés à la santé] repose sur la notion de bonheur. Je dirais que les buts vitaux d'une personne sont *les états de chose qui sont tels qu'ils sont nécessaires et conjointement suffisants pour un bonheur minimal du sujet sur le long terme*.[126]
>
> […] Le bonheur, comme je le comprends, est relié conceptuellement aux volitions et buts des êtres humains. Quelqu'un est heureux du fait que ses souhaits et ses buts se réalisent, ou sont sur le point de se réaliser. […][127]

Les besoins ou buts vitaux sont ainsi les conditions d'un bonheur minimal. Ils peuvent s'entendre de deux manières : soit dans les termes « d'aspirations fondamentales des individus dans leurs projets de vie[128] », soit dans les termes de conditions d'une vie acceptable. Il y a donc d'une part la prise en compte d'une volition, qui ne doit pas nécessairement être explicite et consciente[129], mais qui s'applique de façon générale à la vie que nous souhaiterions mener sur le long terme. De cette manière, Nordenfelt admets que « A est heureux si et seulement si A veut que ses conditions de vie soient exactement comme A découvre qu'elles sont [et] A est plus heureux dans une situation qui contient X que dans une situation qui contient Y, [si et seulement si] A préfère la situation où X à la situation où Y[130]. » Le bonheur résulte donc d'une certaine adéquation entre les aspirations et les conditions réelles d'existence. D'autre part, la réalisation des besoins vitaux participe du rassemblement des conditions minimales d'une vie acceptable. Si les conditions minimales d'une vie acceptable ne sont pas

---

[126] *Ibid.,* p.284.
[127] *Ibid.,* p.285.
[128] GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II*, *op. cit.*, p.260. Et les commentateurs d'ajouter : « […] telle que par exemple peut la procurer la vie professionnelle dans des sociétés comme les nôtres. »
[129] NORDENFELT L., « Action, capacité et santé », *op. cit.*, p.285.
[130] *Ibid.,* p.289.

remplies, alors l'individu sera malheureux. L'auteur ne donne pas de détermination plus précise de ce en quoi consiste une vie *acceptable* autre que l'appréciation de la personne concernée, étant entendu qu'il s'agit de conditions d'un bonheur minimal.

Pour récapituler, une personne en bonne santé sera capable de réaliser ses besoins vitaux, c'est-à-dire *les états de choses qui sont tels qu'ils sont nécessaires et conjointement suffisants pour un bonheur minimal du sujet sur le long terme*, ce qui comprend à la fois le fait de mener une vie acceptable et de réaliser ses projets de vie. Naturellement, la possibilité que nous avons de réaliser ces buts vitaux ne dépendent pas que de nous, mais aussi de circonstances, des moyens que nous avons à notre disposition – autrement dit : d'un contexte. C'est pourquoi Nordenfelt trace une distinction entre les capacités de premier ordre, ou capacités réelles d'exécuter une tâche socialement valorisée, et les capacités de second ordre, qui correspondent à la capacité à acquérir une capacité de premier ordre[131].

> La capacité de second ordre peut être rapprochée de celle d'aptitude [*capability*] biologique de l'homme. Cependant, cette notion ne doit pas nous faire perdre de vue la relation de toute action à un environnement. Dire que A a la capacité de premier ordre de suivre un programme d'entrainement avec succès présuppose un ensemble de circonstances ordinaires. On peut concevoir que certaines personnes, si elles étaient engagées dans des programmes de formation très poussés et très coûteux, pourraient atteindre la capacité de premier ordre désirée. Mais si de tels programmes ne sont pas disponibles ou s'ils n'ont même pas encore été conçus, ces personnes ne peuvent pas faire partie de celles auxquelles on attribue la capacité de second ordre correspondante. [132]

La santé correspond pour Nordenfelt à une capacité de second ordre : « être en bonne santé, c'est avoir la capacité de second ordre de réaliser ses buts vitaux[133] », que nous pourrions entendre, en la mariant avec l'extrait retranscrit plus haut : « la santé peut être rapprochée d'une aptitude biologique de l'homme » – et nous disons « peut être

---

[131] *Ibid.,* pp.268-269.
[132] *Ibid.,* p.269.
[133] *Ibid.,* p.277.

rapprochée », parce qu'elle ne s'y limite pas : elle dépend également des circonstances dans lesquels l'individu évolue et des buts qu'il cherche à atteindre. Ainsi, la conception que nous aurons de la santé dépendra très pragmatiquement du niveau de progression de la recherche médicale, de l'existence d'outils thérapeutiques, et même de la disponibilité de ceux-ci. Qu'un individu soit jugé sain ou malade sera pragmatiquement conditionné par le milieu dans lequel il évolue, par les exigences qui lui sont associées, par la disponibilité réelle des traitements, ou encore par les politiques de santé publiques en vigueur. Une illustration typique de cela est l'accessibilité des soins dentaires : d'une région A où les soins dentaires sont facilement accessibles à une autre, la région X où tel n'est pas le cas, les attentes de la population concernant l'hygiène dentaire prendront des formes différentes. Ces attentes donneront lieu à des buts plus ou moins élevés et à un niveau de satisfaction variable : l'individu B vivant dans la région A aura des attentes plus hautes et un niveau d'exigence plus élevé pour sa santé bucco-dentaire que l'individu Y vivant dans la région X. Il est vraisemblable que B ait dans l'absolu une bien meilleure dentition que Y, mais dans son contexte, Y pourrait ne pas avoir à se plaindre de l'état de la sienne. Néanmoins, si Y déménageait dans la région A, gagnant l'accès à des soins dentaires, Y pourrait élever le niveau de ses attentes et voir croître en lui une insatisfaction de l'état de ses dents.

En conclusion, la santé de A sera relative au contexte dans lequel A évolue, à ses buts vitaux et à ses capacités à les réaliser. La maladie, pour A, sera « *quelque* cause interne » qui compromet sa capacité à réaliser ses buts vitaux[134]. » Ces causes internes, qui causent des ennuis à la santé, Nordenfelt constate qu'il s'agit souvent de

[134] *Ibid.,* p.294.

pathologies [*disease*], de *traumatismes* ou de *déficiences*, auquel cas la maladie est une forme *médicale* de maladie. Mais il ne s'agit là que d'un type particulier de maladie.

CHAPITRE 4
LA SANTE POSITIVE

Parallèlement aux discussions philosophiques dont nous avons tenté de rendre compte dans les chapitres précédents, l'Organisme Mondial de la Santé se dote, en 1946, d'une définition *positive* de la santé en guise de constitution. N'entendons pas par « définition positive » seulement une définition qui ne se limiterait pas strictement à dépeindre la santé dans l'absence de la maladie : nous avons déjà rencontré dans les chapitres précédents de pareils cas, soit que l'un et l'autre ne soient pas opposés, comme chez Canguilhem, soit que le concept de santé soit défini pratiquement et distinctement de celui de maladie comme chez Engelhardt où il s'agit d'un idéal régulateur, ou chez Nordenfelt où il s'agit d'une *capacité de second ordre de réaliser ses buts vitaux*. Ce que nous entendrons ici par définition positive de la santé, c'est une définition de la santé qui étende positivement le domaine de la santé et ce de deux façons ; nous pourrions dire *quantitativement*, en ce qu'elle fait usage d'une définition *instrumentale* et non *intrinsèque* de la santé (à l'instar des définitions que nous avons explorées jusqu'à présent), et *qualitativement*, en ce qu'elle ouvre du même coup la possibilité d'une santé qualitativement plus grande, « au-delà de l'absence de pathologie ».

Santé intrinsèque et santé instrumentale

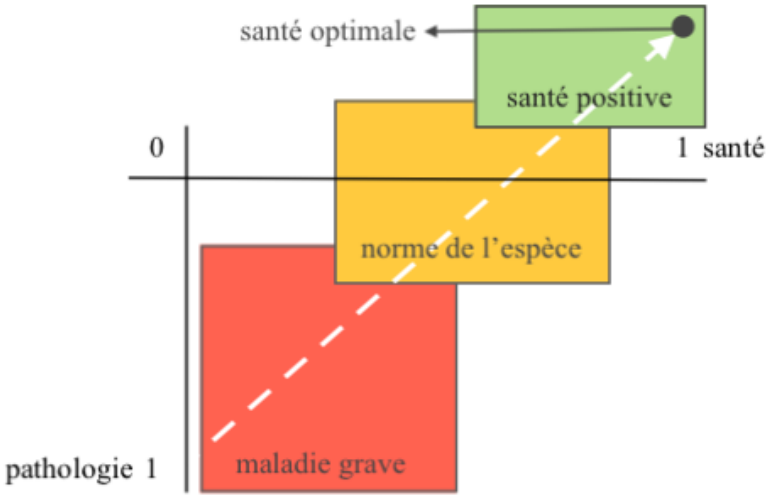
La distinction entre *santé intrinsèque* et *santé instrumentale* repose en ceci : le deuxième ne s'arrête pas à la distinction entre ce qui est sain et ce qui est pathologique, mais ajoute une dimension de supplémentaire en prenant en compte « ce qui tend à produire une pathologie » et qui n'en est pourtant pas encore une. Fumer,

par exemple, n'est pas en soi une maladie, mais augmente les chances de développer un certain nombre de pathologies, parmi lesquelles un cancer au poumon. Une personne qui fume sera considérée, du point de vue instrumental, en moins bonne santé que quelqu'un qui ne fume pas, *ceteris paribus*. L'hygiène de vie et un certain nombre d'états de faits désignés comme plus ou moins sains ou malsains permettent d'étendre d'un point de vue instrumental la portée du concept de santé. Jusqu'où ? Il est des caractères de fait exclus de cette évaluation car ils sont inopérants sur la santé, comme le fait d'être de groupe sanguin AB ou O ; néanmoins ceux-ci seront exclus seulement aussi longtemps qu'il n'a pas été prouvé qu'il en va de quelque chose en matière de santé ou de pathologie pour ces caractères. Ainsi, posséder un appendice est tout à fait naturel et non pathologique, mais génère la possibilité d'attraper l'appendicite. D'un point de vue instrumental, on pourrait considérer que le fait de posséder un appendice est « plus malsain » que de ne pas en posséder un.[135]

Entre le pathologique et le sain se dessine ainsi un continuum complexe, que détermine un nombre potentiellement infini de facteurs prenant en compte des critères aussi variés que le patrimoine génétique (par exemple au niveau de la qualité de la constitution), l'hygiène de vie (pratique du sport, qualité du sommeil), la qualité de l'environnement (pollution) ou les choix individuels (don d'organe, mutilation). Ce continuum pourrait nous laisser penser qu'il existe quelque part un état optimal qui correspondrait à l'état de l'individu lorsqu'il se tient au plus éloigné de la pathologie. C'est ce que visent les partisans de la santé positive : une santé que l'on peut améliorer de multiples manières, probablement à l'infini, jusqu'à atteindre cet état optimal – qui n'est lui-même rien d'autre qu'un idéal.

---

[135] BOORSE C., « Le concept théorique de santé », *op. cit.*, p.82.



La différence entre l'idéal régulateur que figure la santé dans la théorie d'Engelhardt et l'état de santé optimal dont il est question ici, malgré le fait que tous deux soient des idéaux, est que le deuxième est défini de manière beaucoup plus précise que le premier, à la manière de préférences pour un agent rationnel. On dira qu'on préfèrera être en forme et avoir un bas taux de cholestérol plutôt qu'être en surpoids et diabétique, avoir des os solides plutôt que cassants, un métabolisme efficace et résistant plutôt qu'une foule d'allergies et des crampes, et ainsi de suite. De l'autre côté, la santé chez Engelhardt ne représentait rien de plus qu'une idée régulatrice de relative autonomie et de liberté vis-à-vis d'entraves psychologiques et physiologiques entendues comme « maladies » – c'est-à-dire que la santé n'y était encore que l'*autre* de la maladie, sa frontière extérieure, mais pas un territoire dans lequel il est possible de s'avancer.

Santé instrumentale et santé positive

Dans l'optique de la santé positive, la question de la santé dépasse la seule question de la pathologie puisqu'elle continue positivement au-delà de l'absence de cette dernière.

La santé positive va donc plus loin que la santé instrumentale même s'il existe d'apparentes zones de recouvrement. Dans le cadre de la santé instrumentale, la santé est encore liée à la question de la pathologie mais celle-ci est posée à une échelle plus grande qu'envisagé jusqu'à présent : l'échelle de toute la durée de la vie. La santé instrumentale que l'on pourrait vouloir dire positive vise ainsi à repousser la pathologie dans l'absolu, et pour ce faire, il n'est *a priori* de paramètre qui ne pourrait pas être pris en compte. Or, dans son sens fort, la santé positive ne se mesure plus à l'étalon de la maladie, mais à l'étalon de la santé optimale. Boorse expose :

> Si l'on juge que les personnes en forme physique sont en meilleure santé simplement parce qu'elles ont moins de probabilité d'attraper une pathologie, alors la santé positive n'est pas autre chose que la santé instrumentale. L'idée impliquée ici est l'absence de pathologie sur toute la durée de la vie et la forme physique est alors valorisée comme un moyen pour cette fin. *On a vraiment une conception positive de la santé quand la forme physique n'est pas seulement appréhendée comme l'effet secondaire d'une plus grande résistance à la maladie mais comme constituant elle-même une meilleure santé*.[136]

Boorse identifie trois conceptions différentes au sein de la santé positive[137] menant à des conclusions variables sur le type de santé optimale visée. Dans la première conception, la *conception potentielle-individuelle*, le but est de développer ses capacités individuelles propres de la manière la plus complète possible. Selon la seconde, la *conception potentielle-spécifique*, l'aptitude fonctionnelle typique de l'espèce est érigée en référence pour l'individu, de manière à ce que toute différence d'aptitude entre les membres d'une même espèce soit une différence de santé. Les athlètes olympiques seraient alors, pour nous, humains, le modèle de santé physique. Selon la *conception illimitée*, « toute augmentation des aptitudes fonctionnelles augmentent la santé, même l'acquisition de nouvelles fonctions qui ne sont pas

---

[136] BOORSE C., « Le concept théorique de santé », *op. cit*, p.83. Nous soulignons.
[137] Voir *ibid*., p.111.

typiques de l'espèce[138] ». Nous constatons à travers ces différentes conceptions de la santé positive que l'évaluation de la santé n'y est plus directement liée au risque de maladie, mais plutôt qu'elle est proportionnelle aux aptitudes – ou capacités – de sorte qu'une aptitude supérieure est équivalente à une santé supérieure.

Critique théorique d'une définition positive de la santé

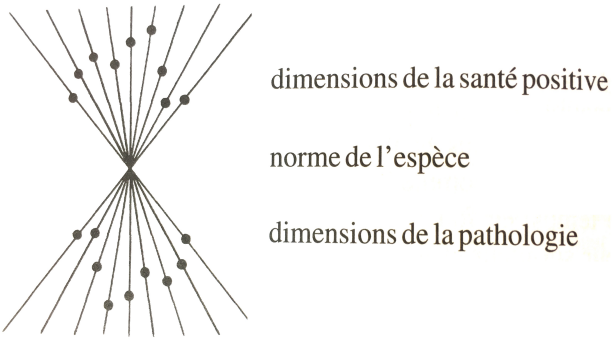
La critique que Boorse adresse au concept de santé positive est développée en trois points[139]. Cette critique part d'une comparaison entre une conception théorique de la santé telle que d'usage en physiologie et cherche à dénoncer le tort causé par une conception positive de la santé sur la cohérence et la pertinence de la notion de santé elle-même.

Le point de départ est le constat « qu'en considérant la santé comme une excellence de type fonctionnel, on la transforme d'un idéal limité en un *idéal illimité*[140]. » Le danger n'est pas qu'un tel idéal soit utopique – car, l'auteur le souligne, l'absence de pathologie l'est également – mais bien que la notion de santé elle-même devienne de cette manière dénuée de sens. Ce premier point est de suite soutenu et amplifié par le deuxième pilier de l'argument, suivant lequel non seulement il n'y aurait plus, avec la santé positive, de *but explicite* à atteindre pour une santé parfaite, mais encore que la direction générale dans laquelle tendre n'apparait pas avec plus de clarté, et ce en raison de la variété des modèles de perfectionnements possibles. En effet, améliorer une aptitude nous *façonne* d'une manière ou d'une autre à partir d'un certain niveau de pratique, comme nous pouvons le constater en comparant la physionomie d'un coureur

---

[138] *Ibid*., pp.109-117.
[139] *Ibid*., p.113.
[140] *Idem.*

de marathon et celle d'un haltérophile. Là se joue une différence majeure entre le rôle de la médecine dans la lutte contre la pathologie et celui avancé par les promoteurs de la santé positive : lorsqu'il s'agit de ramener un individu à une norme médicale définie empiriquement et objectivement, par exemple à partir de la norme de l'espèce, la médecine peut encore faire converger ses efforts thérapeutiques vers un but précis, défini scientifiquement. Ce n'est pas le cas lorsque l'objectif se situe au-delà de cette norme de l'espèce ; la santé positive se présente alors non pas comme « un idéal mais comme un ensemble d'états au sein duquel divers idéaux peuvent être sélectionnés et poursuivis.[141] »



Une décision normative entre un idéal ou l'autre doit alors nécessairement être prise, ce qui sape du point de vue de Boorse la médecine dans la légitimité de ses fondements de science objective et strictement empirique. C'est ce que le troisième point de la critique soulève : la santé positive introduit une dimension idéologique dans la définition de la santé.

> Le concept de santé ne fixe plus ici de limite à ce qui serait, pour une personne, une meilleure santé, il est nécessaire d'ajouter les valeurs de cette personne. Cette implication des valeurs est la différence la plus marquante entre la conception positive de la santé et la conception traditionnelle négative. Notre conception de la pathologie n'avait pas besoin de

[141] *Ibid*., p.115.
*** Figure :** BOORSE C., « Le concept théorique de santé », *op. cit*, p.144.

> jugement de valeur sur les formes de la vie humaine qui sont désirables ou admirables. […] Quand elle est définie comme l'absence de pathologie, la santé ne dépend pas des valeurs, seule la question de savoir jusqu'à quel point nous devons la rechercher en dépend. En revanche, les idéaux de la santé positive ne peuvent pas être découverts, ils peuvent seulement être choisis et défendus. Leur défense soulève des dilemmes éthiques courants sur la vie bonne pour l'être humain, or aucune procédure médicale n'est en capacité de les résoudre. C'est justement cet espoir, pourtant vain, de donner aux valeurs sociales et personnelles l'objectivité de la médecine traditionnelle qui est l'un des attraits majeurs du concept positif de santé mentale.[142]

Dans la suite de ce chapitre, nous étudierons la définition de la santé positive proposée par l'OMS et nous tenterons de l'évaluer à la lumière de la conception pratique de la santé de Nordenfelt que nous avons présenté au chapitre précédent.

La définition de l'OMS : un état de bien-être complet

L'Organisme Mondial de la Santé est créé en 1948 avec la mission de diriger et coordonner les efforts de santé au niveau mondial. Afin d'orienter et de délimiter son action, elle se munit d'une définition de la santé, qui lui fera également office de constitution, devenue notoire :

> La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.[143]

La santé optimale définie ici est donc un « état de bien-être *complet* » – et l'adjectif importe : en précisant les dimensions « physique, mentale et sociale », l'état de *complet* bien-être vise explicitement à recouvrir *toute* l'existence de l'individu, illustrant pour nous l'ambition de la santé positive à s'étendre au-delà des frontières de la physiologie et d'une santé intrinsèque plus proprement médicale. Paradoxalement, la définition de la santé dans les termes du « bien-être » ne semble pas rendre la question de la santé plus simple – tout du contraire. Que devons-nous comprendre

---

[142] *Ibid*., pp.115-116.
[143] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Constitution », New York, 1946.

dans l'horizon idéal de bien-être complet devenu *condition* pour être considéré en *bonne santé* ?

Quarante ans après la création de l'OMS se tient la première Conférence internationale pour la promotion de la santé sur le thème « Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà », qui résulte en la promulgation de la célèbre charte d'Ottawa (1986), convoquée ici afin de préciser le moyen par lequel accéder à cet « état de complet bien-être physique, mental et social » :

> La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et *non comme le but de la vie* ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : *elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu*. [144]

Ainsi, l'individu est encouragé à porter une attention plus grande à sa propre santé et à s'en soucier de manière à mettre en œuvre le nécessaire pour l'améliorer – notons au passage qu'il s'agit d'emblée de « l'améliorer » et non de « l'entretenir » : est visé l'état optimal de santé qui est toujours à promouvoir, ne serait-ce qu'en raison de la dégradation naturelle de la santé au fil des années.

