

NÉMÉSIS MÉDICALE

L'EXPROPRIATION
DE LA SANTÉ



IVAN ILLICH

IL A TROUVÉ MA FAVEUR AU DÉSERT, CE PEUPLE DES RÉCHAPPÉS DU GLAIVE :
VA VERS TON LIEU DE REPOS !
JÉR 31²

AKKLÉSIA

LE DERNIER ÉVANGILE

[NOVISSIMUM EVANGELIUM]

Reproduction gratuite
par l'association *Les Cahiers Jérémie*
de l'œuvre d'Ivan Illich.
Ce fichier ne peut donc faire l'objet
d'aucune transaction commerciale.
Novembre 2020.
www.akklesia.eu
Édition d'une réflexion akklésiastique.



NÉMÉSIS MÉDICALE

L'EXPROPRIATION DE LA SANTÉ

IVAN ILLICH

1975

Avant-propos

Dans cet essai, j'envisage l'entreprise médicale comme paradigme pour illustrer l'institution industrielle. La médicalisation pernicieuse de la santé n'est qu'un aspect d'un phénomène généralisé : la paralysie de la production des valeurs d'usage par l'homme, comme conséquence de l'encombrement par des marchandises produites pour lui.

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 ». L'ensemble des matériaux bibliographiques que j'ai rassemblés et mentionnés dans des notes en bas de pages reflète mon désir d'associer le lecteur à cette aventure. L'engagement dans la recherche d'une alternative concrète au système qui nous opprime présuppose l'ouverture à l'immense richesse des choix. La discussion prématurée de telle ou telle organisation nouvelle du système médical ne serait que pure diversion.

J'ai élaboré la présente version française en janvier 1975 à Cuernavaca avec l'assistance de Jean-Pierre Dupuy. Hélène Maillard, Maud Sissung et Paul Thibaud m'ont beaucoup aidé. Je les en remercie tous profondément. Sans eux, je n'aurais pu moduler sur un aussi vaste registre la tonalité des neuf chapitres, qui passe de la précision sèche du langage technique au style des sciences sociales, économiques et politiques, pour aboutir à celui de l'histoire de l'art et du mythe.

J'aurais volontiers laissé reposer plus longtemps le manuscrit pour permettre au texte de se décanter, si l'état de la discussion sur la médecine en France ne m'avait incité à y contribuer sans attendre, en apportant certaines précisions et orientations bibliographiques.

Cette étude est le résultat de dix-huit mois de recherches en commun avec les participants à mon séminaire du CIDOC. J'en citerai certains, alors que d'autres seront souvent les seuls à reconnaître leur pensée originale et même leurs propres termes dans les pages qui suivent. Je me dois de mentionner en particulier Roslyn Lindheim, John McKnight, André Gorz, Alain Dunand et Marion Boyars qui, chacun à sa manière, ont contribué de façon décisive à la réalisation de ce projet.

Plus qu'à toute autre personne, ce livre doit sa parution à Valentine Borremans. Les réunions dont il est issu ont été organisées par elle, c'est elle qui s'est chargée de la documentation, c'est elle encore qui m'a patiemment incité à affiner mon jugement. Dans le chapitre 8, je n'ai fait que résumer ses notes en vue d'un travail sur le visage de la mort.

Ivan Illich.

Introduction

L'entreprise médicale menace la santé. La colonisation médicale de la vie quotidienne aliène les moyens de soins. Le monopole professionnel sur le savoir scientifique empêche son partage¹.

Une structure sociale et politique destructrice trouve son alibi dans le pouvoir de combler ses victimes par des thérapies qu'elles ont appris à désirer. Le consommateur de soins devient impuissant à se guérir ou à guérir ses proches. Les partis de droite et de gauche rivalisent de zèle dans cette médicalisation de la vie, et bien des mouvements de libération avec eux. L'invasion médicale ne connaît pas de bornes. Une sexocratie de médecins, avec le concours de militants, de formateurs et de laboratoires, laïcise et scolarise la sexualité et, en orthopédisant la conscience corporelle, reproduit l'« homme assisté » jusque dans ce domaine intime².

La dynamique morbide de l'entreprise médicale est sur le point d'être reconnue par le grand public. La fermeture des facultés de médecine dans la Révolution culturelle chinoise a représenté la première étape d'une prise de conscience, lourde de sens pour les pays en voie de développement industriel. La prochaine étape de cette prise de conscience se fera dans les pays développés où l'entreprise médicale contribue déjà au blocage général des institutions. Inévitablement, l'institution médicale deviendra une cible privilégiée de l'action politique dans les prochaines années. Mon essai se veut une contribution pour éviter que cette action ne soit récupérée sous la forme d'une transformation du médecin en soigneur de patients à vie, de même que l'instituteur s'est transformé en éducateur dans une entreprise de formation interminable pour élèves à perpétuité.

La médicalisation de la vie est malsaine pour trois raisons : au-delà d'un certain niveau, l'intervention technique sur l'organisme ôte au patient les caractéristiques du vivant qu'on désigne communément par le mot de « santé » ; l'organisation nécessaire pour soutenir cette intervention devient le masque sanitaire d'une société destructrice ; et finalement, la prise en charge de l'in-

1 Philippe Roqueplo, *Le Partage du savoir : science, culture, vulgarisation*, Paris, Seuil, 1974.

2 Dominique Wolton, *Le Nouvel Ordre sexuel*, Paris, Seuil, 1974. Voir aussi la critique de Jean-Marie Domenach, *Esprit*, janvier 1975.

dividu par l'appareil biomédical du système industriel ôte au citoyen tout pouvoir de maîtriser politiquement ce système. La médecine devient un atelier de réparation et d'entretien destiné à maintenir en état de fonctionnement l'homme usé par une production inhumaine. C'est lui qui doit réclamer la consommation médicale pour pouvoir continuer à se faire exploiter.

Dans trois parties de mon essai de dimensions inégales, je traite de ces trois niveaux d'une médecine maligne.

Le premier chapitre est une introduction à la littérature ayant pour thème l'efficacité technique de l'entreprise médicale : son histoire, son présent et ses perspectives. L'inefficacité et le danger de la médecine coûteuse sont des sujets rebattus. Je dois pourtant m'y arrêter brièvement pour introduire mon argumentation. Mais ce n'est pas, de loin, le thème central de mon propos.

La deuxième partie du livre consiste en trois chapitres consacrés à : une présentation de six symptômes de l'impact malsain de la médecine sur le milieu (chap. II), une théorie qui permet de saisir le mécanisme de contre-productivité qui se manifeste dans plusieurs de nos grandes institutions (chap. III) et la vanité dans une société vouée à la croissance de cinq types de tentatives politiques visant à redresser cette contre-productivité (chap. IV).

La troisième partie traite de l'impact psychologique sur les individus des signes et des symboles engendrés par le rituel médical : leur dureté réaliste s'émousse, leur volonté de vivre s'effrite et leur angoisse de la mort devient insupportable. Douleur, maladie et mort deviennent des stimuli pour la production de marchandises et de tabous d'un nouveau type qui paralysent l'expérience vécue.

Le dernier chapitre du livre traite des sources oniriques de cette autodérégulation de l'institution médicale.

PREMIÈRE PARTIE

LA IATROGENÈSE CLINIQUE

L'efficacité technique de l'acte médical

Les grandes maladies dont on souffre et dont on meurt dans le monde occidental ont subi une mutation profonde¹. La peste et la poliomyélite ont disparu. Une seule dose de médicaments conjure la pneumonie. Le DDT supprime des vecteurs de la malaria. Chacun est certain de connaître quelqu'un qui semble avoir survécu à une maladie ou à un accident grâce à une intervention médicale. L'industrie des soins est un des grands secteurs économiques dont l'expansion est la plus rapide². L'augmentation de la « production de santé » est identifiée avec l'amélioration de la prétendue qualité de la vie³. Presque sans exceptions, les auteurs qui ont fait récemment des projections de l'avenir des sociétés industrielles prévoient une réduction de l'emploi dans les secteurs primaire et secondaire et un gonflement du tertiaire thérapeutique, pour interpréter ensuite ce transfert comme un progrès social⁴. Le coûteux rituel médical alimente le mythe de son efficacité. Toute atteinte à l'institution médicale suscite l'angoisse⁵. La promotion de la santé à travers une réduction progres-

-
- 1 Marc Lalonde, *Nouvelle Perspective de la santé des Canadiens* : un document de travail bilingue français-anglais, Ottawa, avril 1974. Ce n'est pas un livre comme les autres, mais un programme de recherche et un appel à la discussion politique, soumis par le ministre de la Santé du Canada au grand public. Le lecteur français sera surpris par le degré d'accord entre ce document et les idées fondamentales de mon livre. - E.H. Ackerknecht, *Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten*, Encke, 1963 : histoire et géographie des grandes maladies, écrites par un vieux maître dans un langage très simple.
 - 2 Brigitte Couder, Georges Rösch et Simone Sandier, « La consommation de services médicaux continuera à croître rapidement ». *Économie et statistique*, n° 37, septembre 1972.
 - 3 André Bourguignon, « Le drame de la médecine », *La Nef*, nouvelle série, n° 49, octobre-décembre 1972, p. 7-20 (n° spécial intitulé *Vers une antimédecine ?*).
 - 4 Michael Marien, *World Institute Guide to Alternative Futures for Health. A Bibliocritique of Trends, Forecasts, Problems, Proposals*, Draft, World Institute Council, New York, juillet 1973 : bibliographie critique de 612 livres, articles et rapports d'études en majorité publiés aux États-Unis depuis 1960.
 - 5 En octobre 1974, *Le Nouvel Observateur* a publié dans deux numéros consécutifs un essai de Michel Bosquet soulevant le problème de la surmédicalisation iatrogène. Les réponses à cet essai s'éta-
lèrent sur huit semaines. Dans leur grande majorité, les critiques évitèrent d'affronter le problème en s'acharnant sur quelques détails, ou nièrent la légitimité du problème pour des raisons politiques ou psychologiques. Voir la réponse de Michel Bosquet à Schwarzenberg, *Le Nouvel Observateur*,

sive des dépenses médicales et une déprofessionnalisation poussée des soins apparaît encore comme une idée irresponsable ou bizarre. Néanmoins, la raison l'impose.

L'entreprise médicale est devenue un danger majeur pour la santé. Contrairement au mythe que son rituel engendre :

1. les sociétés nanties d'un système médical⁶ très coûteux sont impuissantes à augmenter l'espérance de vie, sauf dans la période périnatale ;
2. l'ensemble des actes médicaux⁷ est impuissant à réduire la morbidité globale ;
3. les actes médicaux et les programmes d'action sanitaire⁸ sont devenus les sources d'une nouvelle maladie : la maladie « iatrogène ». L'infirmité, l'impuissance, l'angoisse et la maladie engendrées par les soins professionnels dans leur ensemble constituent l'épidémie la plus importante qui soit et cependant la moins reconnue ;
4. les mesures prises pour neutraliser la iatrogenèse continueront à avoir un effet paradoxal, elles rendront cette maladie médicalement incurable encore plus insidieuse, tant que le public tolérera que la profession qui engendre cette maladie la cache comme une infection honteuse et se charge de son contrôle exclusif.

Ce premier chapitre s'adresse aux non-médecins pour les inviter à étudier ces quatre aspects néfastes de l'entreprise médicale, en orientant la recherche de l'antidote sur le plan politique, économique et moral.

n° 523, 18-24 novembre 1974, et ma lettre à Jean Daniel publiée dans le n° 525, 2-8 décembre 1974.

6 J'emploie l'expression « système médical » pour désigner l'ensemble des activités professionnelles et administratives dont le financement se fonde sur une raison de santé.

7 L'« acte médical » apparaît dans le vocabulaire de la Sécurité sociale et désigne une prestation professionnelle codifiée dans le cadre d'une nomenclature des prestations donnant lieu à remboursement. À l'origine, c'est un concept financier introduit malgré une forte résistance des médecins, opposés à la parcellisation de leur activité. Par glissement de sens, c'est devenu un acte que seul le médecin, ou certains autres professionnels de la santé, sont réputés capables d'effectuer. Le terme a pris une coloration juridique : l'acte médical est celui qui est réservé, par la volonté du législateur, à certains membres autorisés des professions sanitaires. Ainsi, l'avortement est devenu récemment en France un acte médical. Il est un acte médical alors même que la Sécurité sociale ne le rembourse pas. Dans ce sens juridique, il reste un acte médical même s'il est réalisé par une personne non autorisée. Il est alors un acte illégal et par là même justiciable des sanctions prévues par la loi. Le vote de la loi sur l'avortement a donné de l'acte médical une seconde définition encore plus importante : la femme décide si l'acte doit être exécuté ou non ; sous certaines conditions prévues par la loi, le médecin exécute l'acte sans avoir le droit de décider de sa nécessité. Dans cet essai, j'emploie l'expression « acte médical » pour désigner l'ensemble des interventions techniques de l'entreprise médicale sur des individus malades ou qui pourraient l'être.

8 J'emploie l'expression « activité sanitaire » pour désigner l'intervention technique sur l'environnement physique et sur le milieu social ayant comme but spécifique la santé.

Il s'agit de convaincre les médecins, mais avant tout leurs clients, qu'au-delà d'un certain niveau d'effort la somme des actes préventifs, diagnostiques et thérapeutiques ayant pour cibles les maladies spécifiques d'une population, d'un groupe d'âge ou d'individus, abaisse nécessairement le niveau global de santé de toute la société en réduisant ce qui précisément constitue la santé de chaque individu : son autonomie personnelle. Il s'agit de susciter, dans un peuple de consommateurs de santé, la prise de conscience que seul le profane a la compétence et le pouvoir nécessaires pour renverser une prêtrise sanitaire qui impose une médecine morbide. Il s'agit de démontrer que seule l'action politique et juridique peut maîtriser ce fléau contagieux qu'est l'invasion médicale, qu'elle se manifeste sous la forme d'une dépendance personnelle ou d'une médicalisation de la société.

L'assainissement de la médecine est une tâche politique et juridique qui doit se fonder sur l'analyse des dommages *sociologiques* (2^e part.) et *psychologiques* (3^e part.) que les soins professionnels produisent. Ce premier chapitre n'a d'autre but que de familiariser le lecteur avec l'évaluation *technique* de l'acte médical et de l'encourager à acquérir dans ce domaine une compétence que son médecin, même si c'est un grand patron, ne possède probablement pas⁹.

Ce que je souhaite présenter dans ce premier chapitre est un résumé succinct d'idées, de suggestions, d'hypothèses, d'explications extraites d'une littérature « scientifique » très vaste touchant les sciences sociales¹⁰, l'histoire¹¹, la

9 Le lecteur qui désire poursuivre des recherches autonomes dans une bibliothèque médicale n'a besoin que d'une introduction aux usuels. John B. Blake et Charles Roos, éd., *Medical Reference Works 1679-1966. A Selected Bibliography*, Chicago, Medical Library Association, 1967 ; et Mary Virginie Clark, *Medical Reference Works 1679-1960. A Selective Bibliography*, supplément 1, Chicago, Medical Library Association, 1970, sont, sans aucune comparaison possible, ce qu'il y a de meilleur pour la littérature internationale et les références des usuels et manuels de matières auxiliaires. Pour une orientation générale du lecteur français, voir Geneviève Koest, « Sciences médicales », in L.-N. Malclès, *Les Sources du travail bibliographique*, t. III, chap. XII, p. 426-507, Genève, Librairie Droz, 1958. Voir aussi Leslie Morton, *A Medical Bibliography. An Annotated Checklist of Texts Illustrating the History of Medicine*, 1970 ; Leslie Morton, éd., *Use of Medical Literature. Information Sources for Research and Development*, Butterworth, 1974.

10 John Powles, « On the limitations of modern medicine », in *Science, Medicine and Man*, Great Britain, Pergamon Press, 1973, vol. I, p. 1-30 : introduction critique et solide à la littérature des sciences sociales qui évalue l'impact de l'intervention médicale sur l'évolution de l'état de santé (reproduit dans *L'Anthologie CIDOC*, n° A7). Rick J. Carlson, *The End of Medicine*. A draft manuscript, to be published by Wiley, NY, 1975. Carlson est un juriste. Son essai est un « dossier de nature théorique mais reposant sur des bases empiriques ». Dans sa mise en accusation de la médecine américaine, il s'en est tenu aux aspects pour lesquels il disposait de preuves complètes et vérifiables. Carlson a participé à mes séminaires et m'a beaucoup aidé pour lancer la discussion.

11 Gordon McLachlan et Thomas McKeown, éd., *Medical History and Medical Care : A Symposium of Perspectives*, Londres, Oxford University Press, 1971 : peut servir de guide à l'étude his-

biologie¹², la démographie¹³ et la médecine¹⁴. Cette littérature est hétérogène et de qualité scientifique assez inégale. Ce qu'il importe de mettre en évidence, c'est qu'il est possible de trier dans celle-ci un ensemble de travaux dont la valeur scientifique est incontestable, indépendamment des thèses sous-jacentes aux observations ou aux analyses effectuées. On peut à ce propos remarquer que la littérature citée dans ce premier chapitre est essentiellement anglaise et américaine. Ce serait le comble du narcissisme professionnel que d'interpréter l'absence d'évaluations épidémiologiques de l'acte médical français, italien, allemand ou russe comme un indice de sa qualité supérieure. Ce sont plutôt des raisons historiques, politiques et juridiques qui expliquent que cette évaluation n'a pas été abordée ailleurs qu'en Grande-Bretagne et aux États-Unis. En France, la subordination de la recherche concernant la santé publique à une idéologie thérapeutique triomphante¹⁵ et la réduction de la médecine à l'individuel et à la technicité envahissante sont renforcées par l'organisation centralisée des facultés de médecine, la prévention qu'introduit la loi en protégeant tout acte professionnel et privé, la structure corporatiste qui fut donnée à l'Ordre des médecins sous le régime de Vichy, la forme syndicale des organismes qui préservent les intérêts des « producteurs de santé » et l'incontestable privilège public accordé à la coalition d'intérêts qui rapproche la médecine de l'industrie pharmaceutique¹⁶. En conséquence, la recherche cri-

torique de la relation entre l'organisation médicale et le tableau des maladies.

- 12 René Dubos, *L'Homme et l'adaptation au milieu*, Paris, Payot, 1973 (traduit de l'anglais) : Dubos est un pionnier en ce qui concerne tant ses recherches que la façon très documentée dont il en a livré les résultats au grand public.
- 13 *Population et société*, bulletin mensuel d'informations démographiques, économiques et sociales. C'est une note d'informations de synthèse publiée par l'institut national d'études démographiques. Le bulletin reprend les résultats publiés soit dans *Population*, soit dans les monographies de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) consacrées aux données statistiques sur les causes de décès définies selon une grille médicale. Les informations sont choisies directement par des démographes qui élaborent les statistiques nationales de mortalité et les commentaires reflètent leur appréciation de la signification et de la validité de ces résultats. Paul Damiani, « Notes sur les principales statistiques disponibles dans le domaine sanitaire et social », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 10^e année, n° 1, janvier-mars 1970, p. 23-30 : c'est un aperçu des publications utiles au planificateur français.
- 14 Gordon McLachlan, éd, *Portofolio for Health, II. The Developing Programme of the DHSS in Health Services Research. Problems and Progress in Medical Care*, published for the Nuffield Provincial Hospitals Trust by the Oxford Univ. Press, Londres, New York, Toronto, 1973 : fait le point sur la recherche en cours sur l'efficacité du système de soins en Angleterre.
- 15 Jean Bernard, *Grandeur et tentations de la médecine*, Paris, Buchet-Chastel, 1973, ainsi que Catherine et Georges Mathé, *La santé est-elle au-dessus de nos moyens ?*, Paris, Plon, 1970, en sont de bons exemples.
- 16 Les bulletins de publicité des laboratoires pharmaceutiques en France prennent l'aspect d'une soi-disant « presse médicale ». Ils sont envoyés à un tarif postal réduit parce qu'ils sont stricte-

tique sur l'acte médical se tarit¹⁷, la diffusion des connaissances acquises est entravée¹⁸, le public est privé du droit d'accéder à l'information contradictoire dans le domaine de la santé¹⁹ et la contestation des illusions répandues par l'entreprise médicale reste le fait de quelques chercheurs isolés²⁰, marginaux²¹ ou farfelus.

UNE HISTOIRE DOUTEUSE

La première de ces illusions touche à l'histoire des maladies²². L'étude de l'évolution de la structure de la morbidité nous fournit la preuve qu'elle n'a

ment réservés aux médecins.

- 17 Le budget de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) comporte bien une ligne consacrée à l'épidémiologie et à la santé publique. Or je n'ai pu identifier un seul chercheur en service qui aurait comme tâche principale l'évaluation de l'impact global sur la santé publique des méthodes diagnostiques et thérapeutiques en vigueur. Il faut vraiment chercher pour trouver la maigre information existant en France sur l'évaluation de l'acte médical selon des critères épidémiologiques. Centre national de la recherche scientifique, «Génie biomédical et informatique biomédicale», *Bulletin signalétique* 310 (avant 1972, inclus dans le *Bull.* 320), v.A, 05 ch. 05 : information biomédicale, santé publique, dépistage, examens de santé, statistique sanitaire et épidémiologique. Centre national de la recherche scientifique, «Eau et assainissement, pollution atmosphérique», *Bulletin signalétique* 885 : commence en 1971 ; titre à partir de 1973 : *Nuisances. Section E, Droits des nuisances*.
- 18 Il n'existe pas en France de publication périodique analogue à *Medical Letter on Drugs and Therapeutics*, Harold Aaron, éd., qui donnerait tous les quinze jours une information correcte sur les contre-indications des médicaments. Le *Physician Drug Manual/PDM*, contrairement à ce que j'ai fait comprendre dans une édition antérieure, est soutenu par l'industrie pharmaceutique au prix de 155 \$ par 2,5 cm de texte descriptif de chaque médicament. - C. Heusghen et P. Lechat, *Les Effets indésirables des médicaments*, Paris, Masson, 1973 : est le seul manuel récent, mais il ne trouve presque pas d'acheteurs. Le Vidal, le principal manuel utilisé par les médecins et les pharmaciens, se compose d'annonces publicitaires rédigées par les laboratoires sur leurs médicaments et rangées par ordre alphabétique.
- 19 Henri Pradal, *Guide des médicaments les plus courants*, Paris, Seuil, 1974 : cinquante-sept laboratoires ont menacé de porter plainte contre la vente de ce livre (onze d'entre eux l'ont fait) et il a été retiré deux fois de la vente à la suite d'une ordonnance du tribunal des référés.
- 20 J.-P. Dupuy, J. Ferry, S. Karsenty et G. Worms, *La Consommation de médicaments*, Paris, CEREBE, sept. 1971.
- 21 Michèle Manceaux, *Les Femmes de Gennevilliers*, Paris, Mercure de France, 1974. - Comité d'Action Santé, *Hôpital-silence-répression*, Paris, F. Maspero, 1968 : donne une bonne idée sur la pensée radicale typique de 1968.
- 22 Erwin Heinz Ackerknecht, *Therapie von den Primitiven bis zum 20. Jh mit einem Anhang : Geschichte der Diätetik*, Stuttgart, Enke Verlag, 1960 : histoire de la thérapie et de son efficacité. - Emanuel Berghoff, *Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes. In seinen Hauptzügen dargestellt*, 2. erw. Aufl. Wien, Maudrich, 1947, in *Wiener Beiträge zur Geschichte der Medizin*, Band 1 : histoire du concept de «maladie».

pas été affectée plus profondément au siècle dernier par les médecins²³ que par les prêtres aux époques précédentes. Les épidémies venaient et s'en allaient : docteurs et curés les conjuraient, ni les uns ni les autres ne pouvaient en modifier le cours²⁴. Elles n'ont pas été transformées de façon plus décisive par les rituels de la clinique médicale que par les exorcismes coutumiers au pied des autels religieux²⁵. La discussion sur l'avenir de l'institution médicale pourrait utilement commencer par la reconnaissance de ce fait.

Dès le début du XIII^e siècle, l'enfant français a une espérance de vie supérieure à celle de ses parents²⁶. L'écart entre générations s'accroît encore entre 1899 et 1920. Pendant cette courte période, un peu partout, chaque année qui passe apporte un supplément de chance de survie de quelques semaines à celui qui naît. Pendant le dernier demi-siècle, cet écart s'est rétréci. Chez certaines populations hautement industrialisées, l'écart a disparu et les jeunes ont à craindre de ne pas durer aussi longtemps que leurs ancêtres. Maintenant, on meurt à la naissance, ou encore par violence, ou enfin par dégénérescence. Plus de la moitié de ceux qui trouvent la mort avant l'âge de trente-cinq ans sont victimes d'accidents, voulus ou non, pendant la gestation ou à la naissance²⁷, plus d'un quart meurent par accident²⁸, agression ou suicide.

23 John Powles, *Health and Industrialisation in Britain : The Interaction of Substantive and Ideological Change*, prepared for colloquium on the Adaptability of Man to Urban Life, First World Congress on Environmental Medicine and Biology, Paris, 1^{er}-5 juillet, 1974.

24 Sur l'histoire des utopies médicales, voir Heinrich Schipperges, *Utopien der Medizin : Geschichte und Kritik der ärztlichen Ideologie des 19. Jh.*, Salzburg, Otto Müller Verlag, 1966. Quelques idées provocantes sur le cléricalisme médical : «Cléricalisme de la fonction médicale ? Médecine et politique. Le "sacerdoce" médical. La relation thérapeutique. Psychanalyse et christianisme», *Le Semeur*. En supplément, *Le Mini-Semeur*, n° 2, *Le Semeur*, 65^e année, n° 5, nouvelle série, n° spécial, 1966-1967.

25 René Dubos, *Le Mirage de la santé*, trad. de l'anglais, préf. d'André Maurois, Paris, Denoël, coll. «Essais», 1961 : utilise cette analogie. C'est lui qui a lancé l'idée que l'effort industriel pour produire un «progrès de la santé» constitue une maladie infectieuse dont la profession médicale est l'agent pathogène.

26 Daniel Noin, *La Géographie démographique de la France*, Paris, PUF, 1973. - J. Vallin, *La Mortalité par génération en France, depuis 1899*, Paris, Institut nat. d'études démographiques, 1973.

27 P. Longone, «Mortalité et morbidité», *Population et société*, bulletin mensuel d'informations démographiques, économiques et sociales, n°43, janv. 1972 : dans tous les pays européens, le taux de mortalité périnatale (correspondant à la période courant du 6^e mois de la grossesse au 6^e jour après la naissance) est supérieur au taux de mortalité pour tous les autres âges inférieurs à 30 ans.

28 P. Longone, «Les maux de la richesse. Morts violentes et surmortalité masculine», *Population et société*, bulletin mensuel d'informations démographiques, économiques et sociales, n° 11, février 1969 ; et P. Longone, «La surmortalité masculine», *Population et société*, n° 59, juin 1973 : les accidents d'automobiles sont responsables en France de 66 % de la mortalité masculine et de 39 % de la mortalité féminine pour les âges compris entre 15 et 34 ans, de 50 % de la mortalité des garçons entre 5 et 14 ans, de 33 % de la mortalité des deux sexes entre 1 et 4 ans.

Ce serait une erreur grave que d'expliquer ces transformations des taux de mortalité globaux par un progrès global de l'efficacité de l'acte médical. La différence entre l'espérance de vie des générations successives apparaît sous l'Ancien Régime sans qu'il y ait pour autant de progrès thérapeutiques notoires à cette époque. Elle s'amplifie avec la révolution pasteurienne et elle s'évanouit bien avant la récente apparition de l'arsenal du médecin contemporain.

On doit donc admettre que la somme des gratifications ressenties par chaque médecin lorsqu'il est sûr d'avoir « sauvé » un individu en danger de mort ne se reflète pas de manière significative au niveau d'une analyse des faits démographiques généraux. En d'autres termes, les indicateurs partiels qui servent à apprécier l'efficacité d'actes médicaux spécifiques ne sont pas agrégeables en un indicateur global²⁹.

Les maladies infectieuses qui dominèrent le début de l'ère industrielle illustrent la façon dont la médecine a fait sa réputation. La tuberculose, par exemple, a atteint son apogée en deux générations. À New York, le taux de mortalité était de l'ordre de 700 pour 100000 en 1812 et il s'était abaissé à 370 vers 1882, quand Koch était encore en train de cultiver et de colorer le premier bacille. Même si la tuberculose tenait toujours la deuxième place parmi les causes de décès, le taux était déjà descendu à 180 quand on a ouvert le premier sanatorium en 1904. Après la Seconde Guerre mondiale, avant l'utilisation des antibiotiques, elle était passée à la 11^e place avec un taux de 48 pour 100000³⁰. Le choléra, la dysenterie et la typhoïde ont connu un maximum de la même façon, puis ont disparu en échappant à l'action médicale.

29 J.-P. Dupuy et A. Letourmy, *Déterminants et coûts sociaux de l'innovation en matière de santé*, rapport OCDE, 1974 : passent en revue les divers facteurs qui expliquent pourquoi un ensemble d'actions médicales ayant chacune une efficacité sur un indicateur spécifique peut n'avoir qu'un effet très faible sur un indicateur global. Un des facteurs les plus importants est la spécialisation poussée de la médecine qui fait que sont de moins en moins prises en compte les interdépendances entre les indicateurs spécifiques. Les hyper-spécialistes médicaux se façonnent des indicateurs de résultats tels qu'ils sont sûrs d'avoir une action efficace. Il y a alors peu de chances pour qu'un effet sur un tel indicateur se traduise au niveau d'un indicateur plus global de la santé. E. Desanti, *Médecine sociale*, Paris, Maloine, 1967 : histoire de la mesure de la morbidité montrant l'influence de la qualité du recueil de l'information et de l'idéologie du médecin. La fréquence d'une maladie dans les statistiques reflète plus l'activité médicale dont elle rend compte qu'un état de santé qui aurait un sens hors de la conscience des acteurs sociaux. Voir aussi J.N. Morris, *Uses of Epidemiology*, 2^e éd., Livingstone, Édimbourg, Londres, 1964 : sur la façon dont chaque civilisation crée ses propres maladies.

30 R. Dubos et J. Dubos, *The White Plague*, Boston, Little Brown, 1952. H. Huebschmann, *Psyche und Tuberkulose*, Stuttgart, Enke Verlag, 1952, p. 268-284 : la bibliographie de l'auteur constitue un guide à l'étude des facteurs psychiques qui entrent dans l'étiologie de la tuberculose et de leurs déterminants sociaux.

Lorsque l'étiologie de ces maladies fut comprise et qu'une thérapeutique spécifique leur fut appliquée, elles avaient déjà perdu beaucoup de leur actualité³¹. En additionnant les taux de mortalité de la scarlatine, de la diphtérie, de la coqueluche et de la rougeole, de 1860 à 1965, pour les enfants de moins de quinze ans, on montre que presque 90 % de la diminution totale de la mortalité pendant cette période a eu lieu avant l'introduction des antibiotiques et de l'immunisation à grande échelle contre la diphtérie³². Il est possible que l'explication tienne en partie à la baisse de virulence des micro-organismes et à l'amélioration des conditions de logement, mais elle réside surtout, et de façon très nette, dans une plus grande résistance individuelle due à l'amélioration de la nutrition. Aujourd'hui, dans les pays pauvres, la diarrhée et les infections des voies respiratoires supérieures sont plus fréquentes, durent plus longtemps et se traduisent par une mortalité plus élevée quand l'alimentation est insuffisante, quel que soit le degré de disponibilité des soins médicaux³³. Il est bien certain que l'élimination des formes anciennes de mortalité ne peut être portée à l'actif de l'activité professionnelle des médecins³⁴, pas plus qu'on ne peut porter à leur passif l'allongement d'une vie qui doit être désormais passée à souffrir de nouvelles maladies.

L'analyse des tendances de la morbidité³⁵ montre que l'environnement général (notion qui inclut le mode de vie) est le premier déterminant de l'état de santé global de toute population³⁶. Ce sont l'alimentation, les conditions de logement

31 René Dubos, *L'Homme et l'adaptation au milieu*, op. cit. : plus spécialement le chapitre VII sur l'évolution des maladies microbiennes et la bibliographie de ce chapitre.

32 R.R. Porter, *The Contribution of the Biological and Medical Sciences to Human Welfare*, Presidential Addresses of the British Association for the Advancement of Science, Swansea meeting, 1971 ; published by the Association, 1972.

33 N.S. Scrimshaw, C.E. Taylor et John E. Gordon, *Interactions of Nutrition and Infection*, World Health Organisation, Genève, 1968.

34 Warren Winkelstein, Jr., « Epidemiological considerations underlying the allocation of health and disease care resources », *International Journal of Epidemiology*, vol. I, n° 1, Oxford Univ. Press, 1972, p. 69-74, en donne la preuve. Il souligne que les médecins anglais du milieu du XIX^e siècle voyaient déjà dans l'environnement un des déterminants majeurs de l'état de santé de toute population. Il se réfère plus particulièrement à E. Chadwick, 1842 et L. Shattuck, 1850. Voir aussi J.P. Frank, *Akademische Rede vom Volkselend als der Mutter der Krankheiten* (Pavia 1790), Leipzig, Barth, 1960.

35 Inst. nat. de la santé et de la recherche médicale, *Rapport sur l'état de santé de la population française*, Études particulières, 1972 : contient toute l'information nécessaire pour permettre à un élève de première de préparer un rapport à la nation française analogue au rapport Lalonde (voir note 3). Néanmoins, dans son état présent, cet excellent document ne sert pas à la discussion publique.

36 François Lebrun, *Les Hommes et la mort en Anjou aux XVII^e et XVIII^e siècles. Essai de démographie et de psychologie historiques*, Paris, Mouton, 1971 : une très belle étude qui souligne l'importance des facteurs économiques, techniques et sociologiques pour le niveau de santé. Voir aus-

et de travail, la cohésion du tissu social et les mécanismes culturels permettant de stabiliser la population qui jouent le rôle décisif dans la détermination de l'état de santé des adultes et de l'âge auquel ils ont tendance à mourir³⁷.

Alors que, avec les transformations de l'âge industriel, les anciennes formes pathologiques tendent à disparaître, de nouvelles formes de morbidité apparaissent. C'est de nouveau au régime alimentaire que revient la priorité dans la détermination du type de maladies courantes, particulièrement si l'on y inclut

si G. Melvyn Howe, *Man, Environment and Disease: A Medical Geography of Britain Through the Ages*, New York, Barnes and Nobles Books, 1972.