Pour un texte ayant vocation à orienter et préciser l'action de l'OMS, celui-ci frappe du peu de limites qui apparaissent sur la question de l'amplitude de la tâche que représente la promotion de la santé. Celle-ci n'est délimitée que négativement : elle « ne relève pas *seulement* du secteur de la santé » et ne consiste « pas *seulement* à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ». Du reste est

---

[144] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Charte d'Ottawa », Ottawa, 1986. Nous soulignons.

mentionné seulement un but : *le bien-être complet de l'individu*. Aucune délimitation positive ne pourrait circonscrire le rôle de celui qui est en charge de promouvoir la santé. Or, qui donc pourrait définir scrupuleusement ce en quoi consisterait ledit bien-être de l'individu ? Dans l'extrait de la charte mentionné ci-dessus, nous lisons que le bien-être dépend du fait de « *pouvoir identifier et réaliser ses ambitions*, *satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter* ». Difficile de ne pas remarquer que cette caractérisation du bien-être correspond point par point aux définitions pratiques de la santé avancées par Engelhardt et Nordenfelt, ainsi que celle de Canguilhem. La définition de l'OMS dissimulerait-elle l'ambiguïté du concept de santé derrière celle du concept de bien-être, en utilisant un terme pour l'autre ? Engelhardt en tout cas est de cet avis.[145]

Le bien-être continuera par la suite d'occuper une place de plus en plus importante sur l'horizon de la santé, et notamment de la santé mentale, comme en témoigne cette définition plus récente de l'OMS :

> La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, *accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté*. Dans ce sens positif, la santé mentale est le *fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté*.[146]

La santé mentale est définie par rapport aux capacités d'un individu de se réaliser lui-même et d'occuper une place au sein d'une communauté. Cette définition reprend des articulations que nous avons déjà explorées (la réalisation de soi et/ou d'un projet de vie et l'adaptation à un milieu) en y ajoutant la notion de *production*. Comme le résume Mathieu Bellahsen en commentaire de cette définition dans son manuel

---

[145] ENGELHARDT T., « Les concepts de santé et de maladie », *op. cit.*, p.232.
[146] ORGANLISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Aide-mémoire 220. La santé mentale : renforcer notre action », septembre 2010 : BELLAHSEN M., *La santé menale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique, 2014, p.95. Nous soulignons.

consacré à la santé mentale : « La santé mentale permet à l'individu de se produire lui-même (se réaliser), de produire de la richesse (le travail) et de produire du « lien social » dans son environnement proche (sa communauté)[147] ».

Lorsque la santé se laisse définir en fonction du bien-être, il n'est pas surprenant qu'il puisse se former plus généralement un amalgame entre santé et bonheur. C'est ici qu'un éclairage intéressant peut être trouvé dans la comparaison entre la définition de l'OMS et la définition de Nordenfelt, exposée dans le chapitre précédent. En effet, Nordenfelt usait également d'une certaine notion de bonheur pour définir la santé dans l'optique d'une approche pratique de la question.

Critique de la définition de l'OMS

Les conceptions de Nordenfelt et de l'OMS semblent avoir beaucoup de choses en commun : toutes deux proposent une *approche pratique* de la santé, définie relativement au contexte dans lequel évolue l'individu, une *théorie holistique* qui vise à appréhender la santé au-delà d'une approche strictement physiologique ou médicale, et reposant ultimement sur une certaine *appréciation subjective* par l'individu de son propre état. Néanmoins, Nordenfelt donne a sa théorie des formes qui peuvent nous permettre de mettre en évidence certains traits de la définition de l'OMS qui n'apparaissent peut-être pas de façon évidente de premier abord.

Pour rappel, la théorie holistique de Nordenfelt prend sa source dans la question suivante : « Quels sont les buts qu'une personne en bonne santé doit être capable de réaliser à travers ses actions ? » La réponse à cette question affirme qu'une personne en bonne santé doit être capable de réaliser ses besoins vitaux, c'est-à-dire les états de

---

[147] *Idem.*

choses qui sont tels qu'ils sont nécessaires et conjointement suffisants pour un *bonheur minimal* de l'individu sur le long terme, ce qui comprend à la fois le fait de mener une vie acceptable et de réaliser ses projets de vie. Cela implique la prise en compte d'une forme de volition de l'individu sur le type de vie qu'il voudrait mener, étant entendu que le bonheur résulte pour Nordenfelt d'une certaine adéquation entre les aspirations et les conditions réelles d'existence. Néanmoins, la santé ne s'identifie pas à la réalisation de ces buts vitaux car cette dernière dépend également de circonstances extérieures : la santé s'identifie à la capacité de second ordre de réaliser ses besoins vitaux, c'est-à-dire à la capacité d'acquérir grâce aux moyens fournis par le contexte (comprenant notamment les exigences sociales, les dispositifs thérapeutiques et ressources à disposition) la capacité de réaliser ses besoins vitaux.

La théorie de Nordenfelt prend certaines précautions dans la définition de la santé relativement au bonheur dont la définition de l'OMS ne rend pas compte. Premièrement, Nordenfelt liait les composantes de santé et du bonheur sans identifier l'un à l'autre en présentant la santé comme une *capacité de second ordre* correspondant à peu de choses près aux aptitudes biologiques d'un individu compte tenu du contexte dans lequel celui-ci évolue. De l'autre côté, l'OMS identifie directement santé et bien-être, faisant fi de la distinction entre les facteurs internes et externes qui peuvent contribuer à la réalisation du bonheur, ce qui contribue à former une représentation de la santé quelque peu contre intuitive. Si nous suivons jusqu'au bout la logique de l'OMS, un individu en bonne santé est un individu fonctionnel, productif, adapté à son contexte et capable de réaliser ses ambitions. Cela semble très exigeant pour une définition de la santé, particulièrement au niveau des exigences reposant sur le milieu externe à l'individu : il serait plus difficile d'être en bonne santé dans un monde très compétitif. Notre intuition nous dicterait plutôt qu'au sens propre,

un individu qui ne répond pas à tous ces critères pourrait encore être considéré en bonne santé. Les définitions pratiques de la santé prennent le parti de dépasser le simple cadre de la physiologie pour définir la santé, néanmoins dans chacune de ces définitions que nous avons vue dans les chapitres précédents, les auteurs ont pris soin d'évaluer à leur juste valeur les facteurs internes et externes, respectant l'intuition selon laquelle la santé d'un individu est de prime abord quelque chose de propre à la constitution interne de celui-ci.

Le deuxième point sur lequel nous pouvons comparer les deux théories concerne le type de bonheur dont il est question. Le *bonheur minimal* dont parle Nordenfelt correspond aux conditions d'une vie acceptable pour l'individu, étant entendu qu'en deçà de ce seuil d'une vie acceptable, il est justifié de rechercher les causes du malheur pour éventuellement y remédier. A cette occasion sont identifiées des causes qui peuvent potentiellement être traitées par la médecine. L'OMS en revanche part d'une notion de bonheur complet ou optimal pour mesurer ce qui sépare l'individu d'un tel état. Il devient alors difficile de distinguer des maladies à proprement parler, plutôt qu'un ensemble de variables et des moyens pour améliorer celles-ci. Il est également difficile de mesurer l'éloignement vis-à-vis de cet état optimal. Y a-t-il encore un sens à parler de santé dans ce contexte ?

Le troisième point concerne encore le lien entre le bonheur et la santé, mais cette fois au niveau de la relation logique qui les lie. Nous avons vu que la santé est pour Nordenfelt la capacité de second ordre d'accéder au bonheur minimal. La santé est donc un des piliers sur lesquels repose la possibilité du bonheur, une des conditions de la réalisation du bonheur. En suivant la thèse soutenue par l'OMS, la réciproque serait également vraie : le bien-être conditionnerait la santé, de sorte qu'un bien-être complet

soit quelque part condition d'une bonne santé. Encore une fois, cela mène à un concept de santé pour lequel les exigences sont très élevées, et assez contre-intuitif.

Le vis-à-vis entre la définition de l'OMS et celle de Nordenfelt nous a permis d'affiner notre saisie des enjeux et des problèmes découlant de la première. Le rapprochement entre santé et bien-être ou bonheur n'est pas illégitime, seulement une identification de l'un à l'autre paraît emprunter des raccourcis conceptuels coûteux, particulièrement lorsque le bien-être est lui-même associé à un certain épanouissement, une réalisation de soi et une productivité au sein de la société, impliquant de prendre en compte nombre de variables qui ne sont pas directement liés à l'individu en lui-même pour se prononcer sur l'état de santé de celui-ci.

Conclusion

Il est temps désormais de tirer une conclusion de l'étude du concept de santé positive entreprise dans ce chapitre. Pour récapituler, nous avons vu que la santé positive était une conception de la santé qui découlait d'une version instrumentale de la santé, contrairement aux conceptions de la santé intrinsèque que nous avions évoquées à l'occasion des chapitres précédents. Par là, la santé positive étendait le champ de la santé, quantitativement (par l'extension du domaine des variables que la santé est amenée à prendre en compte) et qualitativement (par la promotion d'une santé qui ne serait pas *simplement* l'absence de pathologie, ni *simplement* une norme statistique au sein de l'espèce, mais une forme d'optimisation, une maximisation des aptitudes de l'individu). Nous avons eu l'occasion de questionner la pertinence d'un tel concept de santé, en nous appuyant sur deux familles de critiques : d'une part celles qui émanent d'une conception théorique de la santé, d'autre part celles qui émanent d'une conception pratique de la santé.

CONCLUSION :
UN CHANGEMENT DE REGIME EPISTEMOLOGIQUE ET ETHIQUE PROVOQUE PAR LA DEFINITION POSITIVE DE LA SANTE

Au cours de ces quatre premiers chapitres, nous avons passé en revue plusieurs modèles qui balisent l'horizon de la discussion concernant les définitions de la santé et de la maladie. Nous avons vu les difficultés que posaient les modèles basés sur des lois naturelles universelles et invariables, telles qu'elles étaient recherchées par les positivistes du 19e siècle. A la suite de Claude Bernard et René Leriche, Georges Canguilhem amorce, par son travail sur le normal et le pathologique, la grande discussion qui aura pris de l'importance tout au long de la seconde moitié du 20e siècle. Il y développe une position originale, rapportant les états de santé et de maladie aux variations du comportement de l'individu dans le rapport à son milieu. Nous avons vu qu'une controverse anglo-saxonne est née au même moment, opposant les tenants des conceptions naturaliste et normativiste de la maladie. L'exploration de définitions pratiques de la santé et de la maladie a élargi le domaine dans lequel se posait la question, invitant d'autres sortes de philosophes et de sociologues dans une discussion qui occupait jusque là une majorité de physiologistes, cliniciens et biologistes.

Apparaissent alors deux options : d'une part, il se pourrait que la santé soit un concept purement médical et doive en raison de cela être défini en fonction de l'usage que la médecine peut en faire. Cette première option peut être illustrée par les conceptions de Boorse et de Engelhardt : celui-ci donne explicitement à la médecine le rôle de régulateur de ce qui peut pragmatiquement être considéré comme maladie en fonction des moyens disponibles pour la traiter, celui-là inscrit la définition de la santé et de la maladie explicitement dans le cadre de ce qui est utile à la physiologie, discipline à la

base de la médecine. D'autre part, la seconde option statuerait que la santé est un concept défini par l'usage sociétal que nous en faisons, implicitement porteur d'un idéal duquel nous nous rapprochons souvent au moyen de la médecine, mais ne se limitant aucunement à ce que l'exercice de la médecine peut rendre accessible. Les modèles de Canguilhem et de Nordenfelt peuvent être rattachés à une telle conception, dans la mesure où ils évaluent la santé en fonction des comportements ou des capacités de l'individu, dans une acceptation généreuse.

L'émergence d'une conception positive de la santé provoquera une dilatation du médical, une extension de son domaine qui produira, dans les mots de Roland Gori et Marie-José Del Volgo, « un changement de régime épistémologique et éthique considérable dans les pratiques et les idéologiques de la santé[148] », dont la définition de l'OMS marque le tournant. Progressivement, la valeur « santé » s'étend et gagne en importance à l'échelle de la société, à mesure qu'elle se confond avec d'autres notions comme la qualité de vie, la performance et le bien-être, ouvrant la porte à un « magistère » médical dans le gouvernement des conduites[149].

La place privilégiée occupée par la notion de « bien-être » dans la définition de l'OMS annonce encore ce à quoi la littérature se réfèrera plus tard comme le « *happiness turn* », que nous pourrions traduire par « tournant eudémonique », qui marque l'émergence d'un nouveau sujet de recherche, le « bonheur », dans une variété de disciplines scientifiques[150]. Selon Christopher Kullenberg et Gustaf Nelhans, ce « tournant » est récent : l'émergence de la notion de bonheur, ou de celle de « bien-

---

[148] GORI R., DEL VOLGO M.-J., *La santé totalitaire*, op.cit., p.65.
[149] *Idem*.
[150] KULLENBERG C., NELHANS G., « The happiness turn? Mapping the emergence of ''happiness studies'' using cited references », *Scientometrics*, May 2015, Vol.103, N°2, pp.615–630.

être subjectif » dans la recherche clinique et médicale daterait des années 1990, et aurait réellement pris de l'ampleur seulement après les années 2000. Ce tournant est controversé : d'aucuns, parmi lesquels Marino Pérez-Alvarez[151], ne manquent pas de critiquer la « science du bonheur » pour le manque d'objectivité et d'universalité de son objet ou encore pour le manque de pertinence de la notion de « bonheur » pour évaluer ou mener une vie.

Pourtant, la notion de bonheur se fait une place dans le domaine de la science, à mesure que, parallèlement, le bien-être s'impose comme une préoccupation de plus en plus importante dans la société. Carl Cederström et André Spicer, auteurs de l'ouvrage *Le Syndrome du bien-être*[152] et tous deux spécialistes en théories des organisations, soulignent la façon dont la recherche de bien-être s'est transformée dans notre société en impératif moral qui a tôt fait de se retourner contre nous. Le « syndrome du bien-être » résulterait « pour une grande part de la croyance selon laquelle nous sommes des individus autonomes, forts et résolus, qui devons nous efforcer de nous perfectionner sans relâche[153] » ; est entendu qu'il en revient à l'individu de « se gérer » afin de maximiser ses intérêts. Le bien-être d'un individu devient alors un indicateur de son succès, faisant reposer sur les épaules de l'individu la responsabilité d'être épanouis, en bonne santé, heureux, de sorte que cela le rende performant et couronné de réussite. Pérez-Alvarez souligne encore ce retournement qu'a subi la notion de bien-être au cours de cette dernière décennie, passant de conséquence d'une vie réussie à sa source :

---

[151] PEREZ-ALVAREZ M., « The Science of Happiness: As Felicitous as It Is Fallacious », *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 2016, Vol. 36, No. 1, pp.1-19.
[152] CEDERSTRÖM C., SPICER A., ***Le Syndrome du bien-être*, Paris, L'**Échappée, coll. « Pour en finir avec », 2016, trad. Édouard Jacquemont.
[153] *Ibid.*, p.12.

> Le « happiness turn » est considéré comme un *leitmotiv* scientifique et populaire récent. Auparavant, le bonheur n'arrivait ou n'était attendu qu'après avoir assuré les nécessités de base, après avoir acquis succès et reconnaissante, c'est-à-dire au sommet de la pyramide, suivant le modèle bien connu d'Abraham Maslow. Désormais, la pyramide a été renversée et le bonheur semble être ce qui maintient la vie, devenant le moyen pour diverses fins (santé, succès professionnel, bonnes relations familiales, etc.), non seulement en corrélation avec ou en conséquence du succès, mais la cause de celui-ci. Le bonheur n'est pas l'aboutissement de la vie, mais le chemin du succès.[154]

Le souci de la santé bonne ou de l'être bien, qui n'a en soi rien d'illégitime, se mêle alors à une idéologie sociale qui apparaît instrumentaliser la quête de bien-être au profit d'un culte de l'image et de la performance, qui génère de nouvelles formes de mal-être, d'insécurité personnelle et de stigmatisation chez l'individu contemporain[155].

Le changement de régime épistémologique et éthique dans les pratiques et les idéologiques de la santé, provoquées notamment par la définition de l'OMS et par les conceptions positives de la santé, brouille d'une manière similaire la frontière entre science objective et idéologie. La santé positive, en présentant la santé comme un idéal illimité d'optimisation du bien-être et des performances individuelles, est-elle seulement encore scientifique, rationnelle et objective ? Dans quelle mesure la santé positive serait-elle encore un concept médical ? Quels risques courrons-nous à définir la santé par une notion aussi complexe et difficilement discernable que le bien-être ? La promesse de bien-être complet, physique, mental et social, telle que la tient la définition de la santé de l'OMS, porte en elle quelque chose de messianique. La santé

---

[154] PEREZ-ALVAREZ M., « The Science of Happiness: As Felicitous as It Is Fallacious », *op.cit.*, p.1 : « The « happiness turn » is still observed to be a recent scientific and popular leitmotif. Before, happiness was or was expected after having covered the basic necessities, becoming successful and recognized, that is, on the pinnacle of a pyramid, following Abraham Maslow's well-known model. Now the pyramid has been turned upside down, and happiness seems to sustain life, becoming a means to a variety of ends (health, professional success, good family relations, etc.), not only « a correlate or consequence of success but a cause of it ». Happiness is not the culmination of life, but the road to success. »

[155] CEDERSTRÖM C., SPICER A., ***Le Syndrome du bien-être, op.cit.***

positive invite-t-elle à croire que le salut viendra de la médecine fondée sur les faits[156] ?

Alors, bien que l'OMS déclare dans la charte d'Ottawa que la santé ne devrait pas être perçue comme le but de la vie, rien ne le décourage, à tel point qu'il existe aujourd'hui un néologisme pour désigner le courant de pensée qui tiendrait la santé comme la finalité de l'existence : le « santéisme », équivalent du terme anglais « *healthism* »[157]. La santé, devenue comme un état optimal, à la fois physique, mental, social et *moral*, plus ou moins identifiable, prend une forme statique, presque ataraxique, décomposable en un certain nombre de comportements, de paramètres, évaluables objectivement, pour ne pas dire quantifiables. Cette forme de santé optimale, que tente de rendre accessible la recherche médicale, éveille chez quelques sceptiques une méfiance envers la médicalisation inédite que des avancées techniques et scientifiques ont rendue possibles ces dernières décennies. Cette médicalisation est à la fois porteuse de bien des accomplissements honorables en terme de lutte contre la souffrance et la maladie et aussi, semblerait-il, indissociable d'un pouvoir inquiétant de contrôle et de normalisation des mœurs, des conduites et des comportements individuels, critiqué par de nombreux auteurs. Les définitions de la santé et de la maladie ne sont donc pas anodines : elles servent à définir le *telos* de l'acte médical, c'est-à-dire aussi à en donner les limites. Car comme le formule Boorse :

> En appelant « santé » l'excellence morale, mentale ou physique, le problème est que cela tend à réunir sous un seul terme, une notion neutre sur le plan des valeurs, la santé comme

---

[156] La « médecine fondée sur les faits » ou « Evidence Based Medicine » (EBM) en anglais est un terme créé, dans les années 1980, par un groupe de chercheurs de la Faculté de médecine McMaster au Canada, pour désigner une stratégie d'étude clinique. Voir GORI R., DEL VOLGO M.-J., *La santé totalitaire*, *op.cit.*, p.12

[157] THIEL M.-J., *La santé augmentée. Réaliste ou totalitaire ?*, *op.cit.*, p.69.

absence de pathologie, et la plus discutable de toutes les prescriptions – la recette d'un être humain idéal.[158]

[158] BOORSE C., « Le concept théorique de santé », *op. cit.*, p.117.

SECTION 2
LES ENJEUX DE LA MEDICALISATION

Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions, c'est le titre de la version française du best-seller de Christopher Lane, paru en 2007[159]. Dans ce livre, écrit après avoir consulté les archives de l'*American Psychiatric Association* (APA) responsable de la publication du DSM, Lane dénonce la façon dont les experts que celle-ci a mandaté ont accompli ce tour de force qui consiste selon lui à faire entrer nombre de nos émotions les plus banales parmi les maladies mentales recensées par l'illustre DSM. L'exemple phare qu'il choisit pour illustrer son propos est celui du « trouble de l'anxiété sociale », ou « phobie sociale », ayant fait son apparition dans le DSM lors de sa troisième révision en 1980. Veut-on nous convaincre que la timidité est une pathologie (comme en atteste le titre original de l'enquête : « *La timidité : comment un comportement normal devint une maladie* ») ; qu'il faille la soigner à l'aide de médicaments ?

Les troubles ou les pathologies qui entrent et qui sortent du DSM, plutôt le premier que l'autre d'ailleurs, sont-ils autre chose que le reflet d'une science en train de se faire, de la mise au point de nouvelles techniques qui s'affinent d'édition en édition ? S'il est tentant de miser sur la bonne foi de tous ces scientifiques, il est difficile d'ignorer la voix de tous leurs détracteurs qui ne manquent pas de rappeler l'historique parfois alambiquée de certaines maladies et du manuel qui les inventorie, le peu de

---

[159] LANE C., *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Paris, Flammarion, 2009, trad. de l'anglais par François Boisivon. Titre original : « Shyness : how normal behavior became a sickness ».

données empiriques convaincantes qu'il y a parfois à disposition pour justifier le choix des classements, ou encore les enjeux économiques majeurs qui découlent d'un classement comme celui du DSM[160]. Le rôle des publicités et des lobbys ne peut désormais être ignoré – aussi bien du côté des associations citoyennes faisant pression pour faire sortir une pathologie du DSM (comme ce fut le cas pour l'homosexualité en 1973) ou pour l'y faire entrer (par exemple, les traumatisés de guerre parvinrent à faire reconnaître le « syndrome post-Vietnam » afin d'être indemnisés[161]) que du côté des industries pharmaceutiques qui, avant de vendre leurs médicaments, gagnent à vendre leurs maladies. L'industrie pharmaceutique est ainsi devenue un business flamboyant au sortir du 20e siècle, comme l'illustre l'histoire du *blockbuster* du médicament : Prozac.

Le chlorhydrate de fluoxétine est commercialisé sous le nom de Prozac à partir de décembre 1987[162]. Il représente le renouveau de l'industrie pharmaceutique : il est le fruit de la chimie et de la biologie modernes, visant une efficacité ciblée et des effets secondaires réduits, voire absents. Sur les patients atteints de dépression grave, il semble aux premiers abords à peine plus efficace que les antidépresseurs préexistants, cependant le fait qu'il soit quasiment dépourvu d'effets secondaire le propulsera sous le feu des projecteurs : il est un médicament qui peut être prescrit aux masses en toute quiétude. Le laboratoire Lilly, propriétaire du brevet, déploiera sa stratégie commerciale du côté des médecins généralistes en faisant la promotion d'un

---

[160] Voir *KIRSCH I., The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth,* Londres, The Bodley Head, *2009.*

[161] LANE C., *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Flammarion, 2009, trad. de l'anglais par François Boisivon.

[162] FAVEREAU E., « Prozac : quand un médicament devient un symptôme », *Les Tribunes de la santé*, 2015/2, n°47, pp.59-64.

médicament dont le champ d'action est peu délimité mais facilement prescriptible car il ne représente en tout cas pas un danger pour le patient.

Des dépressions lourdes, l'usage de Prozac s'étendra à différentes formes d'états dépressifs, puis aux troubles obsessionnels compulsifs (TOC), avant de gagner la réputation de « l'aspirine de l'âme » ou encore de « la pilule du bonheur ». Il devient aux yeux du grand public un médicament miracle qui répond à une série de problèmes de la vie de tous les jours. Son usage est banalisé ; très vite, 80% des prescriptions de Prozac seront le fait de généralistes.[163] En 1989, les ventes de Prozac atteignent déjà 350 millions de dollars à travers le monde, « plus que tout ce qui avait été dépensé en 1987 pour des médicaments de même nature[164] ». Entre 1980 et 2001, le nombre d'antidépresseurs vendus en France est multiplié par sept, tout comme le chiffre d'affaire de cette industrie sur la même période. Entre 2001 et 2009, le Prozac est prescrit à plus de 34 millions de personnes dans le monde[165] et devient la bannière d'une nouvelle génération de médicaments.

Le tournant du siècle voit parallèlement se multiplier des études qui dénotent par rapport à la *success-story* dont nous venons de rendre compte. Le fameux livre du psychiatre Peter Kramer, *Listening To Prozac*[166] (1993) s'intéresse aux enjeux éthiques et aux conséquences sociales de l'usage de la psychopharmacologie pour modifier des comportements qui ne sont pas, *a priori*, des maladies. Il est le premier à s'intéresser plus largement aux changements de personnalités et aux effets de Prozac

---

[163] *Idem.*
[164] *Ibid.*, p.59.
[165] *Ibid.*, p.63.
[166] KRAMER, P. D., *Listening to Prozac : A Psychiatrist Explores Antidepressant Drugs and the Remaking of the Self*, New York, NY: Viking, 1993.

sur la cognition, la mémoire ou encore la performance au travail. Ian Gold et Lauren Olin s'attachent à une veine de questions fort similaire dans un article de 2009[167], affirmant qu'au-delà des tests cliniques visant à déterminer l'efficacité des antidépresseurs sur la symptomatologie dépressive, peu de données sont disponibles sur les effets que ces médicaments peuvent avoir sur le long terme sur la cognition, l'affectivité, la motivation ou encore sur le sujet[168].

Kramer est également le premier à parler de « pharmacologie cosmétique », qu'il définit comme l'usage de médicaments pour induire chez un individu sain, ou normal, un état jugé préférable (dans une majorité des cas, traduire : « jouissant d'une reconnaissance sociale plus grande ») ; ce que l'on retrouvera dans la catégorie des « *lifestyle drugs* », les médicaments qui ne sont *a priori* pas utilisés pour guérir des maladies, mais pour répondre à une préférence individuelle[169]. Dix ans après *Listening to Prozac*, Carl Elliot[170] pousse ce raisonnement plus loin en se concentrant sur les techniques médicales (pharmacologie, chirurgie, thérapie) visant à « améliorer » (*enhance*) certains traits ou capacités chez l'individu sain. Le travail accompli pour son ouvrage *Better than well* va dans le sens d'une analyse de l'identité américaine et

---

[167] GOLD I., OLIN L., « From Descartes to Desipramine: Psychopharmacology and the Self », *Transcultural psychiatry*, Vol.46, n°1, Mars 2009, pp.38–59.
[168] *Idem.* : « Nor do we understand what effects, if any, anti-depressants have on what we think of as the self. »
[169] Les « *lifestyle drugs* » font référence au terme « style de vie », qui appartient désormais au jargon de la promotion-santé. Petr Skrabanek expose : « Dans son acception moderne, l'expression « style de vie » regroupe l'obsession diététique, la pratique de certains exercices, le renoncement aux « comportements malsains », la réduction, voire l'élimination, des facteurs de risque, le recours régulier aux contrôles médicaux et au dépistage. Un tel « style de vie » est politiquement correct, partant, sans grand intérêt pour les populations défavorisées et privées de tout pouvoir. » dans SKRABANEK P., *La Fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995, p.62.
[170] ELLIOT C., *Better than well: American medicine meets the American dream*, New York, W.W. Norton, 2003.

de l'incidence du « rêve américain » sur l'orientation des développements de l'industrie pharmaceutique.

Cependant, il serait incomplet de parler de *lifestyle drugs* sans rappeler que généralement, il s'agit de médicaments qui ont été développés pour un usage clinique précis, et que leur usage a ensuite été détourné ou élargi. C'est ce qu'illustre de façon célèbre le Viagra qui, dans l'usage qui lui est actuellement le plus souvent connu, est un cas célèbre de découverte par sérendipité : il a initialement été développé pour traiter l'hypertension artérielle pulmonaire, rencontrant dans ce domaine un succès mitigé. Pour sa part, le Modafinil, qui permet d'induire un état de veille prolongé, sert à traiter la narcolepsie et l'hypersomnie mais est également connu pour son usage nootropique[171] au sein de certains corps de métiers pour augmenter leurs performances (particulièrement parmi les chirurgiens, les chauffeurs, les militaires, les sportifs ou encore les étudiants).

Parfois, la frontière entre un usage thérapeutique et un usage cosmétique est fine. La Rilatine, au même titre que d'autres médicaments permettant d'augmenter la concentration ou les capacités cognitives, est régulièrement mentionnée dans les médias pour son usage dopant chez les étudiants[172]. Pourtant, une étude de 2011[173] enquêtant sur le sujet de l'usage de drogues stimulantes parmi les étudiants concluait

---

[171] Les nootropiques ou nootropes, aussi appelés « smart drugs » en anglais, « sont des suppléments alimentaires, médicaments, ou compléments alimentaires qui améliorent les capacités cognitives comme l'intelligence, la mémoire, ou l'attention. » : ORSEC S., « Nootropiques. Le guide le plus complet », *MaleAlpha.fr*, juin 2017.

[172] Voir : HUWART A.-C., « Rilatine, la cocaïne légale » dans *Le Vif*, 13 mars 2013 ; GONÇALVES V., « La Rilatine, une cocaïne légale pour les étudiants ? » dans *RTBF*, 18 août 2016 ; « La consommation de Rilatine en Belgique est interpellante » dans *Le Vif*, le 26 juin 2017.

[173] PETERKIN A.L., ET AL. « Cognitive performance enhancement: Misuse or self-treatment? », *Journal of Attention Disorders*, Vol.15, N°4, 2011, pp.263–268.

que 71% des étudiants qui usaient sans prescription de stimulants servant à traiter le TDA-H souffraient probablement d'un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité sans en avoir été diagnostiqués. Les auteurs de cette étude enjoignent par conséquent à considérer que le phénomène de prise de drogues stimulantes pour améliorer les performances académiques puisse être, plutôt, une forme d'automédication.

Voilà qui ramène la frontière entre la maladie et la santé : dans cette zone grise, ce qui peut être vu comme un individu sain, ou normal, cherchant à améliorer ses performances peut simultanément être vu comme un individu malade n'ayant pas reçu de diagnostic. La frontière entre préférences relatives au style de vie et besoins de santé est perméable, comme le notent David Gilbert et al. dans un article :

> Une préférence relative au style de vie devient souvent un problème de santé quand une cause biomédicale (par exemple, un facteur biochimique ou génétique) ou un traitement est trouvé pour le « problème ». [174]

C'est ce que nous pouvons illustrer encore par le cas de la timidité, socialement moins valorisée que la confiance en soi et l'aisance en société, qui pourrait devenir – non sans controverse – un trouble dès lors qu'il existerait un traitement pour la guérir.

Ce processus par lequel des représentations, des situations, des caractères ou des expériences tendent à entrer dans le champ de la médecine est désigné par le terme « médicalisation »[175]. Ce terme a émergé durant la seconde moitié du 20e siècle pour

---

[174] GILBERT D., WALLEY T., NEW B., « Lifestyle medicines », *BMJ*, 25 Novembre 2000, Vol. 321, N°7272, p.1341 : « A lifestyle wish often becomes a health problem when a biomedical cause (for example, a biochemical or genetic factor) or a treatment is found for the "problem". »

[175] CONRAD P., « The discovery of hyperkinesis: Notes on medicalization of deviant behavior », *op.cit.*, p.151 : La médicalisation indique, le procédé par lequel un nombre grandissant d'expériences personnelles et collectives qui ne relevaient précédemment pas de la compétence médicale, finissent par être éprouvées et traitées comme des états médicaux.

désigner un processus « qui aurait accompagné la modernité depuis la fin du 18e siècle [et] qui s'est considérablement accéléré durant la seconde moitié du 20e siècle[176] » jusqu'à toucher, semblerait-il, toutes les sphères de l'existence. Suivant ce qui a été exposé plus haut, l'accélération remarquable du phénomène ces soixante dernières années est due à d'importants développements dans les sciences qui nourrissent la médecine (biologie, chimie, radiologie, etc.), et se remarque particulièrement dans le domaine de la psychiatrie, révolutionnée par la pharmacologie moderne.

Il s'agit donc pour nous d'évaluer le processus de médicalisation et de poser la question de sa limite légitime, mais aussi et surtout d'évaluer les changements que celle-ci induit dans la relation que l'individu entretient vis-à-vis de lui-même et vis-à-vis de la société. Dans cette seconde section, nous commencerons, dans le chapitre 5, par définir plus précisément la médicalisation, étant entendu qu'il s'agit d'un phénomène complexe et plurivoque. Le chapitre 6 sera l'occasion d'élargir cette définition en tenant compte de la littérature que le phénomène a provoquée, du côté de la légende rose qui l'entoure, mais également du côté de sa légende noire, caractérisée par son ton vigoureusement polémique. Au cours du chapitre 7, nous verrons la médicalisation plus particulièrement sous l'angle des changements sociaux et culturels qui ont eu cours dans la période de l'Après-Guerre, et particulièrement ces dernières décennies. Ce sera l'occasion d'évoluer vers des questions plus anthropologiques, notamment autour de la de performance et de la responsabilité individuelles. Le chapitre 8 nous permettra de recentrer la question de la médicalisation sur le cas de Fanny, présenté en introduction. Il y sera question de l'importance du poids identitaire de la (sur)médicalisation, c'est-à-dire du rôle que le monde médical peut jouer

[176] THIEL M.-J., *La santé augmentée. Réaliste ou totalitaire ?*, Montrouge, Bayard, 2014, p.15.

culturellement pour l'individu afin de faire face à la responsabilité écrasante à laquelle il est soumis.

CHAPITRE 5
QUATRE MODES D'EXPRESSION DE LA MEDICALISATION

Le sociologue du champ médical Pierre Aïach expose, dans son article de 1998 intitulé « Les voies de la médicalisation[177] », quatre phénomènes couverts par le terme « médicalisation » ou, dans ses termes, quatre modes d'expression de la médicalisation. En identifiant ces différents phénomènes, Aïach met en évidence le fait que l'objet qui nous intéresse ici est une réalité plurivoque qui advient par une multiplicité de facteurs concomitants qu'il est important de pouvoir distinguer. Les principaux facteurs amenant la médicalisation sont, d'après son article, les suivant :

- l'accroissement du progrès économique et social laissant émerger un intérêt de plus en plus marqué pour des questions jusque-là occultées ou non perceptibles : l'aisance matérielle permet une vision plus diversifiée et plus lointaine dans le temps à venir,

- la mise en place et le développement de l'Etat-providence qui a permis au plus grand nombre l'accès au savoir, à la sécurité sociale et, donc, aux soins, contribuant largement à l'accroissement du nombre de médecins et de l'ensemble des professions de santé entrant dans le système de remboursement par les caisses de sécurité sociale,

- la tendance de plus en plus forte à la perception des symptômes corporels et psychiques comme entrant dans l'ordre de la pathologie et le recours de plus en plus systématique et fréquent aux services de biens médicaux,

- le déploiement du progrès thérapeutique et la diffusion de la croyance d'un pouvoir de guérir de la médecine moderne, en expansion continue et faisant miroiter un futur sans maladie mortelle et, peut-être, sans vieillissement,

- l'importance de la santé dans l'échelle des valeurs partagées par l'ensemble de la société et l'utilisation symbolique et marchande qui est faite par les producteurs et distributeurs de biens et services médicaux ou ayant un rapport plus ou moins lointain avec la santé – tout ce qui peut se rapporter à la triade beauté/santé/jeunesse,

- le développement d'une idéologie de la santé et d'une idéologie de la prévention, donnant force et légitimité à ce mouvement général qui se traduit par une subtile et

---

[177] AÏACH P., « Les voies de la médicalisation » dans AÏACH P., DELANOË D. (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, *op.cit*., pp.15-36.

> inquiétante métamorphose de questions se posant dans le domaine social et dans la sphère individuelle en questions de santé ou de bien-être/santé. [178]

Essor de l'institution de la santé

Les principaux modes d'expression de la médicalisation sont, pour Aïach, au nombre de quatre. Premièrement, nous dit-il, la médicalisation est surtout comprise comme « l'extension du domaine médical, s'agissant des institutions de santé et des personnels médicaux et paramédicaux[179] » qui a pris son essor au 19e siècle avant de s'intensifier au cours du 20e siècle, plus particulièrement durant la seconde moitié de celui-ci. C'est de cette forme de médicalisation qu'il est le plus souvent question dans la littérature des historiens, des démographes, et des économistes de la médecine et de la santé.

L'expansion du corps médical et de l'utilisation par les individus des services de santés mis à leur disposition résulte naturellement de l'enrichissement des pays industrialisés, de l'augmentation de la population, de la mise en place de l'Etat-providence, et d'un grand nombre d'innovations scientifiques et techniques. Invoquant le principe de l'offre et de la demande, Aïach conclut « qu'à l'offre médicale et paramédicale répondait une demande forte, elle-même en expansion continue[180]. » La croissance des institutions de santé et de leurs effectifs n'est, selon l'avis de l'auteur, pas un facteur déterminant de la médicalisation au sens large, bien qu'elle intervienne.

Extension du champ de compétence de la médecine

Deuxièmement, la médicalisation peut être comprise, comme l'extension du champ de compétence de la médecine et de tout ce qui s'y rattache. Pour illustrer cela, il suffit

---

[178] Voir *Ibid*., p.34-35.
[179] *Ibid.*, p.15.
[180] *Ibid*., p.23.

d'énumérer certains domaines investis par la médecine ou certaines questions sur lesquelles une expertise médicale est aujourd'hui de plus en plus recherchée, et qui n'ont pas toujours été sous sa compétence. Aïach mentionne :

> - en matière scolaire notamment à travers la médicalisation de l'échec scolaire […], la psychopathologisation des difficultés relationnelles […],
>
> - en matière de difficultés dans les relations conjugales également, même si ce n'est pas toujours chez un psychiatre ou chez un psychologue que ce type de problèmes se règle,
>
> - dans le domaine judiciaire où l'expertise médicale, en particulier psychiatrique, est de plus en plus sollicitée,
>
> - en matière d'assurances lorsqu'il s'agit de contracter une assurance vie et surtout dans le domaine bancaire quand un prêt est sollicité,
>
> - dans beaucoup d'autres questions également, s'agissant de prise en charge des personnes âgées […], de la ménopause […], de la gestion de la douleur […], du domaine des enfants ou des adolescents, de sports, ou encore de mise en forme et de recherche d'équilibre ou d'énergie dont nous parlent sans cesse les magasines de santé grand public et certaines rubriques dans les journaux dits féminins.[181]

Sans oublier les nombreuses occasions où un médecin est invité dans un débat télévisé ou radiodiffusé pour apporter une certaine caution scientifique aux discussions, ce qui résulte encore du tournant scientifique de la médecine – que l'on désigne en anglais par les termes « *Evidence Based Medicine* » (EBM) – et de la prévalence de la science dans les sociétés industrialisées. L'extension du champ de compétence médicale repose ainsi notamment sur la grande légitimité scientifique dont jouit la médecine, sur des questions où aucune autre expertise – s'il en est – ne semble pouvoir l'égaler en termes de crédibilité[182]. Sur une série de plus en plus étendue de sujets, le médecin reprend ainsi le rôle autrefois exercé par le prêtre ou l'éducateur. L'extension du champ de compétence de la médecine s'appuie encore sur le gain de place de la valeur de santé dans notre société : comme la question de la santé intègre des domaines de

---

[181] *Ibid.*, p.24-25
[182] AÏACH P., « Les voies de la médicalisation », *op.cit.*, pp.15.

plus en plus vastes[183], elle permet une extension de l'expertise médicale à des domaines d'activités nouveaux.

Amplification des préoccupations de santé de la population

Le troisième mode d'expression de la médicalisation correspond d'une certaine façon au deuxième : si nous venons de voir comment la médecine a pu s'étendre à des domaines d'expériences plus variés, nous pouvons repérer parallèlement l'augmentation de l'inquiétude de la population pour la santé. Il s'agit dans les termes de Aïach, d'une « sorte d'envahissement des pensées par le souci, la préoccupation, souvent obsessionnelle, de se prémunir et de lutter contre les atteintes portées par la maladie ou un affaiblissement des défenses de l'organisme.[184] » La médecine est d'une certaine manière invitée à répondre à cette inquiétude, mais celle-ci ne s'adresse pas exclusivement à celle-là : l'extension de la notion de santé légitime d'une certaine façon toute forme d'intervention (médicale ou non), pour autant qu'elle réponde aux attentes portées par la population.