- 37 F. Fagnani, *Santé, consommation médicale et environnement. Problèmes et méthodes*, Saint-Nizier-Grenoble, 12-15 déc. 1972 ; Paris, Mouton, 1973. On trouvera des justifications, statistiques ou non, de la thèse selon laquelle l'environnement physique et social, y compris le mode de vie et abstraction faite des interventions médicales spécifiques sur des groupes ou des individus, est le principal déterminant de la mortalité globale d'une population, dans Alain Letourmy et François Gibert, *Santé, environnement, consommations médicales. Un modèle et son estimation à partir des données de mortalité*, rapport principal, Paris, CEREBE, juin 1974. Ils montrent que les différences de mortalité entre départements français s'expliquent essentiellement par les différences de modes de vie, en particulier l'alcoolisme et le type d'alimentation. Les consommations de soins ont une influence quasi nulle. En revanche, le niveau de consommation médicale est parfaitement expliqué par la densité médicale et tout à fait sensible aux variations de celle-ci. Une augmentation de 10% de la densité médicale dans un département provoque une baisse de la mortalité de seulement 0,3% mais une augmentation des consultations et visites de 6%. Par contre, une baisse de 10% de la consommation d'alcool abaisse la mortalité de 1,8% et une baisse de 10% de la consommation de lipides abaisse cette même mortalité de 2,5%. - Richard Auster *et al.*, « The production of health, an exploratory study », *Journal of Human Resources*, 4, automne 1969, p. 411-436 : étude pour les États américains, comme Letourmy et Gibert dans le cas de la France, la relation entre mortalité d'une part et consommations médicales et environnement d'autre part. À consommation médicale et éducative donnée, les hauts revenus sont associés à une forte mortalité. La raison en réside probablement dans le mode de vie : nourriture malsaine, manque d'exercices, tension psychologique, etc. - L. Lebart, *Recherches sur le coût de protection de la vie humaine dans le domaine médical*, rapport CREDOC, juin 1970. - Reuel A. Stallones, *Environnement, écologie et épidémiologie* (texte abrégé de la 4^e conférence du cycle de conférences scientifiques OPS/OMS, Washington, 30 sept. 1971) : montre qu'il y a une forte corrélation positive aux États-Unis entre la densité des médecins et l'incidence des maladies coronariennes, alors que cette corrélation est fortement négative en ce qui concerne les maladies vasculaires touchant le système nerveux central. Il remarque qu'on ne peut rien en conclure à propos de l'influence possible des médecins sur les unes comme sur les autres. La morbidité et la mortalité font partie intégrante de la condition humaine et sont indépendantes des efforts déployés pour maîtriser telle ou telle maladie spécifique. - Delpit-Morando, Radenac et Vilain, « Disparités régionales en matière de santé », *Bulletin de statistiques du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale*, n°3, 1973. - Jean-Paul Desai et *al.*, *Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIII^e s.*, Paris, Mouton, 1972. - John Powles, *Prospects for Health in Rich and Poor Countries*, Staff discussion document, avril 1974. - Lester B. Lave et Eugene P. Seskin, « Air pollution and human health », *Science*, vol. CLXIX, n° 3947, 21 août 1970, p. 723-733. - M.J. Gardner, « Using the environment to explain and predict mortality », *J. R. Statist. Social*, 136, part. 3, 1973, p. 421-440 : « La mort prématurée et la morbidité dues aux maladies chroniques sont en train de faire de grands ravages dans les catégories les plus jeunes de la population. »

les consommations de tabac, d'alcool et de sucre. Un nouveau type de malnutrition est en passe de devenir une forme d'épidémie moderne au taux d'expansion particulièrement rapide. Un tiers de l'humanité survit à un niveau de sous-alimentation qui aurait été jadis léthal, tandis que de plus en plus d'individus absorbent des poisons et des mutagènes dans leurs aliments³⁸.

L'intervention destructrice de l'homme sur le milieu s'est intensifiée parallèlement aux prétendus progrès de la médecine. L'empoisonnement de la nature par l'industrie chimique est allé de pair avec la prétendue efficacité croissante des médicaments ; la malnutrition moderne, avec le progrès de la science diététique.

Les activités sanitaires peuvent être considérées comme le deuxième déterminant de l'état de santé global d'une population, nettement moins important cependant que le niveau et la qualité de l'alimentation et de l'habitat, la stabilité culturelle et les conditions de travail mentionnés précédemment. Dans cette catégorie, il faut distinguer deux types d'innovations apparues depuis le XIX^e s. Il y a tout d'abord des transformations de la culture populaire qui, aujourd'hui, font partie du comportement général de la population et qui, à elles seules, peuvent expliquer en très grande partie l'impact global des techniques sanitaires sur la baisse de la mortalité. Le traitement des eaux³⁹, la fosse

38 Jusqu'à présent, la faim et la malnutrition dans le monde ont augmenté avec le développement industriel. Marshall Sahlins, *Stone Age Economics*, Chicago, Aldine Atherton, 1972, p. 23 : « Le tiers ou même la moitié de l'humanité se couche le soir en ayant faim. À l'âge de la pierre, la proportion devait être bien moindre. Notre ère est celle d'une faim sans précédent. Aujourd'hui, à une époque où la puissance technique est plus grande que jamais, la faim est devenue une institution. » - Adele Davis, *Let's Eat Right to Keep Fit*, éd. revue et actualisée, New York, Harcourt Brace, 1970 : rapport bien documenté sur le déclin de la qualité de l'alimentation aux États-Unis avec les progrès de l'industrialisation, et les conséquences de ce déclin sur l'état de santé de la population américaine. - Ruth Mulvey Harmer, *Unfit for Human Consumption*, Prentice-Hall, 1971 : affirme que l'Organisation mondiale de la santé trouve un intérêt dans la continuation de l'utilisation des pesticides toxiques du fait de ses programmes de santé publique. - Harrison Wellford, *Sowing the Wind*, a report for Ralph Nader's Center for Study of Responsive Law on Food Safety and the Chemical Harvest ; introduction by Ralph Nader, New York, Bantam Paper, 1973 : rapport d'un collaborateur de Ralph Nader sur la concentration de pesticides dans les aliments ordinaires. Le mauvais usage des pesticides menace le fermier encore plus que l'habitant des villes, il détruit sa santé, élève les coûts de production et tend à faire baisser les rendements à long terme. La documentation sur le danger représenté par les mycotoxines est beaucoup moins riche. Il s'agit des sous-produits de micro-organismes qui se développent inévitablement quand des aliments sont produits en quantités industrielles. - Arturo Aldama (CIDOC, Apdo. 479, Cuernavaca, Mexique) est en train d'étudier les aspects endémiques de la mycotoxicose secondaire. Voir aussi Gérald Messadié, *L'Alimentation suicide. Les dangers réels et imaginaires des produits chimiques dans notre alimentation*, Paris, Fayard, 1973.

39 Guy Thuillier, « Pour une histoire régionale de l'eau en Nivernais au XIX^e siècle », *Annales*, 23^e année, n° 1, janvier-février 1968, p. 49 sq.

septique⁴⁰, l'utilisation du savon⁴¹ et des ciseaux par les sages-femmes⁴² (cette dernière innovation étant la seule qui ait été introduite par des médecins) sont trois procédés dont l'impact total est certainement supérieur à celui de l'ensemble des activités sanitaires qui exigent encore généralement l'intervention du spécialiste. Si l'on ajoute l'utilisation non professionnelle de certains antibactériens, insecticides et pesticides, l'aération des chambres, la lessive fréquente, l'eau saine, l'activité sanitaire qui reste le domaine réservé aux professionnels se révèle avoir un effet bien secondaire.

Parmi les techniques développées par les médecins et incorporées dans la culture populaire, il faut donner une place privilégiée aux moyens de limitation des naissances. Il s'agit de techniques que les médecins semblent avoir été les premiers à utiliser dans leur vie privée, même dans des périodes pendant lesquelles les associations médicales s'opposaient explicitement à leur emploi par la population⁴³. Si des techniques similaires, bien que peut-être plus artisanales, qui étaient utilisées avec succès dans les relations extramaritales depuis des générations, n'avaient pas été étendues aux rapports maritaux par de vastes couches sociales en Europe⁴⁴, la surpopulation aurait rendu

40 Guy Thuillier, « Pour une histoire de l'hygiène corporelle. Un exemple régional : le Nivernais », *Revue d'histoire économique et sociale*, 46, 2, 1968, p. 232-253. - Lawrence Wright, *Clean and Decent. The Fascinating History of the Bathroom and the Water Closet and of Sundry Habits, Fashions and Accessories of the Toilet, Principally in Great Britain, France and America*, Toronto, Univ. of Toronto Press, 1967.

41 Erwin H. Ackerknecht, « Hygiène en France, 1815-1848 », *Bulletin historique médical*, 1948, n° 22, p. 117-155. - Guy Thuillier, « Pour une histoire de la lessive au XIX^e siècle », *Annales*, 24^e année, n° 2, 1969, p. 355-390.

42 Morton Thompson, *Tu enfanteras dans la souffrance*, Paris, Presses de la Cité, 1967 : bon roman historique ayant comme héros le docteur Ignaz P. Semmelweis (1818-1865).

43 J. A. Banks, *Family Planning and Birth Control in Victorian Times*, paper read at the Second Ann. Conference, Society for the History of Medicine, Leicester Univ., 1972.

44 J.-L. Flandrin, « Contraception, mariage et relations amoureuses dans l'Occident chrétien », *Annales, économies, sociétés, civilisations* (24) 6, nov.-déc. 1969, p. 1370-1390 : est un effort pour relancer la recherche et montre l'insuffisance des idées admises jusqu'ici. Sous peine d'hérésie, la contraception ne pouvait être envisagée que hors du mariage. Sous peine de scandale, les relations illégitimes devaient être stériles. Les statistiques démographiques en l'état actuel des recherches n'indiquent en effet, pour les XVII^e et XVIII^e s. en France, pratiquement pas de contraception dans le mariage, mais un taux de naissances illégitimes très faible. Le fait nouveau qui apparaît au XIX^e s. est l'alignement du comportement dans le mariage sur le comportement hors du mariage. Il est probable que l'usage efficace de la contraception ne s'est généralisé que chez les familles paysannes appartenant à des couches suffisamment aisées où les risques de mortalité infantile s'étaient affaiblis. - M. Leridon, « Fécondité et mortalité infantile dans trois villages bavares. Une analyse de données individualisées du XIX^e s. », *Population*, 5, 1969, p. 997-1002. Voir aussi John Thomas Noonan, *Contraception et mariage. Évolution ou contradiction dans la pensée de l'Église*, trad. de l'anglais par Marcelle Jossua (*Contraception : A History of its Treat-*

impossibles les baisses de mortalité enregistrées pendant le XVIII^e siècle grâce à l'amélioration apportée au régime alimentaire⁴⁵.

Ce n'est qu'au troisième rang qu'il faut placer l'impact de l'acte médical sur la santé globale. Contrairement à l'environnement et aux techniques sanitaires non professionnelles, les soins médicaux que « consomme » une population ne sont nulle part ni jamais liés de façon significative à un allègement du poids de la morbidité ou à une prolongation de l'espérance de vie⁴⁶. Ni la densité des médecins dans une population, ni les moyens cliniques dont elle dispose, ni le nombre de lits d'hôpital ne sont des causes de la frappante mutation des structures globales de la morbidité. Les nouvelles techniques dont on dispose pour reconnaître et traiter des conditions aussi pernicieuses que l'anémie et l'hypertension, ou pour rectifier des malformations congénitales grâce à des interventions chirurgicales, redéfinissent la morbidité mais ne la réduisent pas. Le fait qu'il y ait plus de médecins là où certaines maladies sont devenues rares a peu à voir avec leur capacité à maîtriser ou à éliminer ces affections⁴⁷. À première vue, cela veut simplement dire que les médecins s'implantent suivant leurs inclinations plus facilement que d'autres professionnels et qu'ils ont tendance à se concentrer là où le climat est sain, là où l'eau est propre et là où les gens travaillent et peuvent payer leurs services.

UNE RÉALITÉ PÉNIBLE

Un appareil technique imposant allié à une bureaucratie médicale « égalitaire » a créé l'illusion dangereuse d'une corrélation « naturelle » entre l'intensité de l'acte médical et la fréquence des guérisons. Cette hypothèse, qui fonde

ment by the Catholic Theologians and Canonists), Paris, Cerf, 1969.

45 Pour la méthodologie de la recherche sur l'histoire de l'alimentation : Guy Thuillier, « Note sur les sources de l'histoire régionale de l'alimentation au XIX^e siècle », *Annales*, 23, 6, novembre-décembre 1968, p. 1301-1319 ; et Guy Thuillier, « Au XIX^e siècle : l'alimentation en Nivernais », *Annales*, 20, 6, novembre-décembre 1965, p. 1163-1184. - Hans J. Teuteberg et Günter Wiegmann, *Der Wandel der Nahrungsgewohnheiten unter dem Einfluss der Industrialisierung*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1972 : traite de l'impact de l'industrialisation sur la quantité, la qualité et la distribution des aliments. Très bonne bibliographie mal organisée.

46 A. Letourmy et F. Gibert, *op. cit.* - R. Auster *et al.*, *op. cit.* Charles T. Stewart, Jr., « Allocation of resources to health », *The Journal of Human Resources*, VI, 1, 1971 : classe les ressources qui sont consacrées à la santé en dépenses de traitement, de prévention, d'information et de recherche. Dans toutes les nations occidentales, la prévention (eau potable) et l'éducation sont corrélées de façon significative à l'espérance de vie. Ce n'est pas le cas des variables appartenant à la catégorie « traitement ».

47 Reuel A. Stallones, *op. cit.* Voir aussi « The urban and rural distribution of medical manpower », *World Health Organization Chronicle*, 22:100-104, n°3, mars 1968.

pourtant la pratique médicale contemporaine, n'a jamais été prouvée scientifiquement. Bien plus, on a tout lieu de penser qu'elle est erronée. Ainsi, l'ensemble des études faites pour évaluer l'efficacité de l'acte médical dans la réduction de la morbidité ou de la mortalité de patients affectés par des pathologies spécifiques a donné des résultats surprenants. Plus l'acte exige l'intervention du spécialiste ou d'une infrastructure coûteuse, plus il devient probable :

1. que l'espérance de vie du patient soumis au traitement ne sera pas affectée par l'acte ;
2. que la période d'invalidité du patient augmentera ; et
3. que le patient aura besoin de traitements additionnels pour l'aider à supporter les dommages, mutilations, angoisses et douleurs provoqués par l'intervention médicale⁴⁸.

De façon générale, on peut dire que l'ensemble des procédés diagnostiques et thérapeutiques mis au point pendant les deux dernières générations et dont il a été clairement prouvé que leur efficacité est supérieure au traitement traditionnel sont très peu nombreux, d'un coût faible et d'une application très simple. Cependant, la plus grande partie des dépenses médicales est entraînée par des diagnostics et des traitements dont le bénéfice pour le patient est nul ou douteux, parce que leur effet en cas de succès est de changer la pathologie, bien souvent en prolongeant et en intensifiant la souffrance⁴⁹.

Pour illustrer ce point, je ferai une distinction entre les maladies infectieuses et non infectieuses. Il est impossible de contester l'efficacité de l'intervention des médecins dans la guérison des premières. On peut seulement se demander si le médecin est encore nécessaire dans la réalisation des actes

48 A.L. Cochrane, *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972 : travail modèle de valeur internationale en ce qui concerne l'utilisation de l'information sur l'appréciation technique de l'efficacité de l'acte médical dans une critique politique de son efficacité sociale. La conjonction de trois facteurs rend très difficile une étude équivalente en dehors de la Grande-Bretagne : 1) l'évaluation porte sur deux décennies de fonctionnement du National Health Service ; 2) la critique est nourrie par une tradition empirique typiquement britannique ; 3) le style clair, austère, brillant et plein d'humour est difficilement traduisible. Voir aussi comme exemple F. Fagnani, « Secours d'urgence. Application de la recherche opérationnelle à un problème de santé publique, les secours d'urgence », in *Colloque international de recherche opérationnelle*, Dublin, 1972. Ross ed. North Holland, Elsevier.

49 Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, « Les problèmes de la décision en matière de santé », *Économie et santé*, supplément au *Bulletin des statistiques de santé et de sécurité sociale*, n° 3, sept. 1973 ; fait le point sur l'état de la discussion de ce thème en France. Pour la bibliographie sur la frontière entre la biologie, l'éthique et la politique dans le domaine médical : Sharmon Sollito et Robert M. Veatch, *Bibliography of Society, Ethics and the Life Sciences*, Hudson, New York, The Hastings Center, 1973.

correspondants⁵⁰.

La vaccination a pratiquement balayé la poliomyélite dans les pays riches. Les vaccins ont probablement apporté aussi une certaine contribution au recul de la coqueluche, de la rougeole et du tétanos. La chimiothérapie et l'antibiothérapie ont joué un rôle significatif dans la maîtrise de la pneumonie, de la gonorrhée et de la syphilis. Les décès dus à la pneumonie, autrefois source de mort paisible du vieillard, ont diminué de 5 % à 8 % après que les sulfamides et les antibiotiques sont apparus sur le marché. Les cas de malaria, de typhoïde, de syphilis et de pian peuvent être très facilement guéris. C'est un beau progrès, même s'il est souvent impossible d'appliquer la thérapeutique en question parce qu'on se heurte à des freins techniques et économiques, à la négligence et aux tabous, et particulièrement au monopole médical. Le traitement de ces infections pourrait devenir bien plus efficace dans la mesure où il serait déprofessionnalisé et viendrait à faire partie de la culture hygiénique populaire.