Patrice Pinell nous aide à comprendre l'évolution de la préoccupation de la santé des populations entre le 18e siècle et nos jours en France, et plus particulièrement l'implication des individus de différentes couches sociales dans celles-ci[185]. Il situe la première forme de politique de santé institutionnalisée en France au moment de la fondation de la Société Royale de Médecine en 1778. L'institutionnalisation des préoccupations de la santé des populations résulterait ainsi d'un processus jouant sur deux niveaux interdépendants. Le premier concerne l'attention croissante portée à la

---

[183] Cfr. *supra* Chapitre 4 La santé positive
[184] AÏACH P., « Les voies de la médicalisation », *op.cit*., pp.16.
[185] PINELL P., *Médicalisation et procès de civilisation*, dans ABRAHAM J., « Partial Progress: Governing the Pharmaceutical Industry and the NHS, 1948– 2008 », *op.cit.,* pp.37-51.

santé, au corps et à la médecine dans les milieux de cour monarchique, dans lesquels le guerrier féodal laisse progressivement place au courtisan, ouvrant un espace au sein duquel s'exprimera une sensibilité nouvelle aux manifestations morbides du corps et où se développera un engouement pour la littérature médicale « profane », vulgarisée. Le second niveau de transformation concerne le développement de l'administration publique et de l'appareil bureaucratique grâce auquel émergera la notion de « population »[186], qui consacrera l'Etat dans son rôle de protection de la santé de celle-ci.

La chute du régime monarchique en France mènera à la suppression de la Société Royale de Médecine, dont les tâches se verront reprises par des bureaux d'hygiène. En considérant les maladies comme des relations entre un environnement malsain et la population, l'hygiène, discipline médicale appliquée à la prévention, redessine en partie le paysage urbain (notamment en extrayant des villes les cimetières et les zones d'équarrissage, sources de miasmes, c'est-à-dire des mauvais airs qui causent les maladies) mais se garde de considérer que la lutte contre les maladies doit passer par une régulation des comportements individuels : « l'hygiène, nous dit Pinell, ne prend pas pour objet les conduites et les comportements interindividuels. En effet, ceux-ci restent conceptuellement étrangers à une pensée en termes d'infection miasmique.[187] »

Ce n'est qu'à la fin du 19e siècle, au moment où la révolution pasteurienne disqualifie la théorie des miasmes grâce à la très moderne théorie des microbes que les comportements individuels sont suspectés de pouvoir limiter la propagation des

---

[186] FOUCAULT M., « La naissance de la médecine sociale » dans *Dits et écrits*, T.3, Paris, Gallimard, 1994, pp.207-235.
[187] PINELL P., *Médicalisation et procès de civilisation*, *op.cit.,* p.41

maladies[188]. Pinell affirme en ce sens que « l'hygiène pasteurienne [a joué] un rôle décisif dans la « démocratisation » du « savoir-vivre »[189] », par l'hygiénisation de la population et particulièrement des classes populaires. A partir de ce moment, l'ascendant des politiques publiques sur les comportements interindividuels n'ira qu'en accroissant, jusqu'à ce qu'une étape supplémentaire soit franchie dans la responsabilisation des individus à être des vigiles de santé publique, et de leur propre santé :

> C'est avec la lutte contre le cancer, au cours de cette même période [l'entre-deux-guerres], que prend forme un autre type de médicalisation des comportements correspondant à ce que l'on pourrait caractériser comme une nouvelle phase du procès de civilisation. Cette médicalisation vise à constituer chaque individu comme agent participant à l'organisation sociale du travail médical. […] Cette médicalisation prend pour objet une « population », mais en tant qu'elle serait constituée d'individus « autonomes », elle ne cherche pas à obtenir un renforcement de l'auto-contrôle des pulsions (en ce sens, elle n'est pas une forme de dressage des corps), mais elle exige de « l'individu autonome » un travail d'objectivation clinique de son propre corps. [190]

La lutte contre le cancer se différencie de la lutte contre les maladies infectieuses en ce qu'elle ne peut être menée par voie de prévention ou de vaccination à l'échelle d'une population (comme pour la tuberculose et le choléra), mais seulement par voie de guérison. Or, les chances de guérison sont plus grandes si le diagnostique est précoce, c'est pourquoi il est apparu nécessaire d'éduquer la population à la reconnaissance des signes annonciateurs de la maladie, c'est-à-dire de lui fournir les bases élémentaires d'un savoir et d'un savoir faire médical de manière à ce qu'il puisse évaluer cliniquement son propre état et consulter un médecin si quelque chose éveille en lui le

---

[188] *Ibid.*, p.44
[189] *Idem.*
[190] *Ibid.*, p.45.

soupçon[191]. Pinell parle à ce stade du « patient sentinelle », partageant le travail médical en adoptant un regard objectivant à l'égard de son propre corps.

Cette tendance sera encore accrue au rythme de la spécialisation et de la technologisation de la pratique médicale, réclamant du patient qu'il soit pleinement acteur de sa prise en charge médicale, lui faisant pour ainsi dire occuper une place d'« auxiliaire médical[192] ». Pinell observe cette transformation du rapport de l'homme potentiellement malade à sa condition et remarque la congruence de celle-là avec les valeurs idéologiques d'autonomie et de responsabilité individuelle publicisées aujourd'hui dans notre société. S'installe une tension dans au sein du patient, entre l'objectivation clinique à laquelle il est convié à se soumettre lui-même et l'impossibilité de se réduire entièrement à un *homo medicus* rationnel, détaché de son propre sort et de l'angoisse que celui-ci peut nourrir en lui.

> Collaborateur actif mais, dans le même temps, aussi objet de pratiques médicales, le patient vit des tensions contradictoires liées à cette double position. Ceci conduit à des conflits et à une logique de demande de la part du patient, mettant en lumière les avatars de sa collaboration avec les médecins. [193]

Cette augmentation de la préoccupation de la population pour sa propre santé donne encore lieu à une augmentation de l'importance de la santé dans l'échelle des valeurs de la société, augmentation qui se traduit par un accroissement des références à la santé au quotidien. Un produit, un service, une activité gagnera en légitimité sociale en étant promu comme participant à une meilleure santé. Dans l'industrie alimentaire, ce phénomène prend la forme d'arguments marchands pour les « ingrédients santé » ou

---

[191] *Ibid.,* p.46.
[192] *Ibid.*, p.47.
[193] *Ibid.*, p.48.

les alicaments[194]. Plus largement, la presse spécialisée dans les questions de santé ou les magasines dits féminins proposent des tests et prodiguent des conseils sur un nombre de thématiques apparemment extensible à l'infini en lien avec la santé. Au Japon, un mouvement de promotion des effets thérapeutiques de la promenade en forêt développe des programmes de promenade en forêt thérapeutique[195].

La coloration sanitaire d'un ensemble toujours croissant de comportements et de faits du quotidien fait craindre ce que certains appellent « la médicalisation de l'existence », sur laquelle nous reviendrons plus loin.

La pathologisation

Le quatrième mode d'expression de la médicalisation est lié à ce constat : bien qu'on ait observé nettement une baisse de la mortalité un peu partout dans le monde, et particulièrement dans les pays industrialisés, celle-ci ne s'est pas accompagnée d'une baisse de la morbidité[196]. Une première hypothèse pour expliquer cela stipulait que le maintien du niveau de morbidité était dû aux populations vieillissantes ou malades qui, grâce à la baisse du taux de mortalité, survivaient et gonflaient ainsi le taux de morbidité. Cette hypothèse n'a jamais pu être démontrée de façon concluante[197].

Une seconde explication, que soutient l'auteur, repose sur l'observation du fait que « l'accroissement des pathologies et symptômes déclarés […] concerne surtout les pathologies les moins létales, des troubles jusque là enfouis à l'intérieur du corps sans

---

[194] Le terme « alicament » est un néologisme de l'industrie agro-alimentaire pour désigner des aliments enrichis de façon à apporter un bénéfice pour la santé.
[195] LI Q. (éd.), *Forest Medicine*, Public Health in the 21st Century, 2012.
[196] AÏACH P., « Les voies de la médicalisation », *op.cit*., p.32.
[197] Voir à ce sujet : AÏACH P., CURTIS S., « Croissance comparée de la morbidité déclarée en France e en Grande-Bretagne », Géographie et socioéconomie de la santé, Paris, CREDES, 1989.

qu'une connaissance de leur existence ou une interprétation en termes morbides se soient manifestés[198] ». Cela convainc Aïach de la légitimité de l'hypothèse suivante : le maintient du niveau de morbidité dépendrait d'une « sensibilisation plus forte à tout phénomène de santé, qu'il s'agisse d'un symptôme corporel ou psychique ou d'une préoccupation plus marquée pour ce qui touche à la maladie[199] ».

L'hypothèse d'une modification du seuil de perception des troubles et symptômes avait également déjà été remarquée par l'historien Georges Vigarello dans son analyse du contenu de la presse spécialisée dans les questions de santé et des magasines dits féminins, à l'occasion de quoi il note l'extension inépuisable des maux pris en compte dans les questions de santé.

> Le processus de civilisation déplace depuis longtemps les frontières entre le supportable et le non-supportable, approfondissant le sensible, rendant moins tolérés des « mal-êtres » auparavant acceptés. L'exigence n'est pas nouvelle. Elle est à coup sûr intensifiée. Les enquêtes confirment ce gain progressif de conscience, jusqu'à souligner son accélération récente.[200]

Conclusion

Nous pouvons à ce stade conclure que la médicalisation résulte d'une multiplicités de facteurs, ce qui en fait un phénomène complexe et plurivoque. Les phénomènes par lesquels elle se mesure sont, pris dans leur ensemble : l'essor des institutions de santé, l'extension du champ de la compétence médicale, l'amplification des préoccupations de santé de la population et la modification du seuil de perception des troubles et des symptômes. Elle s'apparente, dans une certaine mesure, à un processus de civilisation

---

[198] AÏACH P., « Les voies de la médicalisation », *op.cit*., p.32.
[199] *Ibid.,* p.33.
[200] Voir le travail de Georges Vigarello dans *Le sain et le malsain* (1993) : AÏACH P., DELANOË D. (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, op.cit., p.29.

concomitant aux progrès économiques et aux développements de la sécurité sociale et des sciences.

Cependant, il est un aspect de la médicalisation qui n'a pas été suffisamment considéré dans ce qui précède : le processus par lequel la médicalisation d'une expérience implique également une normalisation. Didier Fassin souligne cela en insistant sur le passage du singulier au collectif : la médicalisation n'est pas seulement une modification au sein de la clinique, mais c'est lorsqu'il est examiné à travers la lunette de la santé publique que ce phénomène prend tout son sens. Il s'opère un glissement entre le curatif et le préventif qui procède « de l'affirmation d'une volonté, qui repose elle-même sur des préoccupations morales[201] ». La médicalisation d'un problème implique non seulement l'allocation de ressources médicales pour remplacer les moyens traditionnels pour faire face à ce problème ; mais à cause de la normativité intrinsèque au concept de santé lui-même, elle implique la transformation d'une pratique thérapeutique en *norme sociale*. Dans les termes de Fassin lui-même :

> […] la médicalisation suppose une normalisation. Elle devient un phénomène de société, et non plus le seul fait d'une profession, à partir du moment où la reconnaissance d'un problème comme pathologique se double de son inscription dans l'espace collectif, où la santé publique excède la clinique médicale, en somme où la médicalisation prend une dimension politique. [202]
>
> Au-delà de sa réalité culturelle, que la littérature sociologique a étudiée abondamment, la médicalisation se présente ainsi comme un fait politique à travers lequel se dévoile la manière dont les sociétés se gouvernent. [203]

La médicalisation s'ouvre alors également à la critique sociale et politique. Le risque de dérives politiques et idéologiques est bien réel aux yeux de nombreux auteurs qui

---

[201] Fassin D., « Avant-propos. Les politiques de la médicalisation » dans AÏACH P., DELANOË D. (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, op.cit., p.7.
[202] *Idem.*, p.7.
[203] *Ibid.*, p.8.

ont, ces dernières décennies, organisé une levée de boucliers pour critiquer ce que nous appellerons ici, pour la distinguer de la médicalisation que nous venons de décrire, une surmédicalisation de l'existence humaine.

CHAPITRE 6
LA (SUR)MEDICALISATION DE L'EXISTENCE HUMAINE

Dans l'article « La médicalisation vue par les historiens[204] », Olivier Faure constate que le même phénomène de médicalisation a pu donner lieu à des traitements très différentiés selon les milieux. En particulier, deux interprétations diamétralement opposées sont recensées par l'historien. La première est une « légende noire » mettant l'accent particulièrement « sur le caractère contraignant, policier, voire totalitaire des politiques de santé, sur les comportements dédaigneux, méprisants, voire éradicateurs des médecins à l'égard des croyances et des habitudes populaires[205]. » Ce traitement de la médicalisation fut surtout développé dans le courant des années 1970, et resta longtemps majoritaire, tant chez les sociologues que chez les historiens et les philosophes. Les influences des contre-cultures soixante-huitardes, des mouvements de contestations de la société post-industrielle, du féminisme comme du marxisme participèrent à la formation d'un discours critique qui se faisait le défenseur des individus dominés et de modes de vies authentiques et passionnels, résistants à l'assainissement hygiéniste. Par ailleurs, la « légende rose » de la médicalisation, que l'on trouve surtout représentée dans la littérature médicale, présente les mêmes faits sous un angle incomparablement plus positif : les médecins y deviennent des héros altruistes, dévoués à la cause d'une population ingrate qu'ils ont pu, fut-ce par la contrainte, arracher aux superstitions et aux mauvaises pratiques pour la guider vers le bonheur et la délivrance de l'irrationalité.

---

[204] FAURE O., « La médicalisation vue par les historiens » dans AÏACH P., DELANOË D. (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, op.cit., pp.53-68.
[205] FAURE O., « La médicalisation vue par les historiens », *op.cit.*, p.59.

Si de nos jours, c'est la seconde – la légende rose – qui domine le plus souvent, malgré les scandales occasionnels[206], ce qui est présenté ici comme la « légende noire » a néanmoins donné lieu à une littérature conséquente, mettant en avant le caractère indissociablement politique du phénomène. Dans ce qui suit, nous entendrons les critiques que les interprètes les plus influents de la « légende noire » de la médicalisation ont faites à la médecine et à son devenir. Il s'agira dans un premier temps de s'intéresser aux aspects plus politiques d'une santé publique qui s'immiscerait dans les mœurs pour *gérer* les populations en faisant fi de leurs libertés individuelles. La médicalisation est alors présentée comme une forme infantilisante de paternalisme d'Etat, usant d'un discours moralisateur et disciplinaire hérité du langage religieux. Nous verrons ensuite ce qu'il en est du contrecoup d'un tel développement, alliant en amont une exigence très haute d'autonomie chez l'individu, et en aval de nouvelles formes de *pannes*, que nous nommerons avec Alain Ehrenberg des « maladies de l'émancipation ».

Avant de poursuivre, une précision concernant les termes utilisés : selon les domaines desquels émergent les auteurs, ce qui est désigné par les termes « médicalisation » ou « surmédicalisation » varie légèrement. Le terme « surmédicalisation » fut d'abord utilisé parmi les médecins pour la distinguer d'une médicalisation parfaitement légitime, en ce qu'elle aurait pu, par excès et par manque de discernement, franchir une limite, dans le sens où le mieux serait l'ennemi du bien. Ainsi, la surmédicalisation désigne généralement dans le vocabulaire médical « la sur-prescription, la sur-détection, l'obsession diagnostique et/ou le sur-traitement […],

---

[206] AÏACH P., « Les voies de la médicalisation », *op.cit.*, p.21.

potentiellement nuisible et donc inutilement coûteuses[207]. » Ce que Olivier Faure nomme la « légende noire » de la médicalisation n'est pas encore exactement la même chose que cette surmédicalisation, bien que les deux se rejoignent au bout du compte. Parmi les auteurs de cette « légende noire », il est généralement question de la médicalisation comme d'un phénomène critiquable en lui-même.

Moralisation et biopouvoir

La légende noire de la médicalisation se raconte souvent en référence aux notions de contrôle social et de surveillance par un pouvoir étatique qui trouve dans le domaine médical un moyen de légitimer des mesures de gestion de l'ordre social qui apparaissent par d'autres moyens difficiles à justifier et face auxquelles les pouvoirs publics se trouvent généralement assez démunis[208]. Foucault nomme « *biopolitique* » l'exercice d'un pouvoir qui s'appuie sur la gestion de la santé pour appliquer un *gouvernement de la vie*. La biopolitique résulte de deux formes de glissements dans l'exercice du politique : d'une part, il étend le politique à des sphères qui n'en relevaient pas auparavant (comme la codification du bon usage des corps humains), d'autre part, il exerce son pouvoir par des voies nouvelles telles que la culpabilisation, le blâme ou la stigmatisation[209]. Par l'usage de ces formes d'exercice du pouvoir, elle constitue une réappropriation politique d'une forme de pouvoir déjà exercée par l'Eglise, à la fois globalisante et individualisante, comme le pasteur appelé à gouverner l'ensemble du troupeau en se souciant aussi de chacune de ses brebis. Ces moyens de gouvernance tirent leur autorité d'une forme d'injonction morale ; avec la

---

[207] HANSLIK T., FLAHAULT A., « La surmédicalisation : quand trop de médecine nuit à la santé », *La Revue de médecine interne*, Vol.37, 2016, p.202.
[208] FASSIN D., « Avant-propos. Les politiques de la médicalisation », *op.cit.*, pp.9-11.
[209] THIEL M.-J., *La santé augmentée. Réaliste ou totalitaire ?*, *op.cit.*, p.42.

normalisation biopolitique, la médicalisation devient *moralisation*. C'est ce qui est critiqué par Szasz dans cet extrait, dans lequel il compare les prescriptions de la santé publique à celles de la religion chrétienne :

> La santé publique contemporaine est le reflet de la Science Chrétienne. Tout, dans nos vies – le logement, l'alimentation, l'éducation, le travail, le loisir et la reproduction – affecte notre santé. Il en résulte que tout, et pas seulement une saisie étroite de ce que sont les soins de santé – appartient au domaine de la médecine comme soin de santé. Linda Landesman, une ancienne présidente du Public Health Association de New York City, déclare : « Nous attendons et demandons que le gouvernement garantisse que nous respirions de l'air propre, que nous buvions de l'eau saine, que nous travaillions avec le minimum de danger… Laissés à nous-même, nous ne faisons pas toujours les choix les plus sains. » De ce point de vue, nous sommes des enfants mal informés et indisciplinés dont la santé et le bien-être nécessitent une protection incessante d'un Etat thérapeutique.[210]

La moralisation des comportements va souvent de pair avec une infantilisation de la population, jugée incapable de décider pour elle-même ce qui est le mieux pour elle et nécessitant – et demandant – de la part d'autorités des consignes pour bien se porter et bien se comporter, ce qui nourrit une relation de paternalisme entre l'état et l'individu. Au-delà de l'idée suivant laquelle la population ne sait pas *comment* vivre sainement se trouve l'idée que celle-ci ne puisse même pas imaginer ce qui est bon pour elle, et qu'il revienne à ceux qui connaissent les avantages de la vraie Santé – c'est-à-dire le médecin en association avec les pouvoirs publiques – de l'éduquer afin qu'elle puisse accéder à ces bienfaits insoupçonnés. C'est ce que nous lisons dans ces propos tenus par Wendell Philipps à l'époque où celui-ci était président de l'*American Medical Association* :

---

[210] SZASZ T., « Medicalizing quackery », *The Freeman*, Vol.57, Octobre 2007, pp.22-23 : « Contemporary public health is the mirror image of Christian Science. Everything in our lives -- housing, food, education, work, recreation, and procreation -- affects our health. Hence, everything -- not only health care narrowly defined -- belongs in the domain of medicine as health care. Linda Landesman, a former president of the Public Health Association of New York City, states: "We expect and demand that government ensure that we breathe clean air, drink safe water, work with minimum danger ... Left on our own, we don't always make the healthiest choices." In this view, we are uninformed, undisciplined children whose health and well-being require the unremitting protection of the therapeutic state. »

> Les médecins doivent donner une nouvelle signification au terme de patient car, dans le nouvel ordre des choses, malades et bien-portants figureront pareillement sur les listes de leurs médecins. […] Trop de nos concitoyens traversent la vie en s'accommodant d'une santé tout juste bonne. Tandis qu'ils accomplissent leurs tâches quotidiennes, ces hommes tout juste en forme ne reconnaîtront pas l'exultation et le bonheur de la parfaite santé. Le rôle du médecin de demain est un droit absolu pour tous. Plus de bonne santé débordante, c'est plus de bonheur, de confort, d'utilité et de valeur économique pour l'individu. [211]

Ces propos sont souvent repris par les commentateurs les plus critiques au moment de souligner le fait que Philipps a joué plus tard un rôle important dans la mise au point de la définition de la santé de l'OMS. Qu'il faille sauver la population de sa propre ignorance et de sa propre médiocrité en lui prodiguant les conseils et des prescriptions pour l'éduquer, et ce pour son propre bien, c'est une idée indissociable d'une conception positive de la santé.

La biopolitique permet ainsi un contrôle social à travers un discours médical : « il faut manger cinq fruits et légumes par jour », « il ne faut pas fumer », « il ne faut pas manger trop gras, ni trop sucré, ni trop salé », « il faut modérer la consommer d'alcool », etc.[212] Ces injonctions induisent également une forme de *responsabilisation* pour l'individu tombant malade, implicitement présumé coupable de ne pas avoir assez bien pris en compte (ou de ne pas s'être suffisamment conformé) au « bien » promulgué par l'Etat, pris comme autorité politique ou morale. L'individu n'en sort pas entièrement perdant car, en contrepartie, il retire un certain sentiment de maîtrise sur sa propre condition en respectant ces injonctions communément acceptées comme moralement bonnes et portant souvent l'estampille « scientifiquement prouvé ». En étant attentif à son alimentation, à son activité physique, à ses heures de sommeil ou

---

[211] PHILIPPS W., « The physician and the patient of the future », *Jama*, Vol.86, 1926, pp.1259-1265.

[212] Notons que « l'amoralité des pauvres » est un grand thème du siècle passé : il y est question de comportements majoritairement exercées par des couches socio-économiques basses de la population pour les prohiber et les associer à des jugements moraux négatifs, par exemple : les jeux, l'abus d'alcool ou de tabac, manger trop gras, trop sucré, trop salé, etc.

d'ensoleillement, à son poids, son taux de cholestérol, son apport en vitamine D, jusqu'à son nombre d'orgasmes hebdomadaires et à ses minutes passées à rire quotidiennement – chaque individu choisissant, dans une liste non exhaustive mais infiniment extensible, quelles prescriptions lui importent de façon privilégiée –, en d'autres termes : en acceptant de se discipliner et de se « normaliser », l'individu se conforte dans une forme de valorisation réconfortante. Marshall H. Becker ira jusqu'à dire, à propos de la promotion de la santé, qu'elle « devient une nouvelle religion dans laquelle nous vouons un culte à nous-mêmes et attribuons notre bonne santé à notre dévotion[213]. »

Roland Gori étoffe ce thème du rapprochement entre le « sanitairement correct » et le salut religieux en n'hésitant pas à comparer la définition de la santé promulguée par l'OMS à une « promesse messianique de bien-être [pour l'individu][214] » et l'EBM, l'épidémiologie et la cartographie génétique aux Saintes Ecritures. Il poursuit :

> Nous avons naturalisé le sens et la cause de ce qui nous arrive. Nous avons chassé les Dieux et les Esprits de ce monde, nous avons répudié les animistes et les superstitions qui nous faisaient nous sentir coupables de tomber malades ou de bien nous porter, congédié les mythes tragiques et les drames historiques de notre existence, mais nous en avons installé d'autres fabriqués à l'étoffe même de ce qui les avait chassés. Nous croyons aux statistiques comme d'autres croient aux esprits, nous croyons aux régimes et aux styles de vie comme d'autres croient à l'efficacité des cultes. Nous avons chassé les prêtres qui prétendaient gouverner notre vie, mais… nous croyons à la propagande des laboratoires pharmaceutiques, à la rhétorique des discours de santé publique et aux déclarations des épidémiologistes, ces médecins qui ont trouvé le moyen de ne soigner les maladies que par des traitements… statistiques.[215]

Ainsi, la modernité aurait arraché le sujet moderne aux tyrannies de l'Eglise et de la monarchie absolue afin de faire reposer sa liberté nouvelle sur la Raison, seulement

---

[213] BECKER M.H., « The Tyranny of Health Promotion », *Public Health Reviews*, Vol.14, 1986, p.15-25.
[214] GORI R., « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du "souci de soi" », *op.cit.*, p.80.
[215] *Ibid.*, pp.80-81.

pour voir celle-là instrumentalisée au cours des siècles suivants par les sciences et les techniques[216].

Normalisation, conformisme et rationalisme moral

Nous avons vu qu'envisagé par son aspect collectif et politique, la médicalisation était dénoncée pour l'exercice d'une *moralisation* des comportements et une *responsabilisation* de l'individu vis-à-vis des risques sanitaires qu'il encourt. Cette responsabilisation individuelle peut également s'énoncer comme une *internalisation* des causes des maladies ou de la santé. Nous verrons désormais que la médicalisation est également dénoncée comme facteur de *normalisation* qui, à terme, fait craindre le passage à une « société de la normalisation » – une société où il y aurait, selon les termes de Foucault dans *Naissance de la clinique*, « convergence spontanée, et profondément enracinée, entre les exigences de l'*idéologie politique* et celles de la *technologie médicale*[217]. »

Foucault définit la normalisation comme une technologie nouvelle servant à régir une collectivité humaine, en rapport avec la biopolitique émergeante du 19e siècle[218]. Elle est liée à la création d'une nouvelle forme d'individu, un « *individu normal* », par le biais de technologies disciplinaires. La *normalité* statistique, évidemment, précède toujours la norme : elle apparaît naturellement là où plusieurs individus sont

---

[216] GORI R., « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du "souci de soi" », *op.cit.,* p.75. Voir aussi SKRABANEK P., *La Fin de la médecine à visage humain*, *op.cit.*, p.164 : « Les utopies religieuses ont été remplacées par une religion sécularisée fondée sur la Raison et la Science. »

[217] FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963, p.37, en italique dans le texte original. Voir aussi FOUCAULT M., *Il faut défendre la société : Cours au Collège de France (1975-1976)*, Paris, Gallimard/Seuil, 1997, p.225 : « La société de normalisation, c'est une société où se croisent, selon une articulation orthogonale, la norme de la discipline et la norme de la régulation. »

[218] PALTRINIERI L., « Gouverner le choix procréatif : biopolitique, libéralisme, normalisation », *Cultures & Conflits*, Vol.78, été 2010, pp.62-66.

considérés dans un ensemble. Selon Foucault, l'émergence, vers le milieu du 18e siècle, du concept de population (en tant qu'ensemble dénombrable, mesurable et quantifiable) a été une condition pour développer une normalisation dite *disciplinaire*[219]. La normalisation se déroule à partir du collectif par une opération d'« individualisation des multiplicités », en deux temps : il s'agit d'abord de décomposer la population selon une multitude de critères, afin de calculer, à l'aide d'outils statistiques, des normes qui serviront à départager le normal et l'anormal. Ensuite, il s'agit de recomposer, sur base de ces normes, un modèle prescriptif auquel les individus devront adapter leur comportement par le recours à des dispositifs disciplinaires.

La normalisation par individualisation des multiplicités s'opère autour de normes statistiques, départageant la normalité et l'anormalité et accordant à une courbe particulière au sein de ces courbes statistiques (par exemple une moyenne) un rôle prescriptif, rendu opérant par le biais des procédés disciplinaires. La norme, dans les sociétés disciplinaires où se réalise la normalisation, se présente comme un ordre en fonction duquel les individus s'*ajustent*, comme une façon nouvelle d'appartenir à la société. La « *normation* » est le processus par lequel l'écart entre un comportement et la norme est évalué ; la discipline, le moyen d'*adapter* le comportement des individus[220].

---

[219] FOUCAULT M., *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, pp.177-191. Cfr. notamment PALTRINIERI L., « Quantifier la qualité. Le « capital humain » entre économie, démographie et éducation », *Raisons politiques*, 2013, Vol.4, N° 52, pp. 89-107.

[220] FOUCAULT M., *Sécurité, Territoire, Population. Cours au Collège de France (1977-1978)*, Paris, Gallimard/Seuil, 2004, p.59.

Par ailleurs, une normalisation dite *biopolitique* consiste « à *repérer* des courbes *favorables à un certain objectif*[221] » et à ramener les autres courbes à celle-là, édictée comme *norme optimale*. S'il ne s'agit pas ici d'une norme s'imposant comme résultante d'une forme de normalité, mais d'une séquence d'éléments repérée et sélectionnée comme norme dans le but de desservir un certain objectif. Nous en revenons ainsi au risque que représentait la convergence des exigences de l'*idéologie politique* et de celles de la *technologie médicale*, qui nourrit le soupçon d'un possible détournement de la médecine quant à son rôle thérapeutique. Comment, en effet, sont déterminés les objectifs en fonction desquels les normes biopolitiques sont édictées ?

Dans le cas où les objectifs seraient d'abord thérapeutiques, partant d'une définition moderne de la santé, la séquence de comportements qui serait édictée comme norme devrait en premier lieu favoriser le bien-être des individus. Mais la biopolitique consiste d'abord, pour Foucault, dans un outil de gouvernance, et son intrication avec une idéologie politique laisse présager des objectifs tout autres que la santé des individus, sauf exception : dans le cas où la santé de l'individu serait *définie* dans les termes de l'objectif prôné par l'idéologie concernée – imaginons, si la santé est définie comme la faculté d'accomplir un travail productif au service de sa communauté, dans un contexte capitaliste et néolibéral.

C'est ce que critique Skrabanek dans son ouvrage *La Fin de la médecine à visage humain*[222], un texte caustique critiquant violemment l'hygiénisme contemporain et la promotion-santé menée par l'Etat. L'auteur ne manque pas de rappeler qu'un homme

---

[221] PALTRINIERI L., « Gouverner le choix procréatif : biopolitique, libéralisme, normalisation », *op.cit.*, p.63.
[222] SKRABANEK P., *La Fin de la médecine à visage humain*, *op.cit*. Le titre original est : « The Death of Humane Medecine and the Rise of Coercive Healthism ».

en super-santé est également présenté comme un homme ayant une plus grande valeur économique et que l'idée même d'une super-santé, propre à un super-homme, est bien américaine[223]. Il mentionne la réappropriation de l'image du parfait travailleur stakhanoviste par les démocraties occidentales[224]. Finalement, il conclut : « le rôle de la médecine est-il de transformer les gens en robots économiquement utiles et heureux[225] ? »

Gori comme Skrabanek soulignent la culture du conformisme qui résulte des tentatives d'optimiser la santé et le bonheur, et comme le souligne celui-ci : « le conformisme est le signe de totalitarisme rampant[226]. » Celui-là nomme le conformisme « un *totalitarisme de la forme*[227]. » Le sujet consentirait librement à se soumettre à un rationalisme moral[228] dictant le « politiquement correct » se faisant l'écho du « sanitairement correct », justifié par le discours de la promotion-santé. Skrabanek insistait en son temps sur l'aspect coercitif de la médecine jointe au pouvoir étatique, mais passé le tournant du siècle, cette veine de discours s'est orientée plutôt vers une analyse des structures du système capitaliste, qui n'aurait plus besoin d'user de la contrainte, mais qui œuvrerait par la responsabilisation individuelle et de l'internalisation des messages de promotion-santé à travers la publicité/propagande[229].

---

[223] Wendell Philipps : « Plus de bonne santé débordante, c'est plus de bonheur, de confort, d'utilité et de valeur économique pour l'individu. Nous ne connaîtrons pas de superman sans super-santé. » dans *ibid.*, p.44.
[224] *Ibid.*, p.182.
[225] *Ibid.*, p.44.
[226] *Ibid.*, p.170.
[227] GORI R., DEL VOLGO M.-J., *La santé totalitaire*, *op.cit.*, p.144.
[228] *Ibid.*, p.139.
[229] Voir ROSE N., *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999.

Le prix à payer : les maladies iatrogènes

D'une manière générale, il semble que les directions qui ont été adoptées par suite de la médicalisation ne soient surprenamment pas les plus prometteuses sur le plan de la santé–bien-être. Au contraire : pionnier dans un mouvement de dénonciation de l'obsession de la santé et des ressources déployées pour développer les institutions de la santé, Ivan Illich, auteur de *Némésis médicale. L'expropriation de la santé* (1974), atteste : « La recherche de la santé est devenue le facteur pathogène prédominant[230] ».

L'œuvre d'Illich est traversée par cette thèse : celle de « la contre-productivité caractéristique de toutes les institutions de l'après-guerre, de leur paradoxe technique, social et culturel[231]. » La *Némésis médicale* n'a été écrite que pour exemplifier cette thèse, qu'il avait déjà appliquée à l'école, aux transports et aux logements. L'explication de cette thèse tient en ceci : l'institution, dans la société industrielle, finit par aliéner l'être humain et la société dans son ensemble. Dans le cas de la santé, cela s'énonce comme suit : « Se soumettant à l'optimisation, le sujet se renie[232]. »

En 1974, Illich identifiait trois niveaux d'*iatrogenèse*, c'est-à-dire de « diminution de la santé des hommes par le développement morbide de l'institution médicale[233] » : une *iatrogenèse clinique*, résultant directement du coût provoqué par un système médical complexe ; une *iatrogenèse sociale*, liée à la perte de la capacité personnelle à s'adapter à son environnement ; et enfin une *iatrogenèse structurelle*, qui s'attaque à l'autonomie des hommes par la diminution de leur capacité à faire face à la douleur, à

---

[230] ILLICH I., « L'obsession de la santé parfaite. Un facteur pathogène prédominant », *Le Monde Diplomatique*, Mars 1999, p.28.
[231] *Idem.*
[232] *Idem.*
[233] ILLICH I., *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, *op.cit.*

l'infirmité et à la mort en nourrissant le mythe selon lequel ces maux peuvent être supprimés de l'existence.

En 1994, c'est ce troisième niveau de développement morbide qui préoccupe encore l'auteur. Il souligne la confusion qui découle de ce que nous appelons « la santé » et réaffirme la vérité fondamentale qu'il voit au cœur de la condition humaine : « j'ai mal. Je souffre de certains troubles. Il est certain que je mourrai[234]. » Les symptômes que traite la médecine moderne, souligne-t-il, sont bien plus le résultat de nos modes de vies que le signe d'une fatalité naturelle à combattre. Illich s'oppose ainsi à l'internalisation et l'individuation des maladies, et considère « l'incitation à assumer la responsabilité de [s]a santé dénuée de sens, fallacieuse, indécente et, d'une façon très particulière, blasphématoire[235]. » Son engagement veut revaloriser ce qu'il appelle la santé subjective, celle qui se vit, se raconte, s'expérimente, face à une santé « prétendument objective », qui ne se donne que lorsqu'on abstrait le corps du sujet, lorsqu'on l'ausculte plutôt qu'on ne l'écoute, lorsqu'on procède à l'analyse et au calcul froid d'éléments quantifiés plutôt que de s'appuyer sur ce qui s'offre à la vue[236].

> Beaucoup d'entre nous sont fascinés par l'éclat des « solutions » high-tech. Nous croyons pathétiquement aux remèdes miracles, nous croyons faussement que toute douleur est un mal qu'il faut supprimer, nous voulons retarder la mort à n'importe quel prix. […] J'invite chacun à détourner son regard, ses pensées, de la poursuite de la santé, et à cultiver l'art de vivre. Et, tout aussi importants aujourd'hui, l'art de souffrir, l'art de mourir. [237]

Le risque d'une surmédicalisation est aussi celui de la tentation du solutionnisme[238] technologique. « Pour tout résoudre, cliquez-ici » annonce le livre de Evgeny

---

[234] ILLICH I., « Le renoncement à la santé », *L'Agora*, Juillet/Août 1994.
[235] *Idem.*
[236] ILLICH I., « L'obsession de la santé parfaite. Un facteur pathogène prédominant », *op.cit.*, p.28.
[237] ILLICH I., « Le renoncement à la santé », *op.cit.*
[238] Le terme « solutionnisme » est un néologisme faisant référence à un courant de pensée originaire de la Silicon Valley selon lequel la technologie nous permettrait en fin de compte de résoudre tous les

Morozov[239] ; en s'attaquant au discours qui promet de faire disparaître les problèmes de notre vie en un clic, l'auteur met en évidence un penchant bien de notre temps. Le solutionnisme thérapeutique, ou pharmacologique, pourrait s'énoncer comme suit : « il suffit d'avaler ceci », ou « d'adopter tel régime, tel style de vie ». Illich nous rappelle ici de ne pas nous tromper de combat : il n'y a rien à gagner à échapper à notre condition humaine, sauf de nouvelles formes de souffrances et d'afflictions. Ces nouvelles maladies, ainsi que le rapport dont elles témoignent entre l'individu et la nouvelle responsabilité qui lui incombe, sont aussi l'objet de la recherche de Alain Ehrenberg, que nous verrons au chapitre suivant.

---

problèmes. Ainsi, Eric Schmidt, président exécutif de Google, disait en 2012 : « Si nous nous y prenons bien, je pense que nous pouvons résoudre tous les problèmes du monde. » dans MOROZOV E., *Pour tout résoudre cliquez ici. L'aberration du solutionnisme technologique*, Limoges, Editions Fyp, 2014, p.14.

[239] Voir *ibid.*

CHAPITRE 7
L'INDIVIDU-TRAJECTOIRE ET LE CULTE DE LA PERFORMANCE

De par ses travaux portant sur l'individu dans la société moderne et le malaise qui le traverse à cause des injonctions de performances et d'autonomie, Alain Ehrenberg a contribué de façon importante à l'anthropologie de l'individu contemporain, c'est-à-dire du « type de personne qui s'institue au fur et à mesure que nous sortons de la société de classes, du style de représentations politique et de régulation des conduites qui lui était attaché[240]. » Particulièrement, il est l'auteur d'une enquête étendue sur trois ouvrages publiés entre 1991 et 1998 – *Le Culte de la performance*[241], *L'Individu incertain* [242] et *La Fatigue d'être soi* – dépeignant de façon originale les transformations qui ont eu lieu dans la société, permettant de mettre en lumière la nouvelle forme de mal-être constitutive à l'individu qu'elle façonne.

Les mutations de l'individualité à la fin du 20e siècle

Retraçons d'abord dans les grandes lignes le cheminement que propose Ehrenberg à travers les mutations de l'individualité à la fin du 20e siècle, qui donnent lieu au malaise de l'individu contemporain. Dans *Le Culte de la performance*, l'auteur expose la montée de l'importance de l'action individuelle pour se démarquer dans un modèle démocratique d'apparence égalitaire où les classes sociales ont laissé place aux masses dans lesquelles les individus sont mis en concurrence. Ainsi l'imaginaire français a-t-il été colonisé sur le cours d'une dizaine d'années entre les années 1980 et les années

---

[240] EHRENBERG A., *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998, p.11.
[241] EHRENBERG A., *Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991.
[242] EHRENBERG A., *L'Individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995.

1990 par les mythes de héros de la performance, c'est-à-dire de personnes présentées comme ordinaires qui auraient réussi à percer dans la scène publique, devenant ainsi des symboles d'excellence sociale, de réalisation personnelle et des modèle de conduite pour chacun. Il résulte de ce mythe la montée de valeurs comme celles de la concurrence économique, de la compétition sportive et de la consommation qui deviennent des modèles pour la vie de chacun :

> […] chaque individu doit, dans son travail, ses loisirs ou sa vie affective, conduire sa vie comme un vrai professionnel de sa propre performance. La professionnalisation de la vie sous les auspices de l'entreprise serait désormais la seule voie pour conquérir son autonomie, se repérer dans l'existence et définir son identité sociale.[243]

Ce nouveau modèle fait peser sur l'individu des responsabilités croissantes, d'autant plus que le type d'organisation collective structurant traditionnellement l'exercice politique tombe simultanément en désuétude. « Nous sommes entrés dans une société de la responsabilité de soi[244] », affirme le sociologue dans l'introduction de son second ouvrage, *L'Individu incertain*. Au lieu d'être déterminé par ses origines, son appartenance à une classe sociale, à une tradition, à une communautaire, l'*individu incertain* doit faire face à une indétermination qui ne peut se résoudre que par son action : « chacun doit impérativement se trouver un projet et agir par lui-même pour ne pas être exclu du lien, quelle que soit la faiblesse des ressources culturelles, économiques ou sociales dont il dispose[245]. »

Ces déplacements au sein de l'individualité invitent à redéfinir la place de la subjectivité, collectivement d'une part, ce qui est inédit, mais également individuellement, ce qui mènera le sujet à investir d'un côté des techniques d'action

---

[243] EHRENBERG A., *Le Culte de la performance*, *op.cit.*, p.16.
[244] EHRENBERG A., *L'Individu incertain*, *op.cit.*, p.14.
[245] *Idem.*

sur soi afin de *restaurer la sensation de soi* à travers l'usage de psychotropes « qui stimulent l'humeur et multiplient les capacités individuelles sur le mode du dopage en sport[246] » ; de l'autre, le sujet investit de se mettre en scène de façon à *reconstruire l'image de soi*, ce pour quoi joueront un rôle important les développements électroniques de la télévision, de l'interactivité et du cyberespace.