Même en tenant compte de ces limites, il est certain, du moins pour le moment, que l'impact des traitements médicaux sur ces infections confirme la croyance populaire en un «progrès» de la médecine. Cela reste vrai même si, pour la plupart des autres infections, la médecine ne peut afficher de pareils résultats et même si les succès observés au niveau du cas individuel sont loin de se traduire dans les statistiques globales. Le traitement médicamenteux des infections individuelles a réduit la mortalité due à la tuberculose, au tétanos, à la diphtérie et à la scarlatine, mais, dans la baisse totale de la mortalité ou de la morbidité provenant de ces maladies, le médicament moderne a joué un rôle mineur et peut-être même non significatif. La malaria, la leishmaniose et la maladie du sommeil ont reculé pendant un certain temps devant les attaques des produits chimiques mais sont maintenant en pleine recrudescence dans les pays du tiers monde. Ce retour⁵¹ est une conséquence du développement des transports, des réseaux d'énergie, de l'urbanisation mais aussi de l'évolution des vecteurs résistants. De même, la fréquence croissante des infections vénériennes est due à de nouvelles mœurs et non à des traitements inefficaces. Recrudescences et rémissions continuent à être des phénomènes extramédicaux.

50 René Dubos, *L'Homme et l'adaptation au milieu*, op. cit. (bibliographie du chap. VII).

51 Charles C. Hughes et John M. Hunter, «Disease and "development" in Africa», *Social Science and Medicine*, vol. III, n° 4, 1970, p. 443-488 : analyse la littérature sur la recrudescence de maladies infectieuses qui avaient disparu et qui réapparaissent comme conséquence des programmes de développement, particulièrement en Afrique tropicale.

L'efficacité de l'intervention médicale dans la lutte contre les maladies non infectieuses est encore plus douteuse. Ce n'est que dans quelques traitements spécifiques que l'on a vraiment démontré un progrès effectif. La prévention partielle des caries dentaires par fluoration de l'eau est possible bien que les effets à terme d'une absorption régulière de fluor soient mal connus. Un plus grand nombre de gens survivent aux grands traumatismes des accidents industriels et des opérations chirurgicales. Une thérapeutique de substitution réduit les effets directs, à court terme, du diabète⁵². Le traitement d'un type de cancer de la peau et celui de la maladie de Hutchinson sont efficaces. Nous manquons de preuves nettes quant à l'efficacité du traitement d'une douzaine d'autres cancers fréquents⁵³.

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus courante. Le taux de survie à cinq ans est approximativement de 50 %, indépendamment de la fréquence des bilans médicaux et du type de traitement mis en œuvre⁵⁴. Il n'a pas été démontré que ce taux différerait de celui des cancers non traités⁵⁵ ou que, dans l'ensemble, les traitements à intention « curative » aient rendu le stade terminal moins pénible. Bien que les praticiens aient tendance à insister sur l'importance du dépistage et du traitement précoces de ce type de cancer et de plusieurs autres, les épidémiologues sont incapables de fournir la preuve que l'intervention précoce affecte les taux de survie⁵⁶. L'intervention précoce dans le cancer du col de l'utérus accroît, de manière significative mais pas très

52 Universities Group Diabetes Program, «A study of the effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult onset diabetes. II : Mortality results, 1970 », *Diabetes*, 19, suppl. 2. - G.L. Knatterud, C.L. Meinert, C.R. Klimt, R.K. Osborne et D.B. Martin, «Effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult onset diabetes, 1971 », *Journal of the American Medical Association*, 217, 6, 777 : chez le diabétique non dépendant de l'insuline, l'application d'un régime strict permet des taux de survie supérieurs à ceux observés chez les malades traités par les sulfamides hypoglycémisants et les biguanides.

53 N.E. McKinnon, «The effects of control programs on cancer mortality», *Canadian Medical Association Journal*, 82, 25 juin 1960, p. 1308-1312. - E.C. Easson et H.M. Russel, *The Curability of Cancer in Various Sites*, Londres, Pitman Medical Publishing, 1968.

54 Breast Cancer Symposium, «Points in the practical management of breast cancer» (1969), *Breast Journal Surg.*, 56, 782. - R.W. Scarff, «Prognosis in carcinoma of the breast», *Br. J. Radiol*, 21, p. 594-596, 1948.

55 Edwin F. Lewison, «An appraisal of long term results in surgical treatment of breast cancer», *Journal of the American Medical Association*, 186, 14 décembre 1963, 975-978. - H.J.G. Bloom, «The influence of delay on the natural history and prognosis of breast cancer», *Br. J. Cancer*, 19, 1965, p. 228 : le pronostic dépend beaucoup plus des caractéristiques histologiques de la tumeur que du stade auquel se fait le diagnostic ou que du type de traitement.

56 Robert Sutherland, *Cancer : The Significance of Delay*, Londres, Butterworth and Cy., 1960, p. 196-202. - Hedley Atkins *et al.*, «Treatment of early breast cancer : a report after ten years of clinical trial», *British Medical Journal*, 1972, 2, p. 423-429 et 417.

importante, le taux de survie à cinq ans. Pour obtenir ce résultat, plusieurs examens préventifs par an sont nécessaires, procédure qui semble inacceptable à certaines femmes. Le dépistage se révèle de toute façon statistiquement inutile car ce sont les sujets qui ne viennent pas régulièrement consulter leur médecin qui présentent les risques les plus élevés⁵⁷. Encore plus nette est la situation dans le cas du cancer du poumon qui est le plus fréquent chez l'homme. Les acrobaties publicitaires des chirurgiens, que l'on qualifie avec révérence de « miracles » médicaux, se sont traduites, durant ces vingt dernières années, par une multiplicité considérable d'interventions et d'épisodes divers ayant toujours le même dénouement : plus de dépenses et plus de souffrances nouvelles sans aucun effet sur les taux de survie⁵⁸. Une étude en cours indique que les médecins qui découvrent dans leur propre organisme les symptômes du cancer retardent, plus que les autres professionnels de même niveau d'éducation, le recours au diagnostic et au traitement professionnels, étant bien conscients de leur valeur principalement rituelle⁵⁹. En ce qui concerne les maladies cardiaques congénitales et rhumatismales, la chirurgie et la chimiothérapie n'ont augmenté les chances de mener une vie active que pour certaines catégories restreintes de ceux qui souffrent de ces affections⁶⁰. Le traitement médical des maladies cardio-vasculaires communes⁶¹ et des maladies cardiaques⁶² est très limité dans son efficacité globale. Le traitement intensif de l'infarctus du myocarde dans les services hospitaliers spécialisés s'est révélé moins efficace

57 F. Fagnani, *Étude sur la prévention du cancer*, Inserm, 1972 (à paraître dans *La Chronique OMS* en 1975).

58 L.M. Axtell, S.J. Cutler et M.M. Myers, éd., *End Results in Cancer*, rapport n° 4, U.S. Department of Health Education and Welfare Publication, 1972 (NIH), p. 73-272. - S.J. Cutler et H.W. Heise, « Long-term end results of treatment of cancer », *Journ. American Medical Association*, 72, 1971, vol. CCXVI, n° 2, p. 293-297.

59 Barbara Blackwell, « The literature of delay in seeking medical care for chronic illnesses », *Health Education Monograph*, n° 16, San Francisco, Society for Public Health Education Inc., 1973 : guide pour l'ensemble de la littérature traitant du délai entre l'apparition des symptômes, leur diagnostic et l'intervention.

60 Ann G. Kutner, « Current status of steroid therapy in rheumatic fever », *American Heart Journal*, 70, août 1965, p. 147-149. - The rheumatic fever working party of the medical research council of Great Britain and the subcommittee of principal investigators of the American Council on rheumatic fever and congenital heart disease, American Heart Association, « Treatment of acute rheumatic fever in children : a cooperative clinical trial of ACTH, cortisone and aspirin », *British Medical Journal*, 1, 1955, p. 555-574.

61 Harvey D. Cain *et al.*, « Current therapy of cardiovascular disease », *Geriatrics*, 18, juillet 1963, p. 507-518. - Albert N. Brest, « Treatment of coronary occlusive disease : critical review », *Disease of the Chest*, 45, janvier 1964, p. 40-45.

62 Malcolm I. Lindsay et Ralph E. Spiekerman, « Re-evaluation of therapy of acute myocardial infarction », *American Heart Journal*, 67, avril 1964, p. 559-564.

que le traitement à domicile⁶³. Le traitement médicamenteux de l'hypertension artérielle est efficace dans les quelques cas où il s'agit d'un facteur morbide pernicieux et il peut faire beaucoup de mal quand on l'applique dans d'autres conditions⁶⁴. La grande propagande internationale faite au début de 1975 en faveur de la régulation de la pression artérielle de populations entières moyennant l'intervention médicale semble irresponsable. «Quels sont les effets du traitement? Actuellement, il n'est possible de répondre que sur la morbidité à court terme de l'hypertension sévère bien traitée. Il n'y a pas de données disponibles suffisantes sur la mortalité ou la morbidité à long terme, ni sur les effets du traitement dans l'hypertension modérée, discrète ou labile. [...] Il n'y a aucun critère, avant l'apparition des complications, qui permette d'apprécier le pronostic et par conséquent de sélectionner les sujets susceptibles de tirer bénéfice du traitement. [...] Certains effets secondaires fâcheux sont connus à propos de certaines drogues, mais les inconvénients à long terme de ces traitements sont très mal appréciés et comme toujours difficiles à prévoir. Ils ne sont sûrement pas négligeables et doivent être mis en balance avec le bénéfice escompté du traitement. Comme celui-ci semble se réduire d'autant plus que les valeurs tensionnelles sont moins élevées, il n'est pas déraisonnable d'estimer qu'à partir d'un certain niveau tensionnel le bilan qui prendrait en compte les avantages et les inconvénients des médicaments pourrait être nul, puis négatif⁶⁵. » Le silence sur la probabilité de ce danger que maintiennent les grands ateliers de plomberie humaine est une nouvelle manifestation publique de l'incapacité de la profession médicale à procéder à une profonde autocritique, ce qui ne peut entraîner que des conséquences sinistres pour la société.

UNE NOUVELLE ÉPIDÉMIE QUI RÉSISTE À LA MÉDECINE

Malheureusement, l'inutilité des soins médicaux est le moindre des dommages qu'une entreprise médicale proliférante peut infliger à la société. L'impact négatif de l'entreprise médicale constitue l'une des épidémies les plus envahissantes de notre temps⁶⁶. La douleur, les dysfonctions, l'invalidité et

63 H.G. Mather, N.G. Pearson, K.L.G. Read *et al.*, «Acute myocardial infarction home and hospital treatment», *British Medical Journal*, 3, 7 août 1971, p. 334-338.

64 Combined Staff Clinic, «Recent advances in hypertension», *American Journal of Medicine*, 39, octobre 1965, p. 634-638.

65 Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, «Les problèmes de la décision en matière de santé. II : Traitement de l'hypertension artérielle», *Économie et santé*, septembre 1973, p. 49.

66 P.E. Sartwell, «Iatrogenic disease: an epidemiological perspective», *International Journal of Health Services*, 4, p. 89-93, hiver 1974.

l'angoisse résultant des interventions médicales rivalisent maintenant avec la morbidité causée par la circulation automobile, le travail et même les opérations militaires. Il n'y a que la malnutrition moderne, autre maladie de civilisation, pour causer nettement plus de maux. Le terme technique qui qualifie la nouvelle épidémie de maladies engendrées par la médecine, «iatrogénèse», est composé des mots grecs *iatros* (médecin) et *genesis* (origine)⁶⁷. Au sens le plus strict, une maladie iatrogène est celle qui n'existerait pas si le traitement appliqué n'avait pas été celui que les règles du métier recommandent. Selon cette définition, on a le droit de poursuivre en justice le médecin prudent qui n'a pas soumis son patient à un traitement admis par les usages professionnels parce qu'il craignait que les effets de cet acte ne soient nocifs⁶⁸.

Dans un sens plus général, la maladie iatrogène englobe toutes les condi-

67 Masson, éd., *Dictionnaire français de médecine et de biologie*, 4 tomes, Paris, Masson, 1971 : «*Iatrogénèse*, a. 1. Qui est créé ou provoqué par le médecin. V. maladie iatrogénique. 2. Se dit d'un trouble ou d'une affection intervenant à la suite d'un acte médical quelconque, le plus souvent après l'administration plus ou moins prolongée d'un médicament. Ling. on dit aussi iatrogène. - *Maladie iatrogénique* (ou iatrogène) 1. Ensemble de manifestations pathologiques bien définies imputables à un acte médical quelconque, le plus souvent à l'administration plus ou moins longue d'un médicament. 2. (Sir Arthur Hurst) Ensemble des symptômes objectifs ressemblant à ceux d'une maladie déterminée, suggérés involontairement par le médecin au malade (cette dernière acception est peu usitée).» J'emploie ce mot en lui donnant un sens plus ample, pour désigner les effets non désirés sur la santé qu'engendre l'entreprise médicale, non seulement par son impact direct mais également par les transformations qu'elle opère au niveau social et au niveau symbolique.

68 L'étude de la iatrogénèse clinique peut être facilitée par la consultation d'un certain nombre de manuels qui lui ont été consacrés. Les maladies iatrogènes y sont classées selon différents critères : par organe atteint ou par type d'intervention, ou par tout autre critère clinique. Plus utile à notre recherche sera la distinction plus juridique entre les dommages qui dérivent : de l'activité routinière et conforme aux normes professionnelles ; de la routine négligente ; de la négligence criminelle ; de l'erreur humaine ; de la panne de l'équipement ; du traitement héroïque ; et enfin de l'ensemble des efforts pour éviter la iatrogénèse. - Robert H. Moser, *Disease of Medical Progress : A Study of Iatrogenic Disease. A Contemporary Analysis of Illness Produced by Drugs and Other Therapeutic Procedure*, préface de Denette F. Adams, Springfield, USA, Charles C. Thomas, 1969. - David M. Spain, *The Complications of Modern Medical Practices*, New York, Londres, Grüne & Stratton, 1963. - H.P. Kümmerte et N. Goossens, *Klinik und Therapie der Nebenwirkungen*, Stuttgart, Thieme, 1973 (1. Aufl. 1960). - R. Heintz, *Erkrankungen durch Arzneimittel : Diagnostik, Klinik, Pathogenese, Therapie*, Stuttgart, Thieme, 1966. - Guy Duchesnay, *Le Risque thérapeutique*, Paris, Doin, 1954. - P.F. d'Arcy et J.P. Griffin, *Iatrogenic Disease*, Oxford University Press, 1972. - P. Holtz, «Pharmakologie und Toxikologie. Arzneimittelschäden und -nebenwirkungen in der Sicht des Pharmakologen», in Karl Rotschuh, *Physiologie. Der Wandel ihrer Konzepte, Probleme und Methoden vom 16. bis 20. Jahrhundert*, Freiburg, Alber, 1968. Pour l'erreur diagnostique en particulier : Max Bürger, *Klinische Fehldiagnosen*, Stuttgart, Thieme, 1953. Pour la négligence médicale : C.V. Brandis, *Arzt und Kunstfehlervorwurf*, Goldmann Wissenschaftliches Taschenbuch, 1971. La division que je propose dans cet essai entre iatrogénèses clinique, sociale et structurelle ne se retrouve pas dans la littérature disponible.

tions cliniques dont les médicaments, les médecins ou les hôpitaux sont les agents pathogènes. J'appellerai « iatrogenèse clinique » cette foule d'effets secondaires, mais directs, de la thérapeutique. Je distingue la iatrogenèse clinique d'autres dommages iatrogènes qui sont des résultats non techniques de l'intervention technique du médecin⁶⁹.

Les médicaments ont toujours été des poisons en puissance, mais leurs effets secondaires non désirés ont augmenté avec leur efficacité et l'extension de leur usage⁷⁰. La maladie iatrogène faisait partie autrefois de l'enseignement de la médecine⁷¹.

Jusqu'à présent, l'importance du risque associé à l'utilisation des médicaments particulièrement puissants a été constamment et systématiquement sous-estimée⁷². Aux États-Unis et au Royaume-Uni, de 50 % à 80 % des adultes absorbent toutes les vingt-quatre ou trente-six heures un produit chimique prescrit par un médecin. Certains prennent un médicament qui n'a pas été soumis à des tests suffisants pour prouver son innocuité et son efficacité, d'autres reçoivent un produit contaminé ou dont la date limite d'emploi est dépassée, d'autres achètent une contrefaçon⁷³, d'autres absorbent des produits qui,

69 Noter que par contraste, selon le bulletin de haute vulgarisation d'un laboratoire pharmaceutique, « la maladie iatrogène est presque toujours à base névrotique ». Pr. L. Israel, « La maladie iatrogène », in *Documenta Sandoz*.

70 En grec archaïque, remède et poison étaient désignés par le même substantif, *pharmakon*, qui indiquait un moyen magique. Walter Artelt, *Studien zur Geschichte der Begriffe "Heilmittel" und "Gift"*. *Urzeit - Homer - Corpus Hippocraticum*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1968, 1. Aufl., Leipzig, 1937.