La conquête des nouvelles structures de l'individualité s'accompagne « d'un souci inédit pour la souffrance psychique[247]. » C'est pourquoi le troisième volet de l'enquête menée par Ehrenberg consiste à explorer la notion psychiatrique de dépression, présentée comme la nouvelle maladie « à la mode ». Le sujet de la dépression est indissociable de celui des antidépresseurs et des nouvelles générations de médicaments, avec en figure de proue le fameux Prozac. L'auteur note ainsi que la différence entre « médicaments psychotropes qui traitent des pathologies mentales, et drogues illicites, qui modifient nos états de conscience[248] » n'est plus aussi nette qu'elle le fût des décennies auparavant : « Il nous faudra de plus en plus vivre avec des psychotropes améliorant l'humeur, augmentant la maîtrise de soi et adoucissant peut-être les chocs de l'existence[249]. »

Les questions qui occuperont les pages de *La Fatigue d'être soi* balisent l'enquête de façon à prendre la mesure des modes de vies que l'usage de ces psychotropes révèlent : il s'agit d'élucider pourquoi et comment la dépression s'est imposée comme la nouvelle maladie du siècle ainsi que de quelles mutations de l'individualité elle est le fruit. L'enquête le mènera à affirmer :

---

[246] EHRENBERG A., *La Fatigue d'être soi*, *op.cit.*, p.11.
[247] *Idem.*
[248] *Idem.*
[249] *Idem.*

> La dépression amorce sa réussite au moment où le modèle disciplinaire de gestion des conduites, les règles d'autorité et de conformité aux interdits qui assignaient aux classes sociales comme aux deux sexes un destin ont cédé devant des normes qui incitent chacun à l'initiative individuelle en l'enjoignant à devenir lui-même. […] Cette manière d'être [la dépression] se présente comme *une maladie de la responsabilité* dans laquelle domine le sentiment d'insuffisance. Le déprimé n'est pas à la hauteur, il est fatigué d'avoir à devenir lui-même. [250]

L'abandon du modèle disciplinaire au profit d'un modèle de la performance implique que, désormais, « la mesure de l'individu idéal est moins la docilité que l'initiative[251]. » Le vocabulaire de la transgression, du conformisme et de la culpabilité est désormais remplacé par celui de la responsabilité, de l'initiative et des ressources personnelles. Et la dépression se présente alors comme une *panne* chez l'individu pour qui rien n'est vraiment interdit, mais pour qui rien n'est vraiment possible non plus. Aux yeux d'Ehrenberg, « la dépression a ceci de particulier qu'elle marque l'impuissance même du vivre[252] », quels qu'en soient les symptômes. Elle est l'ombre de l'homme « fatigué d'entreprendre de devenir seulement lui-même et tenté de se soutenir jusqu'à la compulsion par des produits ou des comportements[253]. »

Le coût d'une société psychopharmacologique

Ehrenberg observait que la modification de nos états par l'usage de psychotropes, qu'ils soient consommés comme médicaments ou comme drogues, s'installe progressivement comme une pratique courante. C'est une observation à laquelle fait échos celle de Nikolas Rose qui, dans son article intitulé « Neurochemical Selves[254] » précise l'état de ce qu'il appelle les « *sociétés psychopharmacologiques* » :

---

[250] *Ibid.*, p.10.
[251] *Ibid.*, p.14.
[252] *Ibid.*, p.15.
[253] *Ibid.*, p.17.
[254] ROSE N., « Neurochemical selves » dans *The politics of life itself. Biomedicine, power and subjectivity in the 21st century*, Princeton, Princeton University Press, 2003.

> Au cours de la dernière moitié du 20e siècle, les pratiques de soins de santé dans les sociétés développées, libérales et démocratiques, notamment l'Europe et les États-Unis, sont devenues de plus en plus tributaires des produits pharmaceutiques commercialisés. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne la psychiatrie et la santé mentale. Nous pourrions appeler ces sociétés « psychopharmacologiques ». Ce sont des sociétés où la modification de la pensée, de l'humeur et de la conduite par des moyens pharmacologiques est devenue plus ou moins routinière. Dans de telles sociétés, dans de nombreux contextes, de différentes façons, par rapport à divers problèmes, par des médecins, des psychiatres, des parents et par nous-mêmes, cela fait désormais partie de la routine de voir les capacités subjectives humaines être transformées par des médicaments psychiatriques. [255]

Plus il existe de moyens, disciplinaires, thérapeutiques ou pharmacologiques, pour agir sur soi, plus la responsabilité qui repose sur l'individu d'en user est grande. Cette responsabilité prend la forme d'une responsabilité morale, avant tout, mais pouvons-nous imaginer un instant ce qu'il en serait si cette responsabilité prenait un tournant légal ? Comme il est de la responsabilité du conducteur de s'assurer des conditions de sa propre visibilité sur la route, de la même façon, le pilote ou le chirurgien n'est-il pas tenu de s'assurer de pouvoir être suffisamment alerte et éveillé durant les missions qui lui sont confiées ? Et si ces missions deviennent, de fait, de plus en plus exigeantes ? Serait-il en fin de compte contraint *de fait* à user d'un psychostimulant comme le Modafinil, permettant d'augmenter la vigilance, puisque ce dernier est disponible ?

L'affirmation que fait Ehrenberg suivant laquelle « il nous faudra de plus en plus vivre avec [256] » ce genre de techniques sonne pragmatique et juste. De nombreuses controverses et des débats éthiques entourent l'usage de ces psychostimulants, ou des nootropiques, généralement autour des questions de la concurrence et de l'égalité des

---

[255] ROSE N., « Neurochemical selves », *op.cit.*, p.187 : « Over the last half of the twentieth century, health care practices in developed, liberal, and democratic societies, notably Europe and the United States, became increasingly dependent on commercially produced pharmaceuticals. This is especially true in relation to psychiatry and mental health. We could term these "psychopharmacological" societies. They are societies where the modification of thought, mood and conduct by pharmacological means has become more or less routine. In such societies, in many different contexts, in different ways, in relation to a variety of problems, by doctors, psychiatrists, parents and by ourselves, human subjective capacities have come to be routinely re-shaped by psychiatric drugs. »

[256] EHRENBERG A., *La Fatigue d'être soi*, *op.cit.*, p.11.

chances, à cause de la difficulté de discerner un usage médical d'un usage de confort, ou d'un usage visant à améliorer les performances. Dans l'hypothèse où une telle frontière ne pourrait être tracée (ce qui résulterait d'une définition des notions du médical, de la santé et de la pathologie elles-mêmes trop indistinctes des fantasmes de fonctionnement idéal), il apparaît qu'il nous faille, en effet, simplement « vivre avec ». Et encore, cette frontière pourrait-elle être tracée, de quel droit pourrions-nous interdire un usage cosmétique à une personne qui en serait demandeuse[257] ?

La responsabilité grandissante pour l'individu à devoir gérer ce genre de questions rappelle le thème de l'individu présenté comme une petite entreprise[258]. Mis dans un contexte de concurrence, l'individu devrait pouvoir reposer sur ses propres ressources et faire des choix stratégiques, pour faire fructifier ses *capitaux* – un « capital santé », un « capital bonheur », etc. – qui sont en dernier recours des fragments d'une ressource plus englobante de l'existence humaine : le « capital humain[259] ». Plus les moyens à disposition pour augmenter, *apparemment*, la maîtrise de l'individu sur les conditions de réalisation de ses entreprises, plus la pression induite par la concurrence devient lourde pour lui.

---

[257] C'est une des questions que pose Peter Kramer dans *Listening to Prozac*, *op.cit.*

[258] Voir GORZ A., « La personne devient une entreprise. Note sur le travail de production de soi », *Revue du MAUSS*, N°18(2), 2001, p. 61-66. Voir aussi Voir GORI R., « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du "souci de soi" », *op.cit.,* p.77 : « L'individu transformé en séries de comportements produits par une petite entreprise autogérée et ouverte à la performance et à la compétition. »

[259] « Selon la définition de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), le capital humain recouvre les connaissances, les qualifications, les compétences et les autres qualités d'un individu qui favorisent le bien-être personnel, social et économique » dans KEELEY, B., *Le capital humain. Comment le savoir détermine notre vie,* OCDE/Les essentiels de l'OCDE, 2007, p.30. Gary Becker obtient en 1992 le prix Nobel d'économie pour le développement de sa théorie du capital humain.

L'idée de l'homme maître absolu de lui-même est l'un des fantasmes profond de l'humanité, récurrent dans son histoire et présent de nos jours dans sa forme technophile sous l'avatar du transhumanisme, qui prêche le dépassement de la finitude humaine avec l'aide des biotechnologies[260]. L'étendue et la vitesse du développement technologique ces dernières décennies invitent à croire que celui-ci sera exponentiel – mais jusqu'où la maîtrise de l'homme est-elle *réellement* augmentée ?

Dans le troisième volet de son enquête, Ehrenberg nous propose de pondérer l'engouement pour le potentiel libérateur d'une augmentation du territoire de notre maîtrise sur nous-mêmes : la nouvelle maîtrise que nous avons acquis ne nous libère de rien.

> Nous pouvons manipuler notre nature mentale ou corporelle, nous pouvons faire reculer nos limites par des moyens multiples, mais cette manipulation ne nous délivre de rien. Les contraintes et les libertés se modifient, mais « la part de l'irréductible » ne diminue pas.[261]

La recrudescence de nouvelles maladies pour remplacer celles dont nous venons à bout indique pour lui qu'une part d'humanité irréductible se transforme sans se laisser réduire. L'angoisse, le mal-être, la misère affective et l'usure persistent, et sont réaffirmées comme les nouvelles maladies qui menacent l'homme dans sa confrontation avec d'une part le vertige d'une possibilité illimitée et d'autre part la nausée que provoque chez lui l'immaitrisable. Ehrenberg rappelle ainsi que les nouvelles maladies sont le fruit des transformations de notre façon de vivre, et que « la dépression et l'addiction sont comme l'avers et l'envers de l'individu souverain[262] » : l'une comme l'autre sont constitutives de la personne, de tout temps. Elles sont

---

[260] A propos des thèses de l'*enhancement* et de la « convergence technologique », voir THIEL M.-J., *La santé augmentée. Réaliste ou totalitaire ?*, op.cit., pp.76-106.
[261] EHRENBERG A., *La Fatigue d'être soi*, *op.cit.*, p.249.
[262] *Idem.*

symptômes de la finitude irréductible de l'humain, et si la façon dont il nous arrive d'en faire l'expérience varie en suivant les contextes, elles servent de garde-fou dans le sens où elles nous rappellent que l'« on ne quitte jamais l'humain[263]. »

> On ne distinguerait plus se soigner de se droguer. Dans une société où les gens prennent en permanence des substances psychoactives qui agissent sur le système nerveux central et modifient ainsi artificiellement leur humeur, on ne saurait plus ni *qui est soi-même* ni même *qui est normal*. [264]

L'individu-trajectoire : une humanité tournée vers l'avenir

Ce que Ehrenberg appelle l'« individu-trajectoire » capture quelque chose de précieux pour penser le rapport du sujet moderne à son identité. Dans les révolutions culturelles de la seconde moitié du 20e siècle, le sujet s'est transformé de façon à se libérer des catégories qui lui étaient imposées par la tradition et à faire reposer son identité sur ses actions propres. Plus question désormais de se contenter de l'acquis de naissance, de cette place reçue en héritage : chaque individu de chaque génération doit donc se réinventer, se dépasser, identifier ses projets, les réaliser, faire épanouir ses entreprises et s'épanouir soi-même d'un même coup.

En contrepartie, cette nécessité nouvelle qui s'impose aux populations massifiées fait reposer sur l'individu la responsabilité de se dépasser, comme une lutte pour l'existence. L'individu-trajectoire n'a rien d'autre que son action individuelle pour soutenir son existence. L'enjeu est grand : pour mener à bien ses projets, se montrer à la hauteur dans la diversité des exigences qui lui reposent sur lui, l'individu-trajectoire n'a, dirait-on, pas droit à l'erreur : chaque moment de son existence façonnera son

---

[263] *Ibid.,* p.250.
[264] *Ibid.,* p.12.

destin – c'est du moins ce que le terme « individu-trajectoire » semble laisser entendre.

> L'action aujourd'hui s'est individualisée. Elle n'a alors d'autre source que l'agent qui l'accomplit et dont il est le seul responsable. L'initiative des individus passe au premier plan des critères qui mesurent la valeur de la personne. [265]

Le support médical ne viendrait-il pas soulever un peu de cette responsabilité écrasante des épaules de l'individu ? Un certain discours solutionniste n'aiderait-il pas à faire face à la peur de la finitude, à l'angoisse de ne pas être suffisant ? Obéir aux prescriptions, cela ne reviendrait-il pas à se déresponsabiliser en partie en se soumettant à une voix extérieure faisant autorité ? La normalisation des conduites, le conformisme, n'offrent-t-ils pas une certaine assurance « d'être dans le bon », plutôt que de courir le risque d'être original et d'échouer ? Un diagnostic ne viendrait-il pas soulager l'individu-trajectoire, en lui assignant une étiquette, la reconnaissance d'un handicap qui légitime les difficultés qu'il éprouve à se démarquer dans cette course à la performance qui lui donne son identité ?

Le chapitre suivant sera l'occasion de revenir sur ces questions, et plus particulièrement en réinvoquant le cas de Fanny présenté en introduction. Fanny souffre-t-elle d'un trouble que nous pourrions identifier à une maladie ou à un handicap particulier qui légitime et appelle une prise en charge particulière ? Quel est le poids du diagnostic pour elle ? Et si le problème était moins celui de la maladie et de la santé que celui de l'identité qui dérive du diagnostic ? Rappelons-nous : c'est en effet au niveau identitaire que le diagnostic lui posait problème.

---

[265] *Ibid.*, p.198.

CHAPITRE 8
ANTHROPOLOGIE DE L'HOMME DONT L'EXISTENCE ORDINAIRE EST MEDICALISEE

> Le barbare, il faut bien l'avouer, n'a pas de peine à bien se porter, tandis que pour les civilisés, c'est là une lourde tâche.
>
> SIGMUND FREUD

Revenons au cas de Fanny[266]. Fanny est-elle malade ? Il nous faut admettre, en fin de parcours, que le terme « maladie » est, en langue française, relativement pauvre, alors qu'il couvre indistinctement trois termes distincts en anglais : *disease*, *illness*, *sickness*. Nous avons vu que les frontières entre ce que l'on désigne comme relevant de la maladie et de la santé a fait l'objet d'une discussion importante ces dernières décennies. Nous pourrions demander : la difficulté que ressent Fanny à cause de son travail est-elle pathologique ? Et nous pourrions répondre, si le raccourci étymologique nous était accordé : si pathologique vient de « *pathos* », alors oui, car elle en souffre. Cela signifie-t-il que Fanny requière une prise en charge médicale ? Selon la définition qui est donnée du médical, la réponse pourrait varier.

D'un côté, s'il est considéré que le rôle du médical est d'alléger les souffrances, de réduire la douleur, de répondre à la plainte du patient, alors oui, bien sûr, si des moyens techniques sont disponibles pour lui venir en aide et la soulager, ce serait son rôle de le faire. Beaucoup de médecins voient encore leur travail de cette manière : il est des passes dans la vie où une personne a simplement besoin d'un coup de pouce –

[266] Cfr. *Supra* « Introduction. Le cas de Fanny ».

pour supporter un deuil, pour se relever d'une rupture amoureuse ou d'un licenciement, ou encore lorsqu'il faut juste soutenir l'effort quelques mois de trop pour atteindre un objectif. D'un autre côté, s'il est tenu que la médecine sert à maintenir ou à augmenter l'autonomie d'un patient – ce qui pourrait procéder de certaines définitions de la santé, comme celle d'Engelhardt –, la réponse pourrait être plus complexe.

Où en reste l'idéal d'autonomie, avec la (sur)médicalisation de l'existence ? Quel est l'impact du solutionnisme pharmaceutique sur la visée d'autonomie du patient ? Dans le cas de Fanny, quelque chose se jouait au niveau de son rapport à soi lorsqu'il s'agissait d'intégrer un diagnostic dans la représentation qu'elle se faisait d'elle-même. Saisissons l'occasion, dans ce dernier chapitre, de revenir sur le point de vue de l'individu face aux opportunités que représente la prise en charge médicale moderne telle qu'il en est question dans l'exemple de Fanny, mais aussi face aux nouvelles responsabilités qui incombent à l'individu pour mener décemment son existence dans le monde.

Emancipation et responsabilité : entre pouvoir et devoir

> Telle est l'équation de l'individu souverain : libération psychique et initiative individuelle, insécurité identitaire et impuissance d'agir. [267]

Nous l'avons vu dans le chapitre précédent, Ehrenberg identifie une modification dans les formes de l'individualité de l'homme occidental au cours de la seconde moitié du 20e siècle, qui est le recul des valeurs traditionnelles comme l'obéissance vis-à-vis de lois et la culpabilité en cas de transgression, au profit de valeurs comme l'initiative et la responsabilité personnelles. Cette modification a fait émerger de nouvelles formes

[267] EHRENBERG A., *La Fatigue d'être soi*, *op.cit.*, p.250.

d'expérience de la finitude propre à notre condition humaine, qui se présente comme « la confrontation entre la notion de possibilité illimitée et celle d'immaîtrisable[268] ». Cela mène notre auteur à nommer les nouvelles maladies qui caractérisent le rapport à l'existence de l'individu contemporain des maladies de « l'émancipation », dans ce sens qu'elles résultent du joug de la responsabilité incombant désormais à l'individu, et non du joug des règles et des contraintes auxquels il était auparavant soumis.

Dans quelle mesure ces maladies accompagnent-elles nécessairement le rapport à l'existence et à la finitude de l'individu contemporain ? Dans son enquête sociologique, Ehrenberg ne s'avance pas trop à évaluer cette nouvelle forme de rapport à l'existence et à la finitude, si ce n'est qu'il affirme avec Freud que « le déplacement de la lourde tâche à bien se porter […] est le lot du civilisé[269]. » Bien plus loin, nuançant une position catastrophiste qui tiendrait ces modifications de l'individualité contemporaine (parmi lesquels la déconflictualisation du psychique) comme la fin du sujet, Ehrenberg affirme encore qu'il ne s'agit pas d'une dégradation des formes de sujet, mais seulement d'une transformation des structures qui le déterminent :

> Il ne me semble pas que le déclin du sujet, c'est-à-dire du sujet de ses conflits, soit équivalent à une désujectivation. Il montre plutôt que l'humain d'aujourd'hui n'est plus tout à fait celui de la fin du XIX^e^ siècle ni même celui de la moitié du XX^e^ siècle, car les conditions et les formes de la finitude ont changé.[270]

En ce qui nous concerne, nous souhaiterions prendre un temps pour évaluer cette transformation du sujet et du type de crises qui le guettent. Qu'il soit question de « maladies de l'émancipation » implique-t-il que ces maladies soient intrinsèquement

---

[268] *Ibid.*, p.247.
[269] *Ibid.*, p.15.
[270] *Ibid.*, p.225.

liées à la libération du sujet vis-à-vis des règles qui s'imposaient à lui – par nature ou par tradition – ou serait-ce possible que ces maladies de l'émancipation ne soient que des maladies d'une émancipation inachevée, partielle, faisant reposer une responsabilité trop lourde sur l'individu, sans lui accorder le pouvoir de la supporter ? Le type de crise du sujet qu'Ehrenberg nous a permis de décrire résulterait-il seulement de la conjonction d'une responsabilité et d'un pouvoir insuffisant[271] – étant entendu que si l'une de ces données variait, ces maladies ne seraient pas le lot de l'individu émancipé du 21e siècle ?

S'il est une chose qui apparaît avec une certitude probante dans l'enquête que mène Ehrenberg tout comme dans l'intuition qui guide notre raisonnement, c'est qu'il est de fortes chances que le pouvoir que nous visons ne sera jamais entièrement en notre possession car il s'agit de la part de nous-même dont le contrôle inconditionnellement nous échappe, la part de la finitude qui toujours nous habite, et nous définit en tant qu'êtres *humains* – rien qu'humains, dans toute la vulnérabilité que ce mot peut laisser entendre. Il nous reste ainsi le problème d'une responsabilité écrasante. Voyons deux stratégies pour y faire face : la première œuvrant dans le sens d'une *intériorisation* de la responsabilité en niant le caractère limité de notre pouvoir (ou en soutenant qu'il est possible de surmonter cette finitude en s'appuyant sur la technique) – qui est le moteur de la santé positive, des mouvements de l'*enhancement*, de la convergence technologique[272] et éventuellement du posthumanisme –, la seconde procédant par *extériorisation* de ce qui représente un frein à l'extension de notre contrôle.