71 La iatrogenèse clinique était déjà connue des Arabes et étudiée par eux. Al-Raizi, médecin-chef de l'hôpital de Bagdad, vécut de 865 à 925. Selon Al-Nadim dans *al-Fihrist*, chapitre VII, section 3, il s'intéressa à l'étude médicale de la iatrogenèse. À l'époque d'Al-Nadim, en 935, trois ouvrages et une lettre consacrés à ce sujet étaient encore conservés : « Les erreurs des desseins des médecins », « Sur la purge des malades fiévreux avant que le temps ne soit mûr », « Sur la raison pour laquelle les médecins ignorants, les gens ordinaires et les femmes des villes ont plus de succès que les hommes de science dans le traitement de certaines maladies, et les prétextes que les médecins allèguent pour s'en excuser », et enfin la lettre qui explique « pourquoi un médecin habile n'a pas le pouvoir de guérir toutes les maladies, car cela n'est pas du domaine du possible ». Voir aussi Erwin H. Ackerknecht, « Zur Geschichte der iatrogenen Krankheiten », *Gesnerus. Vierteljahresschrift herausgegeben von der schweizerischen Gesellschaft der Medizin und Naturwissenschaften* (Aarau), 27, p. 57-63, 1970.

72 W.H. Inman, « Monitoring adverse reactions to drugs », in Gordon McLachlan, éd., *Portfolio for Health, 2: The Developing Programme of the DHSS in Health Services Research*, Londres, Oxford University Press, 1973, chap. VIII, p. 63-70.

73 Margaret Kreig, *Black Market Medicine*, N.J., Prentice-Hall, 1967 : criminologue journaliste, rapporte et prouve qu'un pourcentage croissant de médicaments vendus dans les officines américaines sont des contrefaçons criminelles sans activité pharmacodynamique réelle et indiscernables par leur conditionnement et leur présentation des spécialités contrefaites. Il devient de

associés, deviennent dangereux⁷⁴, d'autres sont tout simplement victimes de piqûres faites avec des seringues mal stérilisées⁷⁵ ou avec des aiguilles fragiles. Certains médicaments créent une accoutumance, d'autres une lésion, d'autres ont une action mutagène, et cela peut-être seulement lorsqu'ils agissent en synergie avec l'effet sur le patient d'un colorant alimentaire ou d'un insecticide⁷⁶. Chez certains patients, les antibiotiques altèrent la flore bactérienne normale et produisent une surinfection qui permet à des organismes plus résistants de proliférer et d'envahir le porteur. D'autres contribuent au développement d'espèces bactériennes résistant aux médicaments⁷⁷. Entre 3 % et 5 % de toutes les admissions dans les hôpitaux des États-Unis ont comme motif principal une mauvaise réaction à un médicament. Une fois à l'hôpital, entre 18 % et 30 % de tous les patients ont une réaction pathologique induite par une substance médicamenteuse. Dans ce groupe, l'administration du produit pharmaceutique double la durée de séjour à l'hôpital⁷⁸. La littérature que propagent les publications émanant de l'industrie pharmaceutique et des bureaucrates à son service prend un ton de plus en plus défensif⁷⁹.

L'agression chirurgicale que constituent les interventions inutiles⁸⁰ est deve-

plus en plus difficile de découvrir les membres de la mafia internationale qui organisent ce marché noir, le déclenchement de poursuites judiciaires à leur rencontre étant de toute façon au-delà du pouvoir des administrations chargées d'appliquer la loi.

74 Adverse Reactions Titles, *A Monthly Bibliography of Titles from Approximately 3 400 Biomedical Journals Published Throughout the World*, Amsterdam, since 1966. - *Allergy Information Bulletin*, Allergy Information Association, 3 Powbarn PJ. Weston 627, Ontario, Canada.

75 B. Opitz et H. Hom, « Verhütung iatrogenen Infektionen bei Schutzimpfungen », *Deutsches Gesundheitswesen*, 27/24, 1972, p. 1131-1136.

76 Pour l'ensemble, voir Morton Mintz, *By Prescription Only. A Report on the Roles of the United States Food and Drug Administration, the American Medical Association, Pharmaceutical Manufacturers and Others, in Connection with the Irrational and Massive Use of Prescription Drugs that May Be Worthless, Injurious or even Lethal*, Boston, Houghton Mifflin, 1967 (second ed. revised and updated, previously published under the title : *The Therapeutic Nightmare*) : exposé journalistique bien documenté sur la prescription iatrogène et la couverture donnée par le gouvernement et l'Ordre des médecins. - L. Meyler, *Side Effects of Drugs*, Williams & Wilkins, 1972 : information technique sur les effets secondaires des médicaments. - Irving Sax, *Dangerous Properties of Industrial Materials*, New York, Van Nostrand, 1968 : manuel de toxicologie industrielle utile pour identifier les dangers d'empoisonnement dû aux substances utilisées dans l'assainissement du milieu

77 Harry Beatty et Robert Petersdorf, « Iatrogenic factors in infectious disease », *Annals of Internal Medicine*, vol. LXV, n° 4, octobre 1966, p. 641-655. - Thomas H. Weller, « Pediatric perceptions. The pediatrician and iatric infectious disease », *Pediatrics*, vol. LI, n° 4, avril 1973.

78 Nicholas Wade, « Drug regulation : FDA replies to charges by economists and industry », *Science*, 179, 23 février 1973, p. 775-777.

79 Nicholas Wade, *op. cit.*

80 James C. Doyle, « Unnecessary hysterectomies. Study of 6 248 operations in thirty-five hospi-

nue un phénomène général. Son effet global varie selon les pays, elle dépend de l'idéologie médicale, de la crainte du chômage parmi les chirurgiens et de l'intérêt qu'ils portent à l'expérimentation⁸¹.

Dans leur énorme majorité, les mourants qui ont recours aux nouvelles cliniques spécialisées dans le traitement des douleurs terminales résistant à toute analgésie sont les grands mutilés des interventions héroïques, statistiquement inutiles, faites par des spécialistes. Ils sont les victimes d'une entreprise médicale qui protège et encourage les médecins condamnés par René Leriche⁸², «ceux qui ont une brûlante passion d'action sportive, [qui] aiment mieux opérer que faire des diagnostics, qu'apprécier les conséquences de leur geste».

La manie de dépister des anomalies engendre une nouvelle épidémie qu'on appelle parfois la «non-maladie» iatrogène⁸³. Cette non-maladie se manifeste sous forme d'invalidité, d'exclusion de la vie sociale, d'angoisse et bien souvent de symptômes fonctionnels, l'ensemble ayant pour seule origine le diagnostic et le traitement prescrit. Dans certains cas, ce diagnostic se fonde sur l'ignorance du médecin, dans d'autres cas sur une erreur du laboratoire d'analyses⁸⁴, ou encore sur un malentendu avec le patient. Dans l'État du Massachusetts, le nombre d'enfants rendus invalides à la suite d'un faux diagnostic

tals during 1948», *JAMA*, vol. CLI, n° 5, 31 janvier 1953. - James C. Doyle, «Unnecessary ovariectomies. Study based on the removal of 704 normal ovaries from 546 patients», *JAMA*, vol. CXLVIII, n° 13, 29 mars 1952, p. 1105-1111.

81 Eugene Vayda, «A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales», *The New England Journal of Medicine*, vol. CCLXXXIX, n° 23, 6 décembre 1973, p. 1224-1229 : cette comparaison entre le Canada et l'Angleterre montre que les taux d'interventions chirurgicales étaient, en 1968, 1,8 fois plus élevés pour les hommes et 1,6 fois plus élevés pour les femmes au Canada. Les raisons de cette différence peuvent tenir aux tarifs et aux modes de paiement, et à la disponibilité en lits d'hôpitaux et en chirurgiens. - Charles E. Lewis, «Variations in the incidence of surgery», *The New England Journal of Medicine*, 281 (6), 16 octobre 1969, p. 880-884 : trouve aux États-Unis des variations régionales de 1 à 3 ou de 1 à 4 dans les taux de réalisation de six types d'opérations chirurgicales classiques. Le facteur essentiel qui explique ces variations s'est révélé être le nombre de chirurgiens disponibles.

82 René Leriche, *La Philosophie de la chirurgie*, Paris, Flammarion, 1951, p. 12.

83 Clifton Meador, «The art and science of non-disease», *New England Journal of Medicine*, 272, 1965, p. 92-95 : pour les médecins habitués à la pathologie classique, une expression telle que «non-maladie» est étrange et incompréhensible. Cet article présente une classification des «non-maladies» ainsi que les principaux principes thérapeutiques que l'on peut fonder sur ce concept. L'origine des maladies iatrogènes réside sans doute aussi souvent dans le traitement des non-maladies que dans celui des maladies. - Mary L. Hampton *et al.*, «Sickle cell nondisease : a potentially serious public health problem», *American Journal of Disease of Childhood*, 128, juillet 1974, p. 58-61. - J.P. Keeve, «Perpetuating phantom handicaps in school age children», *Exceptional Children*, avril 1967, p.539-544.

84 H. Kalk et E. Wildhirt, «Die Krankheiten der Leber», in *Klinik der Gegenwart*, Band VII, 1958.

de maladie cardiaque excède le nombre d'enfants en traitement effectif pour maladie cardiaque⁸⁵. On estime que sur quatre cas de morbidité et de mortalité iatrogènes, un en moyenne résulte du diagnostic, la procédure technique qui y a conduit étant elle-même bien souvent sanglante, invalidante ou mortelle.

La production professionnelle de traumatismes psychologiques n'est donc pas une exclusivité du psychiatre⁸⁶ : tout contact avec l'entreprise médicale expose le patient au danger de dommages psychiques⁸⁷. L'angoisse est peut-être l'effet le plus général de tout contact avec la technique médicale⁸⁸. Elle ne se manifeste pas seulement par la dépression, par des syndromes hypocondriaques⁸⁹ ou organiques⁹⁰, mais elle peut aussi conduire au suicide⁹¹. La iatrogenèse de la prétendue maladie mentale⁹² et son exportation outre-mer⁹³ restent hors du thème que je me suis proposé de traiter.

Les dommages infligés par les médecins ont toujours fait partie de la pratique médicale et posé des problèmes juridiques⁹⁴. Le détachement professionnel, la négligence et la pure incompétence sont des formes de malfaçon vieilles comme le monde⁹⁵. Avec la transformation du médecin artisan exer-

85 Abraham B. Bergman et Stanley J. Stamm, « The morbidity of cardiac nondisease in school children », *The New England Journal of Medicine*, vol. CCLXVI, n° 18, 4 mai 1967 : donne un exemple particulier des « limbes où les gens se perçoivent eux-mêmes ou sont perçus par les autres comme atteints d'une maladie qui n'existe pas. Les effets morbides qui accompagnent certaines non-maladies sont aussi marqués que ceux qui accompagnent les maladies correspondantes. [...] Le degré d'invalidité résultant des non-maladies cardiaques chez les enfants est estimé supérieur à celui que provoquent les véritables maladies cardiaques ».

86 A.E. Bennet, « Role of iatrogenesis in diagnosis, prognosis and treatment in psychiatry », *Disease of the Nervous System*, 32, septembre 1971, p. 627-631.

87 W. Schulte, *Iatrogene seelische Schädigungen*, Westf. Ärzteblatt 10, 1956, p. 145-150.

88 Herbert Shey, « Iatrogenic anxiety », *Psychiatric Quarterly*, vol. XLV, 1971, p. 343-356.

89 G.A. Ladee, *Hypochondriacal syndroms*, Amsterdam, Elsevier, 1966.

90 Maurice Lunger et Arthur Shapiro, « Iatrogenic illness and psychosomatic medicine », in David M. Spain, *The Complications of Modern Medical Practices*, New York, Londres, Grune & Stratton, 1963 : la résistance psychique induite par le psychothérapeute peut provoquer la mort du malade cardiaque.

91 J. Andriola, « A note on possible iatrogenesis of suicide », *Psychiatry*, 36/2, 1973, p. 213-218.

92 E.H. Ackerknecht, *Geschichte der iatrogenen Krankheiten des Nervensystems*, op. cit.

93 Danielle Storper-Perez, *La Folie colonisée. Textes à l'appui*, Paris, F. Maspero, 1974.

94 L'irresponsabilité des médecins, souvent accusés de tuer les malades, est également déplorée par Plinie l'Ancien, *Histoire naturelle*, livre XXIX, 18 : « Il n'y a aucune loi qui châtie l'ignorance, aucun exemple de punition capitale. Les médecins apprennent à nos risques et périls ; ils expérimentent et tuent avec une impunité souveraine, et le médecin est le seul qui puisse donner la mort. Bien plus, on rejette le tort sur le malade ; on accuse son intempérance et l'on fait le procès de celui qui a succombé. »

95 Montesquieu, *De l'esprit des lois, ou du rapport que les lois doivent avoir avec la constitution de chaque gouvernement, les mœurs, le climat, la religion, le commerce, etc.*, Paris, Gallimard,

çant son habileté sur des individus connus personnellement en médecin technicien appliquant des règles scientifiques à des catégories de malades, les malfaçons ont acquis un nouveau statut, anonyme et presque respectable. Ce qui, jadis, était considéré comme un abus de confiance et une faute morale peut désormais être rationalisé sous la forme d'une panne occasionnelle de l'équipement ou de ses opérateurs. Dans un hôpital où la technique est complexe, la négligence devient erreur humaine «aléatoire», l'insensibilité, «détachement scientifique» et l'incompétence, «manque d'équipements spécialisés». La dépersonnalisation du diagnostic et de la thérapeutique a fait passer les malfaçons du domaine éthique au rang de problème technique.

En 1971, entre 12000 et 15000 procès pour malfaçon ont eu lieu dans les palais de justice des États-Unis. Les médecins ne sont cependant vulnérables devant une cour de justice que s'ils sont accusés d'avoir agi en désaccord avec le Code de la santé publique, d'avoir fait preuve d'incompétence en matière de traitement ou d'avoir manqué à leurs devoirs par âpreté au gain ou par paresse⁹⁶. Or la plupart des dommages infligés par le médecin moderne ne relèvent d'aucune de ces catégories. Ils se produisent du fait de la pratique quotidienne d'hommes bien formés, ayant appris à agir dans le cadre des jugements et des techniques généralement admis par la profession et s'étant entraînés à réprimer la conscience des dommages qu'ils causent. Les contrôles que les Ordres de médecins exercent sur leurs membres afin de neutraliser les brebis galeuses qui donnent une mauvaise réputation au corps dans son ensemble n'aboutissent qu'à lui donner un plus grand prestige pour poursuivre son action iatrogène.

Le département de la Santé des États-Unis a calculé que 7% de l'ensemble des malades hospitalisés souffrent, du fait de leur hospitalisation, de lésions pour lesquelles ils pourraient demander une indemnisation, bien que peu d'entre eux le fassent. En outre, on signale proportionnellement plus d'accidents dans les hôpitaux que dans toutes les autres branches industrielles, à

coll. «Bibliothèque de la Pléiade», 1951, livre XXIX, chap. XIV, b.

96 Pour l'évolution de la jurisprudence relative au contrôle social de l'hôpital : M.N. Zald, «The social control of general hospitals», in B.S. Georgopoulos, éd., *Organization Research on Health Institutions*, Univ. of Michigan, Inst. for Social Research, 1972. En France, la Cour de cassation pendant l'année judiciaire 1968-1969 n'a fait aucunement allusion à la responsabilité médicale. L'année 1969-1970 contenait quinze lignes faisant référence à un litige jugé par la haute juridiction... L'année 1970-1971 ne comporte pas moins de cinq pages consacrées à la responsabilité des médecins et chirurgiens. On constate un glissement de l'obligation de moyens (soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science) vers l'obligation de résultat (guérison) : C. Leclercq, «Le rapport de la Cour de cassation et la responsabilité médicale», *La Revue du praticien*, t. XXII, n° 16, 1^{er} juin 1972.

l'exception du secteur des mines et de celui de la construction de bâtiments de grande hauteur. Une étude nationale indique que les accidents sont la cause de décès la plus fréquente des enfants aux États-Unis et que ces accidents ont plus souvent lieu dans les hôpitaux que partout ailleurs⁹⁷. Plus la technique envahit la routine hospitalière, plus les accidents deviennent grotesques et inévitables. Les hôpitaux universitaires sont en général les plus pathogènes. Il a été établi qu'un malade sur cinq admis dans un hôpital universitaire moyen y contracte une maladie iatrogène, parfois bénigne, nécessitant le plus souvent un traitement particulier, et mortelle une fois sur trente. Il s'agit dans la moitié de ces cas de complications postérieures à une thérapeutique médicamenteuse ; de façon surprenante, un sur dix est l'effet de procédures techniques à but diagnostique⁹⁸. Quelles que soient ses déclarations de bonnes intentions ou de dévouement au service public, de tels agissements feraient relever un officier de son commandement, et fermer par la police n'importe quel restaurant ou lieu de distraction.