---

[271] Ce qui fait écho à ce que Ehrenberg formule comme suit : « Rien n'est vraiment interdit, rien n'est vraiment possible. » dans *ibid.*, p.13.

[272] Marie-Jo Thiel, dans son récent ouvrage *La santé augmentée. Réaliste ou totalitaire ?*, *op.cit.*, met en évidence trois avatars de la médecine moderne – la *médicalisation*, le *santéisme* (ou « healthism » en

L'idéal moderne de la santé positive : un discours toxique

Nous avons eu l'occasion, plus haut[273], d'étudier en profondeur l'originalité de la conception positive de la santé, l'anthropologie qu'elle sous-tend ainsi que la façon dont une telle conception se donne en brouillant la frontière entre science objective et idéologie. Le souci de la santé positive est la transformation d'un concept objectif et scientifique de santé en un idéal illimité et arbitraire servant un modèle de société néo-individualiste compétitif en promouvant le bien-être individuel et l'optimisation de ses performances. Nous voudrions montrer dans ce qui suit, pourquoi la santé positive est un modèle *séduisant*, *écrasant* et en fin de compte, *toxique*.

Il est *séduisant* en ceci qu'il porte la promesse d'atteindre un état de santé idéal, se confondant éventuellement avec un état de bien-être complet, c'est-à-dire de pouvoir, avec les moyens techniques appropriés, surmonter les obstacles de la souffrance, du mal-être et de l'infirmité inhérents à la condition humaine. En dépeignant l'Homme comme un être autonome et responsable de sa propre santé, elle le convainc que son bonheur ne dépend que de lui, et donne ainsi l'impression que celui-là est disponible, s'il daignait seulement tendre la main pour s'en saisir – la béatitude accessible en un

---

anglais) et l'*enhancement* (transposition de l'anglais pour parler d'« augmentation », faisant référence au « *human enhancement* »), souvent liée à la « convergence technologique », indiquant que cette augmentation se fera par des voies technologiques. L'enhancement y est définit (suivant la définition figurant sur la page anglaise « Human enhancement » de Wikipedia, traduit par l'auteur) : « L'augmentation de l'homme se réfère à toute tentative de surmonter temporairement ou définitivement les limites actuelles du corps humain par des moyens naturels ou artificiels. […] Les technologies de l'amélioration humaine désignent des techniques qui peuvent être utilisées non seulement pour le traitement de maladies et du handicap, mais aussi pour améliorer les caractéristiques et les capacités humaines. » Voir THIEL M.-J., *La santé augmentée. Réaliste ou totalitaire ?*, op.cit., p.78.

[273] Cfr. *Supra* « Conclusion section 1 : Un changement de régime épistémologique et éthique provoqué par la définition positive de la santé ».

régime ou en trois pilules devient le slogan d'un solutionnisme thérapeutique sans précédent.

Il est *écrasant* dès lors que ce qui fait sa vitrine apparaît exactement comme tel : un discours alléchant mais creux, n'échappant finalement pas à la réalité qui ne manque pas de remettre l'individu face à sa propre finitude, face à ce qui le constitue qui inévitablement et irrémédiablement lui échappe ; ce qui, dans la vie, compose les drames de nos existences ordinaires. Or, plus la promesse d'une béatitude accessible pèsera lourd dans la représentation qu'un individu se fera de son existence, plus la douleur de ne pas y parvenir sera grande, et plus le poids de la responsabilité de ne pas avoir injecté suffisamment d'efforts dans cette course augmentera. Le caractère écrasant provient de ce qu'il présente comme accessible quelque chose qui ne l'est sans doute pas, et qu'il impute à l'individu lui-même la faute de ne pas parvenir à réaliser cette santé/bien-être idéale.

Enfin, il est *toxique* de pas son caractère additif : puisqu'il suffirait de redoubler d'efforts, le sujet s'épuise dans un jeu dont il ne pourra pourtant pas sortir gagnant. Dans des termes empruntés à Gori, la santé idéale et factice promue par la santé positive se présente comme un fétiche qui aliène le sujet.

> Dans cette grave crise éthique que traverse la culture moderne, l'*idéologie scientifique*, et en particulier médicale, vient voiler comme un *fétiche* ce que la rationalité a dérobé à la pensée : la nudité de l'humain, source du rêve, de l'amour, de toutes les passions. […] C'est là la spirale infernale : davantage on rationalise le réel, davantage se révèle ce qui manque à cette logique et davantage s'impose l'idéologie comme fétiche. De cette crise éthique de notre culture contemporaine naît cette idéologie qui tend à transformer la médecine et les sciences en guides moraux susceptibles de dire *comment il faut se comporter pour bien se porter*. [274]

[274] GORI R., « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du "souci de soi" », *op.cit.*, pp.69-70.

Le fétiche de l'idéologie médicale ne suffit pas à apporter à l'humain le salut qu'il espère y trouver. Le fétiche dont il est question est, à un stade embryonnaire, ce qui finira par se déployer dans des mouvements intellectuels et culturels tels que le transhumanisme : un solutionnisme cherchant à venir à bout des problèmes de la vie humaine – que nous pourrions peut-être tenter de nommer, en imaginant que le problème essentiel de l'existence humaine est d'être jeté dans un monde sans pouvoir absolu de maîtrise sur celui-ci, sans contrôle absolu de nous-mêmes, et traversant de ce fait des épreuves qui façonnent notre existence en lui donnant une forme authentiquement *humaine*. Le problème de l'humain, c'est l'humain. La solution serait d'en sortir, si tant est qu'une telle extraction soit possible en dehors des fantasmes alimentés par l'imaginaire de la science-fiction.

Récit phénoménologique de la pathologisation d'une finitude ordinaire

Nous avons fait mention plus haut d'une autre stratégie pour faire face à la responsabilité écrasante qui incombe à l'individu du 21^{e} siècle à bien se porter. Celle-ci n'est pas définie par la confiance qu'elle confesse dans le pouvoir salvateur des technologies, mais par ce qu'elle invite l'individu à se soumettre au *système* qui lui permettra de se décharger d'une part insoutenable de sa responsabilité à bien se porter. Illustrons en nous référant encore une fois au cas de Fanny.

Partant de l'hypothèse que le sujet est un être autonome et rationnel capable de se gérer, il est attendu de lui qu'il sache faire face aux épreuves ordinaires de la vie, en reposant sur ses ressources personnelles. C'est ce qu'implique une définition de la santé dans la veine de celle rendue paradigmatique par l'OMS. Alors que se passe-t-il lorsque l'individu ne se sent pas capable de faire face ?

En se tournant vers un médecin, Fanny admet qu'elle ne parvient pas à gérer seule ce qui lui arrive, ou avec les ressources dont elle dispose à titre personnel. Elle admets par ce faire qu'il y ait quelque chose d'insuffisant dans le contrôle qu'elle peut exercer sur la situation dans laquelle elle se trouve, et décide de se faire aider. A ce stade, peu importe qu'il s'agisse ou non d'un trouble avérée ou d'une maladie quelconque nécessitant un traitement médical, l'essentiel est que le sujet se reconnaisse vulnérable, porteur d'une fragilité ou d'une finitude qu'il est incapable de surmonter seul. La démarche est celle de reconnaître une situation sur laquelle le sujet n'a pas (ou pas suffisamment) de contrôle, qu'il ne se sent pas capable de gérer de ses propres forces, et de choisir de mobiliser des ressources extérieures.

Que se passe-t-il lors du diagnostic ? Nous pourrions nous représenter que recevoir un diagnostic est, d'une certaine manière, un moyen de rester dans la course. Le sujet se demande-t-il s'il est incapable, médiocre, faible ? Le diagnostic lui répond que non, il ne l'est pas : il souffre simplement d'une condition jusque là méconnue qui l'invalidait sans qu'il en soit conscient. Recevoir un diagnostic devient alors une manière de se donner le « droit » de reconnaître que l'on y arrive pas – admettre que non, « on n'est pas capable d'accomplir parfaitement toutes ces choses qui sont attendues de nous » – mais de rester tout de même un sujet autonome et rationnel, capable de se gérer, puisque les raisons de la « panne » ont été identifiées comme une affliction portée par l'individu, et non comme ce qui le définit comme sujet. Le diagnostic donne alors accès à une forme de reconnaissance qui légitime le sujet dans son aveu d'insuffisance tout en débloquant l'accès à un soutien et éventuellement, à un traitement.

Lorsque Fanny reçoit son premier diagnostic, celui-ci a eu l'effet d'un soulagement : « Madame, ça a dû être tellement difficile pour vous, toutes ces années à l'université sans être suivie par un professionnel. » Oui, ça avait été dur. Toutes ces années, elle

s'était dit qu'elle n'avait pas le droit de s'en plaindre car, après tout, ce n'était pas plus difficile pour elle que pour un autre, mais désormais, cela lui était permis : elle, elle avait traversé tout ça malgré le handicap que représentait son trouble déficitaire de l'attention. Alors si quelque chose doit la rassurer, après avoir entendu ce diagnostic, ce pourrait être ceci : ce n'était pas elle, le problème. C'était son trouble. Le diagnostic devient une manière de dédouaner le sujet dans la course à la performance sur laquelle repose son identité.

Mais malgré le diagnostic et le traitement qui l'accompagne, Fanny continue à éprouver des difficultés qu'elle juge trop lourdes, alors elle s'en retourne voir la psychiatre qui l'avait aidée la première fois. Celle-ci trouvera-t-elle une nouvelle zone d'ombre dans le « sujet autonome et rationnel, parfaitement capable de se gérer » ? Présentera-t-on à Fanny une autre parcelle de son être comme un bouc-émissaire pour porter la faute de la peine qu'elle se donne (rien n'exclut qu'on parle ici de souffrance) ? Petit à petit, Fanny pourrait comprendre que tous les troubles et les syndromes que son être peut receler sont autant de situations qu'il faut mieux laisser à l'expertise d'un professionnel dont l'expertise rassurante fait autorité aux yeux de Fanny. Déléguer la responsabilité de bien se porter en suivant les prescriptions d'une autorité extérieure ; c'est ce que Gori entend lorsqu'il parle de « soumission librement consentie[275] ».

L'inéluctable finitude

Si nous cherchons à tracer le bilan de ces stratégies visant à réduire le poids de la responsabilité écrasante qui repose sur les épaules de l'individu-trajectoire du 21e

[275] GORI R., « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du "souci de soi" », *op.cit.*, p.70.

siècle, il ne faut pas pousser très loin l'analyse pour identifier qu'il s'agit de fuites vers l'avant. Ce que Ehrenberg nomme « individu-trajectoire » est un certain rapport que l'individu moderne entretient à son identité, une certaine manière de porter la responsabilité nouvelle induite par son émancipation vis-à-vis de contraintes qui ordonnaient traditionnellement son existence. L'individu-trajectoire doit par lui-même donner un sens à ce qui lui arrive, construire sa vie, sa valeur et son identité par son action propre, l'initiative et l'investissement dont il est capable dans le monde. Sa confrontation avec le poids des possibles, et surtout le poids de ce que rien ne lui défend de poursuivre mais qui apparaît toujours comme hors d'atteinte est le nouveau défi qui structure son rapport à l'existence et définit le type d'afflictions psychopathologiques qui le guettent.

La conception positive de la santé qui présente la santé comme un idéal d'optimisation de l'être humain confronte l'individu à cet infini positif, que le solutionnisme technologique présente comme accessible. Puisque la santé – entendre derrière ce terme : le bien-être, le bonheur et la performance – s'apparente à un idéal valorisé moralement, il est justifié de vouloir le poursuivre par tous les moyens disponibles. Cette représentation est toxique, car elle présente comme parfaitement accessible un but inatteignable, que l'individu s'épuise à poursuivre. Cette nouvelle fatigue qui lui incombe, à toujours devoir peiner à ne devenir que soi, à construire sa valeur et son identité dans un système culturel qui valorise des modèles de réussite individuelle de l'ordre de l'exception et de l'exploit, le pousse à mobiliser des aides extérieures. C'est le modèle de l'individu coaché dans sa vie quotidienne, usant de stimulants pour faire face aux épreuves ordinaires, dans une quête éternelle d'amélioration de soi.

Mais dans la course, il existe une stratégie de fuite : le certificat médical. Celui-ci lui permet de dédramatiser de n'arriver le premier en permettant à l'individu de se

raconter qu'il aurait pu, certainement, arriver le premier « si seulement… » ; si seulement il n'avait pas eu cette carence, ce trouble, ce syndrome, cette blessure, cette tare génétique, cet handicap contingent. Si les choses avaient été différentes, rien n'aurait empêché son ascension pour devenir une meilleure personne, plus performante, plus heureuse, *mieux*. Puisqu'il ne s'agit que de contingence, la représentation que l'individu entretient de sa propre personne reste intacte : il est un sujet autonome et rationnel, parfaitement capable de se gérer et de gérer les circonstances ordinaires de la vie. Loin de guérir l'individu de sa « maladie identitaire chronique[276] », sa prise en charge médicale la rend seulement *supportable*. Alors le sujet se soumet aux prescriptions qui lui sont faites de manière à se soulager de cette responsabilité à bien se porter. Nous identifions là les ressorts de ce que certains auteurs dénoncent comme le conformisme inculqué par notre culture, ce que nous désignerons par les termes « normalisation volontaire [277]» ou, suivant ceux de Gori : la « soumission librement consentie » de l'individu, qui révèlent ce que la représentation dominante que nous avons de la santé possède un fondement totalitaire.

---

[276] EHRENBERG A., *La Fatigue d'être soi*, *op.cit.*, p.205 : « La vie se transforme en maladie identitaire chronique. »

[277] La question de la norme et du rapport que le sujet entretient aux normes qui le définissent aurait pu être abordée de façon approfondie au cours de ce mémoire. Elle dut malheureusement être mise de côté, mais précisons rapidement l'un de ses enjeux en nous basant sur les propos éclairants de Pierre Macherey : « L'action des normes, qui vise à installer une "seconde nature" où prennent place les figures relevant de la logique du "toujours-déjà-là", qui fait passer ce qui est le résultat d'un processus pour donné préalable à son déroulement, est donc préparatoire, préventive, tendancielle : les formes de régulations qu'elle instaure […] ordonnent d'emblée ces domaines de telle manière que, pris à la source, ils se prêtent d'eux-mêmes […] à ce contrôle qui leur est imposé sans avoir à passer par l'intermédiaire de la contrainte ou de la violence. […] c'est pourquoi leur "servitude" ne peut d'aucune façon être qualifiée de "volontaire" ou résultant d'un accord librement consenti : ils sont piégés, suggestionnés, hypnotisés et comme pétrifiés par les nommes qui, les attendant, les traitent comme "toujours-déjà-sujets", les manipulent à leur insu en mettant en œuvre des procédures de captation d'autant plus efficaces qu'elles trament leurs intrigues dans l'ombre. » dans MACHEREY P., *Le sujet des normes*, Paris, Editions Amsterdam, 2014, p.13.

> La santé devient totalitaire quand on demande au sujet d'adhérer à sa propre abolition en se transformant pour le meilleur comme pour le pire en consommateur de ses expériences de vie. Mégère apprivoisée, le patient serait ainsi non seulement invité à se soumettre à l'expropriation de son corps au profit d'un corps soignant, à se représenter l'irreprésentable qui excède ses possibilités de représentations, mais de plus il lui serait demander de *consentir* à cette soumission, mieux de la désirer et de l'aimer. [278]

Conclusions

Ehrenberg enjoignait, tout au long des trois tomes qui constituent son enquête sociologique, à ne pas « se lamenter sur la trop fameuse perte de repères de l'homme moderne, l'affaiblissement consécutif du lien social, la privatisation de l'existence qui en serait la cause, et le déclin de la vie publique la conséquence[279] », mais plutôt de chercher à comprendre les nouveaux défis qui s'offrent à nous :

> Il est donc inutile de plaider en frissonnant pour un retour de l'interdit ou de rappeler inlassablement qu'il faut mettre des limites à des sujets qui n'en connaissent plus. Parce que nous ne reviendrons pas en arrière, il important au premier chef de comprendre que l'inconnu en nous se transforme, que les coûts se déplacent comme les gains.[280]

Au terme de la réflexion que nous avons menée dans ce mémoire, nous espérons avoir une idée plus claire du type de défis que peuvent être ceux qui s'imposent à l'individu du 21e siècle, et nous plaidons pour l'effectuation d'un travail de remise en question critique des représentations toxiques portées par notre culture – toxiques en ce qu'elles aliènent le sujet en niant le donné de sa finitude et en le soumettant à une exigence écrasante qui l'éloigne du but vers lequel il prétend tendre.

---

[278] GORI R., « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du "souci de soi" », *op.cit.*, p.67-68.
[279] EHRENBERG A., *La Fatigue d'être soi*, *op.cit.*, p.13.
[280] EHRENBERG A., *Le Culte de la performance*, op.cit., p.246.

CONCLUSION
LE CAS DE CHRIS DANCY

> Finalement, il n'est pas vrai que les désastres ôtent quoi que ce soit à la grandeur de l'héroïsme : c'est la fragilité même de l'homme qui, une fois reconnue et ressentie, fait le mieux ressortir ce que l'homme aurait dû vouloir, et peut, en dépit de tout, vouloir encore : sa petitesse, sa fragilité rehaussent en quelque sorte, sa grandeur.
>
> JACQUELINE DE ROMILLY[281]

Le cas de Fanny, présenté en introduction, a amorcé pour nous une réflexion riche sur les conditions du rapport qu'entretient l'individu du 21e siècle issu des pays démocratiques d'Occident avec la question de sa santé, dans les circonstances ordinaires de la vie. En guise de conclusion, présentons le cas de Chris Dancy qui, malgré les apparences, nous apparaît similaire en bien des aspects à celui de Fanny.

En 2008, Chris Dancy[282] a quarante ans et il perd dans une restructuration son poste de directeur d'un service informatique dans une grande entreprise aux Etats-Unis. Cet événement le bouleverse car il réalise alors qu'à la vitesse à laquelle évolue la technologie, il a de fortes chances d'être inemployable en 2015. Il décide alors prendre les devants de l'évolution technique afin de ne pas se laisser dépasser, et se lance dans

---

[281] JACQUELINE DE ROMILLY, *La grandeur de l'homme au siècle de Périclès*, Paris, Editions de Fallois, 2010, p.95.

[282] Voir sa page personnelle : www.chrisdancy.com. Pour plus d'informations : RICHARD C., « L'homme le plus connecté du monde s'est fait dévorer par ses données », dans *l'OBS*, le 9 septembre 2016 [en ligne].

un secteur naissant : celui du « soi quantifié[283] ». Il met en place un monitoring complet de sa vie en installant un grand nombre de capteurs, placé dans son environnement ou portés à même sa personne. Après un certain temps, il se met à analyser les données collectées et à expérimenter des variations dans son comportement afin de s'optimiser, avec des résultats remarquables. Il arrête les drogues et la cigarette, perd du poids, met fin à ses élans colériques. En quelques années, il gagne une renommée internationale dans le milieu des technologies en tant qu'« homme le plus connecté au monde ». Il devient riche. La connaissance qu'il a accumulée sur lui-même et sur son environnement d'année en année lui donne l'impression de posséder un pouvoir de contrôle extrême. La vitesse à laquelle il programme les changements dans sa vie finissent pas lui donner l'impression de disparaître. « Je ne savais plus quelle version de moi j'étais. […] Je changeais si vite que je ne pouvais plus suivre la vitesse de transformation de mon corps et de mon esprit[284] », confie-t-il dans une interview. Il se sent angoissé, brisé, et accomplit sans résultat probant une série de tests médicaux. Psychiquement, il se sent dépérir. « Je préférais mourir plutôt que de continuer à changer, explique-t-il. Mais je ne pouvais plus m'arrêter. Même si j'arrêtais les capteurs, les machines... je restais programmé pour faire attention aux variations dans mon comportement[285]. » Ce sont finalement les mêmes outils dont il se servait pour s'optimiser qu'il utilise désormais pour trouver

---

[283] En anglais, le « quantified self » ou le « self tracking » (« l'automesure » en français) est un mouvement lancé en 2007 en Californie par deux éditeurs du magazine *Wired*, Gary Wolf et Kevin Kelly. Ce mouvement regroupe les outils, les principes et les méthodes permettant à chacun de mesurer ses données personnelles et de les analyser de manière à connaître précisément ses comportements et à pouvoir les optimiser. Voir plus loin : GADENNE E., *Le guide pratique du Quantified Self. Mieux gérer sa vie, sa santé, sa productivité*, Limoges, Editions Fyp, 2012.

[284] Chris Dancy : RICHARD C., « L'homme le plus connecté du monde s'est fait dévorer par ses données », *op.cit.*

[285] *Idem.*

une sérénité. Aujourd'hui, son site le présente comme un « *mindful cyborg* », un cyborg pleine conscience. Dans ses conférences, il parle des dangers qui guettent l'Homme du futur – dangers qu'il se targue de connaître pour en avoir fait l'expérience – et prône un usage « doux » des technologies, c'est-à-dire l'utilisation de technologies dans le but de créer du lien et de l'empathie[286].

Chris Dancy ; un homme qui, avant d'être l'homme le plus connecté au monde, a pu être le type le plus vulnérable de l'histoire. Il exemplifiait l'individu-trajectoire dont parle Ehrenberg, qui voit au devant de lui ses pas le mener à l'obsolescence, comme un chemin l'éloignant progressivement du but qu'il vise. L'angoisse de ne plus être pertinent dans cinq, dix ans, de travailler dans un domaine qui change trop vite, de ne plus pouvoir apporter une contribution socialement valorisée. Le besoin d'optimiser pour se sentir justifié ; pour surtout, surtout ne pas avoir à expliquer à son moi du futur pourquoi le moi d'aujourd'hui n'a pas « juste fait un tout petit effort supplémentaire ».

Les religions ont de tout temps eu le rôle d'encadrer la faillibilité humaine, en permettant à l'Homme de reposer sur des dieux tout puissants, dont la volonté est insondable, et d'y trouver une justification pour son impuissance. Elles donnent à l'Homme une place, un cadre au sein duquel il peut exister ; elles font de lui « un être souverain à l'intérieur de ses limites[287] ». La crise éthique qui prend place au sein de notre culture moderne – crise éthique sur laquelle insistait déjà Foucault[288] – a des conséquences lourdes sur la gestion de cette faillibilité : elle rend désuet le cadre qui lui allouait un sens, cette frontière extérieure qui donnait à la responsabilité de

---

[286] RICHARD C., « L'homme le plus connecté du monde s'est fait dévorer par ses données », *op.cit.*
[287] DAGERMAN S., *Notre besoin de consolation est impossible à rassasier*, Paris, Actes Sud, 1952, trad. du suédois par Philippe Bouquet.
[288] GORI R., « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du "souci de soi" », *op.cit.*, p.68.

l'homme l'envergure de ses limites… et étend cette responsabilité bien au-delà, jusqu'à rendre sa propre vulnérabilité exécrable à l'Homme, prêt à se vouer à n'importe quel veau d'or pourvu que celui-ci lui donne un semblant de puissance à la hauteur de l'angoisse qui l'habite. Mais lorsqu'il se tourne vers la Science, fille de la Raison qui l'avait émancipé quelques siècles plus tôt, afin qu'elle lui serve de guide moral, l'Homme se fourvoie dans un espoir « tout à la fois naïf et dangereux[289]. » Le surinvestissement du monitoring, de la surveillance et de la recherche de contrôle de soi est un symptôme de cela : connaître pour contrôler; contrôler pour réduire cette faillibilité essentielle qui nous habite.

L'exemple de Chris Dancy touche très directement à cette question, car le mouvement du soi quantifié consiste très exactement en cela : exercer une surveillance, collectionner des données, les analyser froidement et user de la connaissance acquise pour optimiser son comportement. Mais ce type de monitoring technologique est similaire au type de surveillance qui est attendu de chacun à travers la médicalisation de l'existence ordinaire. La santé, dans toute l'étendue que cette notion peut revêtir, devient une responsabilité infinie sur laquelle notre contrôle reste, malgré toutes les avancées technoscientifiques, relativement faible.

---

[289] *Idem.* : « Nous ne croyons plus qu'une morale puisse être fondée sur une religion, nous ne voulons pas d'un système de lois qui intervienne dans notre vie privée, personnelle et intime, nous ne croyons plus à la moralité des grands systèmes politiques. Dès lors, nous n'arrivons pas à trouver d'autres morales que celles qui se fondent sur de prétendues connaissances scientifiques. La vanité de cet espoir de vouloir trouver dans la science le guide moral de nos conduites s'avère tout à la fois naïf et dangereux. La *médicalisation* progressive de notre existence nous apporte un exemple saisissant de la manière dont notre culture moderne tente de résoudre cette grave crise éthique. »

LES MOYENS DE SE MAINTENIR EN BONNE SANTE SONT-ILS LES MEMES QUE CEUX QUI NOUS AMENERONT LE BONHEUR ?

Revenons sur cette définition de la santé que nous avons longuement discutée dans la première section de ce mémoire, celle dont se dote l'OMS : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.[290] » Jusqu'où l'identification entre la santé et le bonheur fonctionne-t-elle lorsqu'on l'évalue à l'aune des moyens que nous nous donnons pour accéder à la première ?

La médecine implique naturellement une forme de monitoring, de surveillance des états du corps – et de l'esprit, lorsque l'on y intègre la psychiatrie. Elle implique aussi un recours à la pathologisation, au diagnostic ; la soumission au regard froid d'un expert mieux avisé que le commun des mortels pour lire les données récoltées par les tests médicaux. Grâce à la médecine, le patient reçoit un traitement, une prescription, qui l'aide à surmonter ce qui l'incapacite dans l'exercice de sa vie. Grâce à elle, il peut trouver une forme de soulagement dans les moments où n'est plus capable de « gérer » face aux obstacles qui se mettent en travers de sa route : il rencontrera au détour d'une consultation l'avis d'un expert qui l'aidera à trouver une issue pour se remettre debout ; c'est la médecine dans son rôle de gardien de l'autonomie.

Mais où se trouve là dedans le bonheur ? Savons-nous ce que nous cherchons ? L'identification de la santé et du bonheur implique généralement que la définition du bonheur s'identifie à celle qui est donnée de la santé, que nous pourrions résumer platement à « être fonctionnel ». Mais cela est-il suffisant pour que nous puissions le

---

[290] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Constitution », New York, 1946.

comparer, en toute bonne foi, à d'être *heureux* ?

Il nous semble qu'il soit possible de résoudre cette équation, et l'issue consiste à évaluer les moyens mis en œuvre pour parvenir à la soi-disant « santé ». Le bonheur n'est pas dans une pilule, ni dans une thérapie ; il n'est pas non plus dans la performance extraordinaire qui est rendue possible par on ne sait quel stimulant. Il est dans le fait de s'être apprivoisé soi-même, dans ses moments fonctionnels comme dans ses pannes ; dans ses moments de succès comme dans ses faillites. Cette perspective met en évidence qu'il n'en vaut pas la peine de s'aliéner lors du combat : le bonheur n'est pas là dedans. Toute la question est alors la suivante : le patient en souffrance, qui soumet son infirmité au regard médical, lutte-t-il encore bien pour donner sens à son existence, à sa faillibilité, à son destin ? ou choisit-il la seule option rentable pour rester dans la course d'un monde qui n'attend pas ?

Peut-être que nous, humains, sommes des êtres lents. L'exemple de Chris Dancy illustre également cela : ce n'est pas le pouvoir de contrôle et de transformation qui est venu à lui manquer, mais l'épaisseur de sa propre existence, laquelle ne supportait pas le rythme excessif des transformations qu'il s'imposant dans le but d'optimiser ses performances. Peut-être que nous pourrions étendre la portée de cette intuition à la course du monde qui s'accélère de jour en jour : les technologies ont l'air disponibles, bien que les fondements éthiques sur lesquelles leur usage repose semblent précaires, mais la fuite en avant n'est peut-être pas la meilleure carte dans notre main. Avec les fondations qui vacillent et l'importante exigence qui repose sur nos épaules, la sur-performance est une solution dans laquelle l'Homme, à coup sûr, se perdra. Sur-performer sans gouvernance, c'est s'aliéner le combat ; c'est fermer les yeux et espérer que « ça passe ». Or la gouvernance, qui implique une prise de responsabilités, requière une présence que nous ne sommes pas capables d'offrir si nous n'apprenons

pas à faire face aux infirmités du quotidien.

Alors nous en revoilà à la médicalisation. Céder la gouvernance de soi à une gestion externe, experte, institutionnalisée, totalitaire, c'est rater l'occasion de poser un premier pas dans la direction d'une gouvernance émancipatoire. Ne pas jouer au petit poucet avec des données collectionnées par un tiers, mais ouvrir consciemment les yeux sur la faillibilité au cœur de notre existence, et l'embrasser. Se montrer responsables dans des situations où nous avons le pouvoir d'agir ; s'exercer.

Car si le bonheur vient de quelque part, probablement vient-il de là : s'apprivoiser soi-même, dans ses moments fonctionnels comme dans ses pannes, dans ses moments de succès comme dans ses faillites. Et demander de l'aide lorsque l'on est dépassé ; car il est bon, aussi, de reconnaître la fragilité qui fait notre grandeur.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM J., « Partial Progress: Governing the Pharmaceutical Industry and the NHS, 1948– 2008 », *Journal of Health, Politics, Law and Policy*, Vol.34, N°6, 2009.

AÏACH P., DELANOË D. (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Economica, 1998 (Coll. Anthropos Sociologiques).

BECKER M.H., « The Tyranny of Health Promotion », *Public Health Reviews*, Vol.14, 1986, p.15-25.

BELLAHSEN M., *La santé menale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique, 2014.

BOORSE C., « Le concept théorique de santé » dans GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II.*, *op. cit.*, pp.61-119. Trad. Elodie Giroux.

BOORSE C., « A rebuttal on Healt » dans HUMBER J.M., ALMEDER R.F. (éd.), *What is Disease ?*, Totowa, Humana Press, 1997. Trad. Elodie Giroux.

CANGUILHEM G., *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002.

_____ *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 2006.

_____ *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF/Quadrige, 2007.

CEDERSTRÖM C., SPICER A., *Le Syndrome du bien-être*, Paris, L'Échappée, coll. « Pour en finir avec », 2016, trad. Édouard Jacquemont.

CONRAD P., « The discovery of hyperkinesis: Notes on medicalization of deviant behavior », *Social Problems*, 23, 1975, pp.12-21.

CONRAD P., BIRD C.E., FREMONT A.M., *Handbook of Medical Sociology*, 6e Edition, Nashville, Vanderbilt University Press, 2010 (Coll. Project MUSE).

CRAWFORD R., « Healthism and the medicalization of everyday life », *Health*, Vol.10, N°4, 2006, pp. 401-420.

DAMAZEUX S., *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformation de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Editions d'Ithaque, 2013.

DREUX C., MATTEI J.-F. (dir.), *Santé, égalité, solidarité. Des propositions pour humaniser la santé*, Paris, Springer, 2012.

EHRENBERG A., *Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991.

_____ *L'Individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995.

_____ *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.

ELLIOT C., *Better than well: American medicine meets the American dream*, New York, W.W. Norton, 2003.

ENGELHARDT T., « Les concepts de santé et de maladie » dans GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II.*, *op. cit.*, pp.231-258. Trad. de Fabrice Gzil.

FAINZANG S., « The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication », *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol.37, 2013, pp.488-504.

FAVEREAU E., « Prozac : quand un médicament devient un symptôme », *Les Tribunes de la santé*, 2015/2, n°47, pp.59-64.

FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963.

_____ *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.

_____ « La naissance de la médecine sociale » dans *Dits et écrits*, T.3, Paris, Gallimard, 1994, pp.207-235.

_____ *Il faut défendre la société : Cours au Collège de France (1975-1976)*. Paris, Gallimard/Seuil, 1997.

_____ *Sécurité, Territoire, Population. Cours au Collège de France (1977-1978)*, Paris, Gallimard/Seuil, 2004.

GADENNE E., *Le guide pratique du Quantified Self. Mieux gérer sa vie, sa santé, sa productivité*, Limoges, Editions Fyp, 2012.

GILBERT D., WALLEY T., NEW B., « Lifestyle medicines », *BMJ*, 25 Novembre 2000, Vol. 321, N°7272, pp.1341–1344.

GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II. Santé, maladie, pathologie*, Paris, Vrin, 2012 (Coll. Textes clés).

GOLD I., OLIN L., « From Descartes to Desipramine: Psychopharmacology and the Self », *Transcultural psychiatry*, Vol.46, n°1, Mars 2009, pp.38–59.

GORI R., « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du "souci de soi" », *Champ psychosomatique*, n°42, 2006, pp.55-83.

GORI R., DEL VOLGO M.-J., *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Editions Denoël, 2005. (Coll. Espace Analytique)

HANSLIK T., FLAHAULT A., « La surmédicalisation : quand trop de médecine nuit à la santé », *La Revue de médecine interne*, Vol.37, 2016, pp.201–205

ILLICH I., *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1974. (Coll. Techno-Critique)

_____ « Le renoncement à la santé », *L'Agora*, Juillet/Août 1994. URL : http://1libertaire.free.fr/IvanIllich29.html

_____ « L'obsession de la santé parfaite. Un facteur pathogène prédominant », *Le Monde Diplomatique*, Mars 1999, p.28. URL : http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802.

JONAS H., *L'art médical et la responsabilité humaine*, Paris, Editions du Cerf, 2012 ; traduit, présenté et annoté par Eric Pommier (Coll. Passages).

KEELEY, B., *Le capital humain. Comment le savoir détermine notre vie,* OCDE/Les essentiels de l'OCDE, 2007.

KIRSCH I., *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*, Londres, The Bodley Head, 2009.

KRAMER, P. D., *Listening to Prozac : A Psychiatrist Explores Antidepressant Drugs and the Remaking of the Self*, New York, NY: Viking, 1993.

KULLENBERG C., NELHANS G., « The happiness turn? Mapping the emergence of ''happiness studies'' using cited references », *Scientometrics*, May 2015, Vol.103, N°2, pp 615–630.

LANE C., *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Paris, Flammarion, 2009, trad. de l'anglais par François Boisivon.

LAROCHELLE G., COURVILLE F., « La course à la performance. Regards critiques de la philosophie sur la santé », Paris, Editions Beauchesne, 2016.

LERICHE R., « De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine ? » dans *Encyclopédie française*, VI, 1936.

MACHEREY P., *Le sujet des normes*, Paris, Editions Amsterdam, 2014.

MOROZOV E., *Pour tout résoudre cliquez ici. L'aberration du solutionnisme technologique*, Limoges, Editions Fyp, 2014

NORDENFELT L., « Action, capacité et santé » dans GIROUX E., LEMOINE M. (dir.), *Philosophie de la médecine II.*, *op. cit.*, pp.265-296. Trad. Marion Le Bidan et Denis Forest.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), « Constitution », New York, 1946.

_____ « Charte d'Ottawa », Ottawa, 1986.

_____ « SANTÉ 21 : Introduction à la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS », *Série européenne de la Santé pour tous*, n°5, 1998.

PALTRINIERI L., « Gouverner le choix procréatif : biopolitique, libéralisme, normalisation », *Cultures & Conflits*, Vol.78, été 2010, pp.55-79. URL : http://conflits.revues.org/17963

_____ « Quantifier la qualité. Le « capital humain » entre économie, démographie et éducation », *Raisons politiques*, 2013, Vol.4, N° 52, pp. 89-107.

PEREZ-ALVAREZ M., « The Science of Happiness: As Felicitous as It Is Fallacious », *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 2016, Vol. 36, No°1, pp.1-19.

PETERKIN A.L., ET AL. « Cognitive performance enhancement: Misuse or self-treatment? », *Journal of Attention Disorders*, Vol.15, N°4, 2011, pp.263–268.

PHILIPPS W., « The physician and the patient of the future », *Jama*, Vol.86, 1926, pp.1259-1265.

ROSE N., *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999.

ROSE N., « Neurochemical selves » dans *The politics of life itself. Biomedicine, power and subjectivity in the 21st century*, Princeton, Princeton University Press, 2003, pp.187–223.

_____ « Mental Illness: Five Hard questions », conférence le 15 Mai 2013, Université de Nottingham. URL: https://www.youtube.com/watch?v=KxI6DmbEKQg

_____ « Our brains, ourselves? From neuroscience to neuropolitics and the neurobiological self », 13th Annual Helsinki Collegium lecture, 22.04.2015, URL: https://www.youtube.com/watch?v=pLhrfEp-zPQ

SKRABANEK P., *La Fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995.

SZASZ T., *The myth of mental illness : foundations of a theory of personal conduct*, New York, Hoeber-Harper, 1961 ; édition révisée New York, HarperCollins, 1974.

_____ « Medicalizing quackery », *The Freeman*, Vol.57, Octobre 2007, pp.22-23.

_____ « Fifty Years After The Myth of Mental Illness », *Psychiatrist*, 2011, N°35, pp.179-182.

THIEL M.-J., *La santé augmentée. Réaliste ou totalitaire ?*, Montrouge, Bayard, 2014.

VAN REETH A. (prod.), « "Introduction à la philosophie des sciences médicales", de Maël Lemoine » dans *Les Chemins de la philosophie*, France Culture, 12 mai 2017, URL : https://www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie/introduction-la-philosophie-des-sciences-medicales-de-mael

Articles de presse :

HUWART A.-C., « Rilatine, la cocaïne légale » dans *Le Vif*, 13 mars 2013, consulté en ligne le 24 juillet 2017 : http://www.levif.be/actualite/sante/rilatine-la-cocaine-legale/article-normal-78457.html

GONÇALVES V., « La Rilatine, une cocaïne légale pour les étudiants ? » dans *RTBF*, 18 août 2016, consulté en ligne le 25 juillet 2017 : https://www.rtbf.be/info/societe/detail_la-rilatine-une-cocaine-legale-pour-les-etudiants?id=9382293

« La consommation de Rilatine en Belgique est interpellante » dans *Le Vif*, le 26 juin 2017. Consulté en ligne le 24 juillet 2017 : http://www.levif.be/actualite/sante/la-consommation-de-rilatine-en-belgique-est-interpellante/article-normal-684899.html#cxrecs_s

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION Le cas de Fanny **3**

La question de la définition de la maladie et de la santé 5

La médicalisation ou la surmédicalisation de l'existence humaine 9

Plan 16

SECTION 1 Les enjeux d'une définition de la santé **20**

Chapitre 1 Définitions traditionnelles de la santé et de la maladie *22*

Conceptions « ontologiques » et « physiologiques » de la maladie 24

La nature et l'intervention médicale : la santé-vérité et la santé-facticité 26

Santé et maladie mentales 29

Chapitre 2 Georges Canguilhem : pionnier de la tradition continentale *35*

Critique du « dogme positiviste » 36

Elargissement des concepts de santé et de maladie 37

Définition de la santé 41

Chapitre 3 La controverse anglo-saxonne *43*

Conception biologique de la sante et de la maladie 45

La théorie bio-statistique de Christopher Boorse 46

Conception pratique de la sante et de la maladie 50

La théorie pratique de Tristram Engelhardt 50

La théorie holistique de Lennart Nordenfelt 53

Chapitre 4 La santé positive *59*

Santé intrinsèque et santé instrumentale 59

Santé instrumentale et santé positive 61

Critique théorique d'une définition positive de la santé 63

La définition de l'OMS : un état de bien-être complet 65

Critique de la définition de l'OMS 68

Conclusion 71

Conclusion : Un changement de régime épistémologique et éthique provoqué par la définition positive de la santé *72*

SECTION 2 Les enjeux de la médicalisation **78**

Chapitre 5 Quatre modes d'expression de la médicalisation *86*

Essor de l'institution de la santé 87

Extension du champ de compétence de la médecine 87

Amplification des préoccupations de santé de la population 89
La pathologisation 93
Conclusion 94
Chapitre 6 La (sur)médicalisation de l'existence humaine *97*
Moralisation et biopouvoir 99
Normalisation, conformisme et rationalisme moral 103
Le prix à payer : les maladies iatrogènes 107
Chapitre 7 L'individu-trajectoire et le culte de la performance *110*
Les mutations de l'individualité à la fin du 20e siècle 110
Le coût d'une société psychopharmacologique 113
L'individu-trajectoire : une humanité tournée vers l'avenir 117
Chapitre 8 Anthropologie de l'homme dont l'existence ordinaire est médicalisée *119*
Emancipation et responsabilité : entre pouvoir et devoir 120
L'idéal moderne de la santé positive : un discours toxique 123
Récit phénoménologique de la pathologisation d'une finitude ordinaire 125
L'inéluctable finitude 127
Conclusions 130
***CONCLUSION* Le cas de Chris Dancy** **131**
Les moyens de se maintenir en bonne santé sont-ils les mêmes que ceux qui nous amèneront le bonheur ? 135
BIBLIOGRAPHIE **138**
TABLE DES MATIERES **143**

EFIL : Place du Cardinal Mercier, 14 bte L3.06.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

Place Blaise Pascal, 1 bte L3.03.11, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique **www.uclouvain.be/fial**