Un des aspects les plus effrayants de la iatrogenèse clinique épidémique est sa capacité de résister à tout effort médical déployé en vue de la neutraliser. Les infections les plus redoutables sont celles que l'on attrape dans la salle d'opération, où seuls les micro-organismes résistant aux fortes doses de bactéricides ont pu survivre. Les hôpitaux qui ont cherché à se protéger contre les erreurs d'administration de médicaments et qui ont rendu obligatoire le contrôle de chaque ordonnance par un pharmacologue indépendant ont dû reconnaître après un essai de trois ans que non seulement le coût mais aussi le dommage global augmentaient avec le niveau de complexité. Quentin Young, le directeur du plus grand hôpital de Chicago, affirme que « les risques de iatrogenèse provoqués par le souci d'éviter les litiges et les poursuites juridiques font désormais plus de mal que n'importe quel autre facteur iatrogène ». Jusqu'à présent la médecine, contrainte de mettre en question non seulement tel ou tel de ses gestes mais l'ensemble de son entreprise, a pu objectiver son échec de fond en erreurs à réparer, en problèmes à résoudre, en progrès à réaliser⁹⁹. La iatrogenèse au second degré, produite par les mesures anti-iatrogènes, fournit la preuve de l'autodérégulation structurelle de l'entreprise. Elle a perdu toute possibilité de rationaliser son échec fondamental.

97 George H. Lowrey, « The problem of hospital accidents to children », *Pediatrics*, 32 (6), décembre 1963, p. 1064-1068.

98 J.T. McLamb et R.R. Huntley, « The hazards of hospitalization », *Southern Medical Journal*, vol. LX, mai 1967, p. 469-472.

99 Jacques Sarano, « L'échec et le médecin », in Jean Lacroix, éd., *Les Hommes devant l'échec*, Paris, PUF, 1968, chap. III, « Médecine », p. 69-81.

De façon soudaine, la profession médicale, confrontée aux dommages qu'elle provoque et à son impuissance à assainir ses structures, s'est mise à convoquer une série de congrès ayant pour but l'autolimitation de l'entreprise médicale. C'est là un effort qui ressemble de près à l'alliance entre Fiat, Ford et Volkswagen pour financer l'étude du Club de Rome sur la limitation nécessaire des entreprises industrielles. En même temps se multiplient les appels de médecins qui, invoquant leur expérience, nous implorent de ne pas discuter publiquement les preuves d'épidémie iatrogène. Selon eux, la discussion de la iatrogenèse par le grand public activerait sa prolifération.

Selon moi, la discussion publique, tant du niveau présent de iatrogenèse que de l'aveuglement généralisé que manifestent les praticiens devant ce danger, constitue une des conditions de la lutte contre ce fléau. Pour s'engager dans cette lutte, il faut avant tout reconnaître que de nouveaux moyens techniques et de nouvelles modalités d'organisation médicale, conçus comme remèdes à la iatrogenèse clinique directe, tendent eux-mêmes à devenir pathogènes dès lors qu'on les utilise sur des populations assez vastes pour justifier leur efficacité primaire. Les mesures techniques ayant pour cible la iatrogenèse directe contribuent au développement d'une iatrogenèse clinique au second degré, épidémie qu'on peut déjà constater et décrire. Les mesures techniques et bureaucratiques prises pour éviter qu'une médecine maligne nuise au malade tendent nécessairement à engendrer cette nouvelle catégorie de iatrogenèse dont l'étiologie est analogue à l'escalade destructrice engendrée par les mesures anti-pollution¹⁰⁰.

100 Dans le domaine de la dégradation de l'environnement, un conflit entre deux approches opposées du problème a vu le jour. D'un côté, des gens comme James B. Quinn, «Next big industry: environmental improvement», *Harvard Business Review*, 49, sept.-oct. 1971, p. 120-130, pensent que la protection de l'environnement offre la possibilité d'ouvrir de nouveaux marchés dynamiques et rentables à l'industrie, et d'accroître ainsi de façon considérable le revenu national et le PNB. De l'autre, des auteurs comme Herman Daly, *Toward a Steady State Economy*, Freeman Co., 1973, distinguent deux parties dans le PNB. L'une représente la valeur correspondant aux biens et services mis sur le marché et qui ont une utilité directe pour les consommateurs, l'autre est faite des dépenses engagées dans un but défensif pour protéger la société des valeurs ainsi créées. Daly pense que seule une diminution radicale de la production industrielle peut sauver l'environnement. Dans le domaine de la médecine, la tendance est encore très fortement en faveur d'un accroissement de la production de services médicaux, avec peut-être simplement la volonté qu'ils soient plus sûrs. La nécessité d'une diminution radicale de la production industrielle des services ne fait en général l'objet d'aucune discussion, que ce soit dans le domaine de la santé, de l'éducation ou du bien-être social.

DEUXIÈME PARTIE

LA IATROGENÈSE SOCIALE

Le masque sanitaire d'une société morbide

Dans le premier chapitre, notre attention s'est portée sur les conséquences biomédicales de l'acte technique qui se manifestent sous forme de symptômes cliniques. Ces effets néfastes des contacts techniques entre le système médical et ses clients ne constituent que le premier niveau des dommages qu'une entreprise médicale démesurée inflige à l'homme contemporain. Les interventions techniques des professions de santé, interventions contre-indiquées, erronées, brutales, inutiles ou même prescrites selon les règles de l'art, ne constituent qu'une des sources de la pathologie d'origine médicale. L'expression « iatrogenèse clinique » couvre cet ensemble de pathologies dans la nomenclature courante.

L'aventure médicale cause d'autres dommages, dans l'ordre social cette fois. La santé de l'individu souffre de ce que la médicalisation produit une société morbide. La *iatrogenèse sociale*, c'est l'effet paradoxal non désiré et dommageable de l'impact social de la médecine, plutôt que celui de son action technique directe. Sans doute l'institution médicale est-elle à l'origine de bien des symptômes cliniques que l'intervention isolée d'un médecin ne pourrait produire. Mais, pour l'essentiel, la iatrogenèse sociale est une disharmonie pénible entre l'individu situé dans son groupe et le milieu social et physique qui tend à être organisé sans lui et contre lui. Il en résulte une perte d'autonomie dans l'action et dans le contrôle du milieu¹.

LA MÉDICALISATION DU BUDGET

Le niveau de santé ne s'améliore plus, alors qu'augmentent les dépenses médicales² : il faut donc conclure soit à l'inefficacité globale croissante de l'en-

1 P.M. Brunetti, « Health in ecological perspective », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. XLIX, fasc. 4, p. 393-404, Copenhague, 1973. Le milieu vital est détérioré par la concentration du pouvoir et la dépendance progressive vis-à-vis d'énergies extramétaboliques. Seul le renoncement à la technologie violente peut rendre au milieu sa capacité de servir un être humain ne sachant s'intégrer qu'à la condition d'exercer son autonomie.

2 Victor Fuchs, *Health Care and the United States Economic System. An Essay in Abnormal Phy-*

treprise médicale, soit que la société devient rapidement plus malsaine. Je crois pouvoir démontrer que, pour une bonne part, c'est la médecine actuelle qui rend la société plus malsaine. La prise en charge institutionnelle de la population par le système médical enlève progressivement au citoyen la maîtrise de la salubrité ; dans le travail et le loisir, la nourriture et le repos, la politique et le milieu, elle constitue un facteur essentiel de l'inadaptation croissante de l'homme à son environnement. Il faut avoir une vision profondément déformée de la réalité, par une scolarité médicale très prolongée, pour soutenir le contraire comme c'est la mode courante en France³, et faire croire au public épaté par la technologie médicale que la santé d'une société augmente au fur et à mesure que ses membres en viennent à dépendre de prothèses sous forme de médicaments, thérapeutiques, enfermements divers et contrôles préventifs. La croissance de la part des dépenses médicales dans le budget et dans le PNB, autrement dit la médicalisation du budget et du PNB, constitue un indicateur global du déclin de l'autonomie biologique des individus, autonomie qui s'identifie à leur santé.

En France le taux de progression annuel de la dépense médicale au cours des années soixante s'est maintenu entre 8 % et 10 % à prix constants, soit 12 % à 14 % en francs courants. C'est un taux nettement supérieur à celui de la production nationale⁴. Aucun sous-système économique d'importance comparable n'a connu une telle progression⁵.

siology, prepared for a conference on technology and health care systems in the 1980's, San Francisco, 1972, p. 210-237.

- 3 Jean-Marie Pelt, *Les Médicaments*, Paris, Seuil, 1969 : représente l'optimisme populaire. - Pierre Theil, *Le Médicament : mission humaine et fonction sociale*, Paris, La médecine praticienne, 1969 : représente l'optimisme vulgaire. - François Dagognet, *La Raison et les remèdes*, Paris, PUF, 1964 : est représentatif de l'optimisme sophistiqué.
- 4 G. Rösch et la DEM du CREDOC, *Économie médicale. Un système de services collectifs*, Paris, Flammarion, « Médecine-Sciences », 1973 : est une synthèse d'informations officielles sur l'économie de la santé en France. - CREDOC, *Influence des facteurs socio-économiques sur les soins médicaux de ville en 1970*, Paris, CREDOC, 1974. - A. Letourmy, *Note de synthèse bibliographique en économie de la santé ; les modèles de consommation : la logique de fonctionnement des institutions*, Paris, CEREBE, mai 1973.
- 5 Pour la documentation et l'interprétation du phénomène, consulter Martin S. Feldstein, « The medical economy », *Scientific American*, 229, n° 3, sept. 1973, p. 157-159 : blâme les consommateurs toujours mieux assurés qui exigent des services toujours plus chers. Voir aussi M.L. Lee, « A conspicuous production theory of hospital behaviour », *Southern Economic Journal*, juillet 1971, p. 48-58 : explique les mécanismes de la consommation ostentatoire. - Victor Cohen, « More hospitals to fill : abuses grow », *Technology Review*, oct.-nov. 1973, p. 14-16 : l'inflation s'explique par le besoin de l'administration hospitalière de remplir les lits vides qui coûtent chacun 66 % du coût d'un lit occupé. - Roger Rapoport, « The patient auction block », *New Times*, p. 19-23 : fait un reportage sur l'« achat » de patients par des hôpitaux financés sur fonds publics et la collabo-

Aux États-Unis on a réussi en 1974 à dépenser 90 milliards de dollars dans le système des soins sous contrôle médical, ce qui correspond à 7,4 % du PNB. Pendant les vingt dernières années, l'indice des prix a progressé de 74 % et les dépenses médicales de 330 %. Pour la plus grande part, les dépenses supplémentaires ont été couvertes par l'impôt ; alors que la contribution des clients au fonctionnement des services de santé triplait, les dépenses publiques augmentaient beaucoup plus rapidement. De quoi enrichir non seulement les médecins, mais aussi les banquiers et les gestionnaires, puisque les dépenses de fonctionnement, c'est-à-dire les dépenses du groupe assureur qui ne correspondent pas à des prestations remboursées, absorbent de 15 % à 35 % en moyenne et parfois jusqu'à 70 %, pour certains contrats privés, des indemnités versées⁶.

Ce gonflement des dépenses peut être expliqué en grande partie par le coût croissant des soins hospitaliers. Le prix de journée dans un hôpital américain ordinaire a augmenté de 500 % depuis 1950. Le prix des soins dans les grands hôpitaux a augmenté encore plus vite, il a triplé en huit ans. Ici aussi, ce sont les dépenses administratives qui ont augmenté le plus : 7 fois depuis 1964, contre 5 fois pour les frais de laboratoire⁷. Un lit d'hôpital coûte plus de 85000 dollars dont les deux tiers vont à l'achat d'équipements qui, avant dix ans, seront périmés ou feront double emploi. Il n'y a pas de précédent d'une pareille expansion en temps de paix d'un secteur de l'économie. Mais le plus curieux, c'est que ce boom a été accompagné aux États-Unis par un

ration des médecins dans ce négoce. Cette exploitation criminelle n'est qu'un cas extrême des méthodes de la médecine capitaliste dont le danger est amplement mis en évidence. - CREDOC, *Évolution de la structure des soins médicaux, 1959-1972 (Régime général de sécurité sociale - assurance maladie)*, Paris, CREDOC, 1973 : donne à première vue une interprétation plus solide : la structure des soins se déforme au profit des actes hautement techniques, chaque année la fonction du médecin prescripteur prend le pas sur la fonction du médecin producteur de soins. - Serge Karsenty, *La Planification des équipements hospitaliers ou les ambiguïtés de la production médicale comme moyen de satisfaire les « besoins » de santé*, Uriage, Presses universitaires de Grenoble, 1974 : donne une explication convaincante. Il explique l'inflation du prix de la « santé » par les fonctions non techniques que l'hôpital en particulier et la spécialisation en général assument dans la société française. La collectivité préfère les effets les plus significatifs et les moins objectifs. Voir aussi J.-P. Dupuy, J. Ferry, S. Karsenty et G. Worms, *La Consommation de médicaments : approche psycho-socio-économique*, Paris, CEREBE, 1971.

6 Barbara et John Ehrenreich, *The American Health Empire : Power, Profits, and Politics, a report from the Health Policy Advisory Center*, New York, Random House, 1970 : analyse la collusion entre pouvoirs, profits et politique dans le domaine de la médecine. - Odin W. Anderson, *The Uneasy Equilibrium : Private and Public Financing of Health Services in the United States, 1875-1965*, New Haven, Conn., College and Univ. Press, 1968 : est une bonne histoire de l'assurance maladie aux États-Unis.

7 John Knowles, « The hospital », *Scientific American*, 229, n° 3, sept. 1973, p. 128-137.

autre événement, lui aussi sans précédent pour une société industrielle : l'espérance de vie de l'adulte américain de sexe masculin déclinait, et l'on s'attend à ce qu'elle continue à décliner. Il en est d'ailleurs maintenant de même en Angleterre, au Japon et dans la plupart des pays du Marché commun⁸.

En Angleterre et en France, le Service national de santé et le système de Sécurité sociale ont empêché que l'inflation des coûts aille jusqu'à la duperie manifeste. Un certain attachement à l'égalité a freiné le financement absurde de prestigieux gadgets qui, sur le marché libre des États-Unis, a fourni un point de départ facile à la critique. Les erreurs de répartition commises dans un contexte de pingrerie ne prêtent pas à une critique aussi éclatante. Pourtant, le taux de mortalité des jeunes adultes de sexe masculin s'est mis à croître, l'incidence des maladies chroniques de l'âge mûr a augmenté dans ces deux pays, comme dix ans plus tôt aux États-Unis. En Union soviétique le nombre de médecins et le nombre de journées d'hôpital par tête n'ont fait que doubler en douze ans et les coûts n'ont augmenté que d'environ 260 %⁹. La soumission aux médecins est la même dans tous les systèmes politiques, mais en régime capitaliste cette soumission est bien plus coûteuse¹⁰.

Il n'y a pas que les pays riches qui consacrent à la médecine une part qui approche la barre des 10 % de leur produit national. Certains pays pauvres sont en tête de la course : en Nouvelle-Guinée, au Nigeria et à la Jamaïque, la part de la médecine dans le PNB a récemment franchi cette barre¹¹.

Ce n'est qu'en Chine que les choses semblent, au moins à première vue, aller dans une autre direction, les soins élémentaires étant donnés par des techniciens non professionnels de la santé, assistés par des aides médicaux qui

8 P. Longone, « Mortalité et morbidité », *Population et sociétés*, bull. mensuel d'informations démographiques, économiques, sociales, n° 43, janvier 1972.

9 Mark Field, *Soviet Socialized Medicine*, New York, Free Press, 1967. - Y. Lisitsin, *Health Protection in the USSR*, Moscou, Progress Publishers, 1972.

10 R. Maxwell, *Health Care: The Proving Dilemma; Needs Versus Resources in Western Europe, the US and the USSR*, New York, McKinsey & Co., 1974 : est une comparaison internationale de l'organisation des systèmes de santé. - John Fry, *Medicine in Three Societies*, MTP Aylesbury (England), 1974 : la fréquence de certaines conditions pathologiques comme résultat d'une organisation différente aux États-Unis, en URSS et en Angleterre. La principale contrainte qui impose actuellement les mêmes procédés à la médecine dans des pays idéologiquement opposés est le besoin de réduire les dépenses. - I. Douglas-Wilson et Gordon McLachlan, éd., *Health Service Prospectives: An International Survey*, published on the *Lancet's* 140th anniversary in October 1973, The Nuffield Provincial Hospitals Trust : comparaison internationale des dépenses de santé en pourcentages des revenus, du PNB par tête, etc.

11 John H. Bryant, *Health and the Developing World*, Ithaca, Londres, Cornell University Press, 1971 : information très riche sur la santé dans le tiers monde. Voir aussi *Croissance des jeunes nations*, novembre 1974.

quittent l'usine quand on les appelle pour aider quelqu'un de leur brigade¹². La rencontre avec des médecins aux pieds nus est devenue aussi obligatoire pour celui qui visite la Chine qu'une soirée au Bolchoï pour quelqu'un qui fait du tourisme en Russie. En fait, l'adhésion des Chinois à l'idéologie du progrès technique se reflète déjà dans l'extension du professionnalisme médical¹³. La Chine possède non seulement un système paramédical mais aussi des spécialistes dont le niveau est reconnu comme de premier ordre par leurs collègues du monde entier. Ces dernières années la plupart des investissements sont allés au développement de cette médecine extrêmement qualifiée et tout à fait orthodoxe ; la médecine aux pieds nus perd son caractère révolutionnaire et son indépendance, elle est intégrée à un système de soins unifié. D'auxiliaire du peuple dans l'organisation de ses soins, place à laquelle la Révolution culturelle avait mis le spécialiste non professionnel, le médecin est redevenu l'universitaire qui se prétend le délégué du peuple. Après la courte lune de miel de la déprofessionnalisation radicale des soins, on développe à une vitesse remarquable un réseau qui, à travers plusieurs niveaux, rattache les unités de voisinage à des hôpitaux de plus en plus complexes. Je pense qu'il faudrait très bientôt limiter systématiquement le développement de cette médecine technique et hiérarchisée si l'on veut qu'elle reste un modèle révolutionnaire de déprofessionnalisation des spécialistes, plutôt que le prototype de la professionnalisation de la clientèle en Orient comme en Occident.

La proportion du produit national que les médecins s'approprient ou dont ils contrôlent l'emploi varie selon les pays entre 5 % et 12 %. Puisque dans les pays pauvres un tout petit nombre de patients consomme la plus grande partie du budget médical, cela veut dire que la dépense médiane par tête peut aller de 1 à 1000 : 320 dollars à peu près aux États-Unis, 9,60 dollars à la Jamaïque, 0,40 dollar au Nigeria¹⁴. Cet argent est en général consacré aux mêmes genres

12 Joshua Horn, *Away with All Pests. An English Surgeon in People's China, 1954-1969*, Monthly Review Press, 1969. - Victor Sidel, «The barefoot doctors of the People's Republic of China», *The New England Journal of Medicine*, 15 juin 1972. - Paul Lin, «Medicine in China», *The Center Magazine*, mai-juin 1974. - Carl Djerassi, «The Chinese achievement in fertility control. One-third of the women of child-bearing age may be practising birth control», *Bulletin of the Atomic Scientists*, juin 1974, p. 17-24. - A. J. Smith, «Medicine in China» (5 articles), *British Medical Journal*, novembre 1974, 2, p. 367-370 et les quatre numéros suivants.

13 Joseph Quinn, *Medicine and Public Health in the People's Republic of China*, US Dept. of HEW, ref. number NIH 73-67. - Fogarty International Center. *A Bibliography of Chinese Sources on Medicine and Public Health in the People's Republic of China : 1960-1970*, DHEW publication No. (NIH) 73-439. - *American Journal of Chinese Medicine*, P.O. Box 555, Garden City, New York 11530. Managing editor : J. Kao.

14 John H. Bryant, *op. cit.*

de dépenses¹⁵. Plus le pays est pauvre, plus le prix des fournitures y est élevé. Un lit d'hôpital s'il est moderne, une couveuse artificielle, un laboratoire, un masque à oxygène sont évidemment plus chers en Afrique qu'en Allemagne ou en France où on les fabrique ; ils se dégradent davantage sous les tropiques, on a de la difficulté à les faire fonctionner, ils sont souvent en panne. L'investissement consacré à la formation des médecins qui utilisent cet équipement ultra-coûteux est d'un rendement également défavorable. La formation d'un cardiologue représente un investissement équivalent, qu'il sorte d'un système scolaire socialiste ou que, cousin d'un colonel ou fils d'un sergent brésiliens, il ait bénéficié d'une bourse pour étudier en Allemagne. Dans tous les cas, plus le pays est pauvre, plus les dépenses médicales se concentrent sur un petit nombre d'équipements et de spécialistes. Au-delà d'un certain niveau technique, qui peut varier d'un pays à l'autre, le traitement intensif a pour condition une concentration des fonds publics telle que très peu de gens jouissent du privilège douteux d'être traités par des médecins. Dans ces conditions, le budget de santé est littéralement « hospitalisé ». En 1972, en Nouvelle-Guinée, on a dû renoncer à mettre en service un hôpital récemment terminé. Son fonctionnement aurait absorbé l'équivalent de l'ensemble des dépenses médicales non hospitalières et obligé à suspendre tout service ambulatoire dans le pays.

L'injustice est évidente quand ceux-là seuls qui peuvent payer une partie du traitement bénéficient des fonds publics qui servent à en financer la plus grande partie. Il y a exploitation flagrante quand dans les pays pauvres d'Amérique latine¹⁶ 80 % du coût réel des soins distribués dans les cliniques privées sont financés par les impôts prélevés dans le but de former les médecins, faire marcher un système d'ambulances, subventionner l'équipement médical. Dans les pays socialistes, il appartient aux seuls médecins de décider qui a « besoin » de tel traitement et de réserver le pactole de l'argent public à ceux sur qui ils expérimentent ou pratiquent leur art. Le pouvoir donné aux médecins de dire où sont et quels sont les besoins ne fait qu'élargir la base sur laquelle ils peuvent s'appuyer pour rendre leurs services¹⁷.

15 International Bank for Reconstruction and Development, *Health Policy Paper : Part I*, Washington, 1974 : exclusion faite du traitement de l'eau, 90 % du total des dépenses de santé, dans les pays en voie de développement, sont destinés aux soins des malades plutôt qu'aux actes sanitaires ; de 70 % à 80 % du budget sont destinés aux actes curatifs.

16 Pour l'état de la recherche sur la santé en Amérique latine : Arthur Rubel, « The role of social science research on recent health programmes in Latin America », *Latin American Research Review*, vol. II, 1966, p. 37-55. - Dieber Zschock, « Health planning in Latin America : review and évaluation », *Latin American Research Review*, vol. V, 1970, p. 35-56.

17 Victor Fuchs, « The contribution of health services to the American economy », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. XLIV, 4, part. II, octobre 1966, p. 65-103 : démonstration classique,

Ce favoritisme organisé par la profession n'est pas le pire effet social de la médicalisation. Un hôpital anticancéreux à São Paulo, par les ressources qu'il accapare, peut enlever à des douzaines de villages du Mato Grosso toute chance d'obtenir une petite clinique ; son existence ne change rien à la capacité des paysans pauvres de se soigner eux-mêmes : ils n'ont pas d'autre choix. Mais soutenir avec des flots d'argent public, comme c'est le cas dans les pays « développés », l'entreprise capable d'asservir tout un pays à la relation thérapeutique, voilà qui est pathogène à un niveau beaucoup plus profond et généralement ignoré. La croyance ainsi engendrée que les gens ne peuvent affronter la maladie sans une médecine moderne cause à leur santé plus de dégâts que les médecins qui imposent leurs services aux patients.

La médicalisation du budget est un indicateur d'une forme de iatrogenèse sociale dans la mesure où elle reflète l'identification du bien-être avec le niveau de « santé nationale brute » et l'illusion que le degré d'équité dans le domaine de la santé est représenté par les courbes de distribution des produits de l'institution médico-pharmaceutique. Cette « santé nationale brute » exprime la mercantilisation de choses, de paroles et de gestes produits par un ensemble de professions qui se réservent le droit exclusif d'en évaluer les effets et rendent la consommation de leurs produits pratiquement obligatoire, en utilisant leur prestige pour éliminer de la vie quotidienne les choix alternatifs. Cet effet paradoxal de la médicalisation du budget est comparable aux effets paradoxaux de la surproduction et de la surconsommation dans le domaine d'autres institutions majeures. C'est le volume global des transports qui entrave la circulation, le volume global de l'instruction qui empêche les enfants d'épanouir leur curiosité, leur courage intellectuel et leur sensibilité, c'est le volume envahissant des informations qui engendre la confusion et le superficiel, et c'est le volume global de la médicalisation qui réduit le niveau de santé.

La prolifération des professionnels de la santé n'est pas seulement malsaine parce que les médecins produisent des lésions organiques ou des troubles fonctionnels : elle l'est surtout parce qu'ils produisent de la dépendance. Cette dépendance vis-à-vis de l'intervention professionnelle tend à appauvrir l'environnement social et physique de ses aspects salubres et curatifs, bien que non médicaux, tout en diminuant les possibilités organiques et psychologiques que les gens ordinaires ont de faire face et de s'adapter. Plus les appartements modernes sont coûteux, plus ils sont inhospitaliers au malade, et la peur qu'a

ancienne mais encore très importante.

la famille d'avoir à prendre en charge ses malades éventuels s'accroît avec les cotisations versées à la Sécurité sociale.

Au-delà d'un seuil critique, qui était probablement déjà dépassé au moment où le budget médical a pris son soudain essor, toute augmentation des dépenses manifeste et engendre un déclin de la santé, à condition bien sûr de ne pas définir cette dernière comme le font les «grands patrons» de la production médicale, c'est-à-dire dans un sens qui sert leurs intérêts. Chaque franc alors dépensé dans le service médical achète une confirmation de l'impuissance de l'homme assisté.

L'INVASION PHARMACEUTIQUE

Si les dépenses médicales en France ont augmenté à un taux d'environ 14 % par an pendant les années soixante, les dépenses pharmaceutiques ont augmenté à un taux de 16 ou 17 %. Le nombre d'ordonnances délivrées a crû d'environ 5 ou 6 % par an. Les consultations médicales qui ne se terminent pas par la prescription d'une spécialité pharmaceutique ont à peu près disparu. Le nombre de produits sur chaque ordonnance a relativement peu augmenté, d'à peu près 1 % par an. Mais le nombre de substances chimiques ordonnées par consultation s'est multiplié bien plus rapidement, car les médicaments le plus fréquemment prescrits sont pour la plupart des «associations» de plusieurs principes pharmaceutiques. La multiplication des associations permet au médecin d'éviter de remonter trop loin dans l'étiologie et d'orienter son action sur le traitement des symptômes, elle est en même temps un symptôme de l'invasion de l'humble savoir médical traditionnel par un pseudo-savoir pharmaceutique.

Une grande partie de la pharmacopée française a été renouvelée pendant cette période, chaque médicament nouveau étant plus cher que celui qu'il chassait. En même temps, la durée qui sépare deux sorties consécutives de médicaments dans une même catégorie thérapeutique s'est raccourcie. Par ailleurs, «les dépenses de médicaments correspondant aux prescriptions effectives des médecins sont très supérieures, à tout instant, aux dépenses correspondant aux médicaments les moins coûteux qui permettraient d'obtenir des effets pharmacodynamiques utiles équivalents». Ce sont là quelques manifestations d'une dynamique spécifique à l'intérieur de l'entreprise médicale que Jean-Pierre Dupuy et Serge Karsenty ont décrite comme «l'invasion pharmaceutique¹⁸». Dans leur étude, qui n'a pas d'égale pour l'analyse techniquement

18 Jean-Pierre Dupuy et Serge Karsenty, *L'Invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil, 1974.

solide, réfléchie et radicale, ils montrent que le mal produit par la surconsommation des médicaments est bien pire que le gaspillage ou la iatrogenèse clinique de type médicamenteux ; la surconsommation est malsaine par l'effet social qu'elle produit et qui se reflète dans les attitudes du médecin et du malade. Le médecin recherche l'efficacité de l'acte technique même au prix de la santé du malade et celui-ci se soumet au réglage hétéronome de son organisme, ce qui veut dire qu'il se transforme en patient.

Dans ces conditions d'invasion pharmaceutique, il n'est pas surprenant que les tranquillisants soient le type d'armes dont l'usage s'amplifie le plus vite. Aux États-Unis, les produits qui agissent sur le système nerveux central connaissent la croissance la plus rapide à l'intérieur du marché pharmaceutique et constituent 31 % des ventes globales¹⁹. La consommation de substances prescrites produisant accoutumance et dépendance a augmenté de 290 % depuis 1962. Pendant cette période, celle de boissons alcooliques par tête n'a augmenté que de 23 % et la consommation illégale d'opiacés d'environ 50 % selon les estimations²⁰. L'addiction médicalisée vient largement en tête devant l'addiction festive²¹ : phénomène lié au développement de la profession médicale plus qu'au régime politique²². Dans le premier grand contrat

19 James L. Goddard, « The medical business », *Scientific American*, 229, n° 3, sept. 1973, p. 161-166. Pour une forme pernicieuse d'accoutumance sur prescription, voir Dorothy Nelkin, *Methadone Maintenance: A Technological Fix*, New York, Braziller, 1973.

20 Pour la recherche sur la consommation de drogues et de médicaments : Gabriel Garnier, « Pharmacie », in L.N. Malcèlès, *Les Sources du travail bibliographique*, t. III, chap. XIII, p. 508-520 : donne une orientation à la littérature dans le domaine de la pharmacie. Alice L. Brunn, *How to Find Out in Pharmacy: A Guide to Sources of Pharmaceutical Information*, Oxford, New York, Pergamon, 1969 : est le meilleur guide pour les sources périodiques de l'information récente. - Alfred A. Ajami, *Drugs: An Annotated Bibliography and Guide to Literature*, Boston, G.K. Hall and Co., 1973 : est une bibliographie de la recherche sociologique, neurologique, pharmaceutique, historique et en science politique sur l'abus des drogues. - US National Clearing House for Mental Health, *Bibliography of Drug Dependence and Abuse, 1928-1966*, Chevy Chase, Mo. The Clearinghouse, 1969 : est indispensable pour la recherche sur l'histoire récente. Voir aussi : Réunion d'information sur les produits toxiques donnant lieu à abus, Paris, 17 janvier 1970. *Comptes rendus*. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, monographie, 39. 1970. National Commission on Marihuana and Drug Abuses (801, 19th street, N.W., Washington 20006), *Drug Use in America: Problem in Perspective. Second Report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse*, 1972, 1973, 1974. Superint. of doc., US Gvt Printing Office, Stock N 5266-0003, 4 vol.

21 Pour l'histoire de la drogue non médicalisée, on peut consulter Philippe de Félice, *Poisons sacrés, ivresses divines. Essai sur quelques formes inférieures de la mystique*, Paris, Albin Michel, 1936.

22 Pour l'histoire de la prescription médicale comme moyen de protection du public, voir le symposium : John Blake, éd., *Safeguarding the Public. Historical Aspects of Medical Drug Control*, papers from a conference sponsored by the National Library of Medicine, Baltimore/Londres, Johns Hopkins Press, 1970.

entre la Chine et l'industrie pharmaceutique occidentale, en 1974, les tranquillisants occupaient la première place²³.

Dans les pays riches ou rigidement disciplinés, l'accoutumance aux médicaments est due principalement à la médiation du médecin. Dupuy et Karsenty ont démontré que la dénonciation de l'automédication comme raison du gaspillage, de la iatrogenèse et de l'accoutumance n'est en France qu'un stratagème de l'industrie médicale. Mais la prescription médicale n'est pas toujours nécessaire pour que l'addiction apparaisse. Les pays pauvres qui ne peuvent s'offrir le luxe d'une dépendance généralisée vis-à-vis de professionnels s'arrangent néanmoins pour ne pas échapper à la iatrogenèse grâce à l'usage imposé des spécialités pharmaceutiques. Il y a vingt ans, il y avait moitié moins de spécialités dans les pharmacies mexicaines que dans les pharmacies américaines. En 1962, la réglementation américaine se mit à exiger des fabricants qu'ils prouvent non seulement l'innocuité, mais également l'efficacité de leurs produits, ce qui instituait une certaine forme de contrôle sur l'exubérante prolifération des médicaments. Résultat : il y a maintenant quatre fois plus de spécialités sur le marché mexicain que sur le marché américain. On compte 18000 présentations différentes. Il y a dix ans, chaque conditionnement comportait une notice descriptive rédigée dans le langage du médecin et sans utilité pour les malades, des paysans en majorité, qui devaient se fier à leur instinct. Mais les médicaments étaient encore rares et les gens plus pauvres ; la plupart d'entre eux s'en remettaient encore à leur herboriste. Les médicaments sont aujourd'hui plus abondants, plus efficaces et plus dangereux, et les gens qui gagnent un peu plus d'argent ont appris à avoir honte de leur confiance dans les herbes aztèques et dans leurs règles diététiques. La notice a disparu et a été remplacée par une mention unique sur la boîte, qu'il s'agisse d'insuline, de vitamines, de pilules pour dormir ou de pilules contraceptives : « À utiliser seulement sous contrôle médical. » Un pareil conseil n'est bien entendu qu'un vœu pieux, car il n'y a pas assez de médecins au Mexique pour prescrire un antibiotique dans chaque cas de salmonellose, et les pharmaciens n'exigent pas de voir les ordonnances. Avec l'apparition d'agents chimiques efficaces, la fonction du médecin dans les pays en voie de développement devient de plus en plus banale. La plupart du temps, il en est réduit à prescrire sans examens préliminaires²⁴. Il en arrive à se sentir inutile même dans sa fonction quotidienne, car il sait que de plus en plus de gens vont utiliser sans son approba-

23 *Far Eastern Economic Review*, novembre 1974, Hong Kong.

24 Arturo Aldama, « Establecimiento de un laboratorio farmacéutico nacional », *Higiene*, Órgano Oficial de la Sociedad de Higiene, vol. XI, n° 1, janv.-fév. 1959, Mexico.

tion le type de médicament qu'il peut prescrire. Comme les médicaments se transforment de plus en plus en outils réservés légalement et techniquement aux médecins, les gens sont de plus en plus enclins à s'infliger des dommages avec ces médicaments, qu'ils aient été prescrits ou obtenus en contrebande. La médicalisation d'un médicament le rend en fait plus dangereux. La chloromycine en est un bon exemple : pendant dix ans elle fut prescrite contre la typhoïde dans des conditions qui rendaient impossible la surveillance des réactions sanguines du malade, et il en est résulté une anémie aplastique. En même temps, la limitation de l'information donnée au médecin, auquel théoriquement le médicament était réservé, et l'absence totale de mise en garde spécifique du public contre les dangers du produit conduisirent les gens à l'utiliser de leur propre chef, même quand d'autres traitements auraient été tout aussi efficaces. C'est ainsi que médecins et malades ont collaboré à la fabrication d'un type de typhoïde qui résiste aux médicaments et qui se répand désormais du Mexique vers le reste du monde²⁵.

Salvador Allende, le défunt président du Chili, qui était aussi médecin, a été jusqu'ici le seul homme d'État occidental qui ait essayé d'endiguer la progression abusive des médicaments²⁶. Il proposa d'interdire l'importation au Chili de tout nouveau médicament qui n'aurait pas d'abord été testé sur le public nord-américain, pendant sept ans au moins, sans avoir été retiré du marché par l'US Food and Drug Administration. Il proposa également une réduction de la pharmacopée nationale à quelques douzaines de produits, plus ou moins les mêmes que ceux qu'emporte avec lui chaque médecin chinois «aux pieds nus». Une forte majorité de médecins chiliens ne répondirent pas à l'appel de leur président. Bon nombre de ceux qui essayèrent de mettre ses idées en pratique furent assassinés dans la semaine qui suivit le putsch des colonels du 11 septembre 1973²⁷.

25 Les grandes firmes pharmaceutiques vendent leurs produits à des prix énormément majorés outre-mer, négligeant de fournir aux médecins les informations, obligatoires en métropole, sur leurs effets secondaires. Herbert Schreier et Lawrence Berger, «On medical imperialism. A letter», *Lancet*, 1974, vol. I, p. 1161. Voir aussi M.H. Cooper, *Prices and Profits in the Pharmaceutical Industry*, Oxford, Pergamon Press, 1966 ; Charles Levinson, *Les Trusts du médicament*, Paris, Seuil, 1974.

26 Howard Waitzkin et Hilary Modell, «Medicine, socialism and totalitarianism : lesson from Chile», *The New England Journal of Medicine*, 291, 1974, p. 171-177. Vicente Navarro, «What does Chile mean : an analysis of events in the health sector before, during and after Allende's administration», in the International Health Seminar at Harvard University, Boston, février 1974, *MMFQ, Health and Society*, printemps 1974, p. 93-130.

27 Albert Jonsen *et al.*, «Doctors in politics : a lesson from Chile», *The New England Journal of Medicine*, 29 août 1974, p. 471-472.

La prescription abusive de médicaments dans les pays capitalistes est un argument favori chez ceux qui, voulant rendre justice à la médecine et la protéger des menées de l'industrie pharmaceutique, préconisent que la formation à vie du médecin se fasse par des agences publiques plutôt que privées. Selon ces critiques, si les médecins prescrivent à tort et à travers en France comme aux États-Unis, cela s'explique par les pressions que les laboratoires exercent sur des praticiens débordés. On fait remarquer que le plus clair de la formation postuniversitaire que reçoivent les médecins est le fait des laboratoires²⁸. En France, toute publicité auprès du grand public entraîne légalement l'élimination d'un médicament de la liste des produits remboursables. La publicité auprès des médecins, pour ces mêmes produits, est presque totalement financée par l'argent des cotisants salariés. Une publicité payée par des laboratoires, pleine de fourberie et de documentation trompeuse, bourre trop souvent le crâne des lecteurs des journaux « strictement réservés aux membres de la profession médicale » et, en conséquence, acheminés à prix réduit par les P et T. Pour chacun des 350 000 praticiens américains, l'industrie pharmaceutique a dépensé, en 1972, 4500 dollars en frais de publicité et de promotion commerciale²⁹. Il est surprenant alors de voir que la consommation globale par tête de tranquillisants, d'antibiotiques ou d'hypotenseurs prescrits semble corrélée avec le revenu per capita sur l'ensemble de la planète³⁰, et cela même dans les pays socialistes où pourtant la formation permanente des médecins ne peut en rien être assimilée à la propagande d'une industrie privée.

De plus en plus, le médecin a affaire à deux catégories de toxicomanes : à la première il prescrit des drogues à accoutumance, à la seconde il dispense des soins pour traiter des gens qui se sont intoxiqués eux-mêmes³¹. Plus la com-

28 Gabriel Galice, *Santé et profit. L'industrie pharmaceutique*, Paris, Cerf, 1974 : le médicament est une marchandise *sui generis* choisie par un intermédiaire, le médecin. 20 % de son prix total est destiné à la publicité auprès du « consommateur économique », non pas celui qui avale la pilule. Elle se qualifie pudiquement d'« information médicale ».

29 Pour l'histoire de la publicité pharmaceutique en France, voir le chapitre v de Eugène Guitard, *Deux Siècles de la presse au service de la pharmacie et cinquante ans de « L'Union pharmaceutique »*. *Histoire et bibliographie des périodiques intéressant les sciences, la médecine et spécialement la pharmacie en France et à l'étranger (1665-1860)*, 2^e éd., Paris, La Pharmacie centrale de France, 1913. Sur les coûts et l'organisation de la publicité aux États-Unis, voir John Pekkanen, *The American Connection*, Chicago, Follett Publishing Co., 1973.

30 Mitchell Balter *et al.*, « Gross-national study of the extent of anti-anxiety sedative drug use », *The New England Journal of Medicine*, 4 avril 1974, p. 769-774. À l'intérieur des catégories thérapeutiques la consommation peut varier dans un rapport de 1 à 3 selon les pays. World Health Organization. Regional Office for Europe, *Consumption of Drugs : Report on a Symposium*, Oslo, 3-7 nov. 1969.

31 Alfred Freedman, « Drugs and society : an ecological approach », *Comprehensive Psychiatry*, vol.

munauté est riche, plus les chances sont fortes que ses patients appartiennent simultanément aux deux catégories³².

LE CONTRÔLE SOCIAL PAR LE DIAGNOSTIC

Nous avons vu que la réduction de la capacité de réaction des membres d'une société se reflète dans la médicalisation du budget et que l'invasion pharmaceutique, qu'elle soit ou non techniquement efficace, bloque la résistance des sujets. Une troisième forme de iatrogenèse sociale résulte de la médicalisation des catégories sociales. Un bon exemple de cette atteinte au contrôle personnel sur l'organisme et au droit de modifier un milieu qui l'en-trave est l'étiquetage iatrogène des différents âges de la vie humaine. Cet éti-quetage en vient à faire partie intégrante de la culture populaire lorsque le profane accepte comme une chose « naturelle » et banale le fait que les gens ont besoin de soins médicaux de routine tout simplement parce qu'ils sont en gestation, qu'ils sont nouveau-nés, enfants, dans leurs années climatiques ou qu'ils sont vieux. Quand on en est arrivé à ce point, la vie n'est plus une succession de différentes formes de santé, mais une suite de périodes qui exi-gent chacune une forme particulière de consommations thérapeutiques. À chaque âge correspond alors un environnement spécial pour optimiser cette santé-marchandise : le berceau, le lieu de travail, la maison de retraite et la salle de réanimation. Le sujet se trouve mis en cage dans une ambiance faite pour les membres de sa catégorie, telle que la perçoit le spécialiste bureaucra-tique chargé de sa gestion. Dans chacun de ces endroits, l'individu est dres-sé à suivre le comportement qui convient à une administration de pédago-gues, de pédiatres, de gynécologues, de gériatres et à leurs différentes classes de serviteurs. La richesse d'informations du milieu naturel est dégradée par sa spécialisation, l'école, la rue et l'atmosphère aseptisée de la clinique s'en-richissent de prescriptions professionnelles et s'appauvrissent en choix pour ceux qui s'y trouvent enfermés. L'homme domestiqué rentre en stabulation permanente pour se faire gérer dans une suite de loges spécialisées³³.

XIII, n° 5, sept.-oct. 1972, p. 411-420.

32 Ford Foundation, *Dealing with Drug Abuse: A Report to the Ford Foundation*, New York, Praeger, 1972. Voir aussi Leon Epstein et Henry Lennard, « Médication psychoactive : possibilité inhé-rente de pollution interne », présenté au IV^e Congrès international de psychiatrie sociale, Jérusa-lem, 21-26 mai 1972, *Toxicomanies*, vol. V, décembre 1972, p. 371-382.

33 Roslyn Lindheim, *The Hospitalization of Space*, à paraître en 1975 aux éditions Calders & Boyars, Londres. L'architecte Roslyn Lindheim prépare un livre sur la médicalisation de l'habitat qui prend la forme d'une « hospitalisation de l'espace ». Les documents CIDOC DOC. I/V 73 et 74

L'emprise du médecin sur la vie débute par la visite prénatale au cours de laquelle il décide si le fœtus devra naître et comment ; elle se termine par sa décision de renoncer à une résurrection supplémentaire. L'environnement en vient à être vu comme un milieu artificiel et le professionnel de la santé comme le bureaucrate qui assigne à chacun son coin propre.

Prenons comme exemple la vieillesse. Dans la plupart des sociétés, elle est conçue comme la condition des gens au-delà d'un certain âge et non pas comme une maladie. Dans notre société, cette condition a été médicalisée sans d'ailleurs que change l'espérance de vie. Plus de gens y arrivent parce qu'ils ne sont pas morts étant enfants, mais une fois arrivés à soixante-cinq ans il ne leur reste pas plus de jours à vivre aujourd'hui que dans le passé. Peu importe la quantité ou la qualité des drogues qu'ils avalent, peu importent les soins médicaux qu'on leur prodigue, les vieux meurent au même rythme qu'auparavant. Le traitement médical du vieillard est généralement une mystification cruelle qui ne « marche » que grâce à la crédulité du patient. Le seul aspect « merveilleux » de l'intervention moderne dans les désordres cardio-vasculaires, l'arthrose, la cirrhose et le cancer des vieux est que les sublimes exploits des biocrates et la souffrance qu'ils imposent ne raccourcissent pas davantage la vie de leurs patients.

Selon une étude, 82 % des vieux ayant une maladie grave meurent moins de trois mois après leur arrivée à l'hôpital³⁴. La mortalité des vieillards dans la première année de leur enfermement dans les cages d'or définitives est nettement supérieure à celle d'un groupe comparable laissé dans le milieu auquel il était accoutumé³⁵. Quitter sa famille, ou même le lit dans lequel on a dormi depuis une décennie, c'est pour le vieillard un facteur important de déclenchement des processus morbides. Encore plus remarquables sont les études qui indiquent que la mortalité est supérieure dans le cas où le déclenchement de la maladie est associé à la séparation du domicile. Cela a été prouvé pour l'asthme, le diabète sucré, le lupus érythémateux disséminé, les saignements utérins fonctionnels, l'arthrite sèche, la tuberculose et la colite ulcéreuse³⁶. L'instinct, d'ailleurs, révèle au vieillard la vraie fonction de son enferme-

sont des schémas d'une partie de son livre.

34 A.N. Exton-Smith, « Terminal illness in the aged », *Lancet*, 2, 1961, p. 305.

35 M.A. Lieberman, « Relationship of mortality rates to entrance to a home for the aged », *Geriatrics*, 1961, p. 515-519. - David Gutmann, « The hunger of old men », *Transaction*, 12 nov. 1971, p. 55-66. - I. Falck, « Medizinische Folgen von Berentung und Pensionierung », *Ärztliche Praxis*, 21, 1969, p. 3019-3021.

36 Pour la bibliographie détaillée, voir David Bakan, *Disease, Pain and Sacrifice. Toward a Psychology of Suffering*, Boston, Beacon Press, 1971.

ment : il y a des vieillards qui le recherchent dans une intention de suicide³⁷.

Il est vrai que certaines des douleurs dont souffrent les personnes âgées peuvent être atténuées par une compétence médicale qui dépasse le savoir-faire d'un profane. Malheureusement, la plupart des traitements infligés aux vieillards qui requièrent l'intervention d'un professionnel non seulement augmentent leur douleur mais, en cas de succès, la prolongent également. Le soutien d'un système vital fait fréquemment apparaître dans un autre système des troubles nouveaux encore plus gênants ou douloureux.

Dix pour cent de la population américaine a plus de soixante-cinq ans ; 28 % de la dépense médicale nationale est consacrée à cette minorité. Bien plus, alors que le taux de croissance démographique annuel de cette minorité dépasse de 3 points celui du reste de la population, le coût par tête des soins qui lui sont consacrés croît à un taux annuel qui est supérieur de 5 à 6 points à celui de la dépense médicale moyenne par tête³⁸. Parallèlement à cette médicalisation de la vieillesse et à cause d'elle, on observe qu'il est de plus en plus difficile de vieillir dans l'indépendance. La nouvelle vision de la vieillesse comme « problème » gériatrique a cloîtré les gens âgés dans le rôle d'une minorité qui se sent douloureusement dépossédée du nécessaire, quel que soit le niveau de privilège relatif en termes monétaires dont bénéficie l'ensemble du groupe³⁹.

Sans doute, le privilège social dont on a joui dans l'âge adulte atteint une espèce de paroxysme dans le privilège dont on jouit comme vieillard riche par rapport aux vieillards pauvres. La raison principale en est très simple : le vieillard riche est en mesure d'éviter le service médical totalitaire auquel le pauvre échappe avec d'autant plus de difficulté que la société est riche⁴⁰.

La médicalisation de la vieillesse est un exemple des risques auxquels la spécialisation médicale soumet le public en l'organisant en catégories de patients. Tous les âges sont médicalisés, tout comme le sexe, le quotient intellectuel ou la couleur de la peau. Dès que les femmes au XIX^e siècle ont voulu s'affirmer, un corps de gynécologues s'est formé : la féminité elle-même devenait

37 Elizabeth Markson, « A hiding place to die », *Transaction*, 12 nov. 1972.

38 W.H. Forbes, « Longevity and medical costs », *The New England Journal of Medicine*, 13 juillet 1967. - Robert S. Morison, « Dying », *Scientific American*, 229, n° 3, sept. 1973.

39 H. Harmsen, « Die sozialmedizinische Bedeutung der Erhöhung des Anteils der Bejahrten bis 1980 », *Physikalische Medizin und Rehabilitation*. « Diätetik, Pharmakologie, Ordnungs- und Umstimmungsbehandlung », *Klinik und Praxis*, 9, 1968, H. 5, p. 119-121.

40 Anne-Marie Guillemard, *La Retraite, une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*, Paris, Mouton, 1972.

symptôme⁴¹ d'un besoin médical traité par des universitaires évidemment masculins. Être enceinte, accoucher, allaiter sont autant de conditions médicalisables, comme le sont la ménopause ou la présence d'une matrice à l'âge où le spécialiste décide qu'elle est de trop. La puberté, la dépression, l'épuisement, l'alcoolisme, l'homosexualité, le deuil, l'obésité permettent de classer les citoyens en catégories de clients. Aux États-Unis, on propose de régulariser la pression artérielle de 20 millions d'habitants en leur faisant consommer 500 dollars de pilules par an et par personne. Par le seul fait de prendre la tension de tout le monde, les hypertendus se transforment en nouveau groupe de malades. En France, le négoce de la médicalisation de la pression artérielle procède de façon plus distinguée, mais certainement pas avec moins de dépenses publicitaires.

Un pays n'a pas besoin d'être riche pour connaître cette catégorisation iatrogène des différents âges et stades de la vie. Ce phénomène existe dans les pays pauvres, où il est souvent appelé par euphémisme « processus de modernisation⁴² ». En 1960, 96 % des mères chiliennes nourrissaient leur enfant au sein au-delà de la première année. En 1970, elles n'étaient plus que 6 %, et à peine 20 % allaitaient leur bébé les deux premiers mois. Cette accoutumance du nourrisson au sucre de canne et aux produits industriels est le résultat d'un intense endoctrinement politique venant aussi bien de la droite démocrate-chrétienne que de la gauche. Résultat de ce processus de modernisation : 84 % du lait maternel potentiellement disponible n'a pas été utilisé. Cette perte équivalant au lait de 32000 vaches chiliennes découle de l'attention nouvelle portée à la santé de la mère et d'une puériculture approuvée par les médecins⁴³. Le biberon étant devenu un signe de statut, un nouveau type de contrôle médical est devenu nécessaire. La raison en est que de nouvelles maladies sont apparues chez les enfants qui n'avaient pas été nourris au sein, et que les mères manquent du savoir-faire nécessaire pour s'occuper d'enfants dont le comportement est différent de celui auquel elles sont habituées. La médicalisation de la prime enfance n'est pas seulement un dommage pour l'individu. Comme celle de la vieillesse, elle est un instrument pour reproduire une société de classes. Luc Boltanski⁴⁴ a étudié quatre-vingts ouvrages de puéri-

41 Pour la transformation du milieu domestique de la femme enceinte, voir Robert Müllerheim, *Die Wochenstube in der Kunst. Eine kulturhistorische Studie*, Stuttgart, Enke, 1904 (138 Abbild).

42 Alan Berg, *The Nutrition Factor : Its Role in National Development*, Washington, Brookings Institution, 1973 (cf. la splendide bibliographie).

43 Sur les dangers de l'accoutumance du nourrisson : R.K. Oates, « Infant feeding practices », *British Medical Journal*, 2, 1973, p. 762-764.

44 Luc Boltanski, « Prime éducation et morale de classe », *Cahiers du Centre de sociologie euro-*

culture en français, par ordre chronologique de 1842 à 1966, ce qui permet de suivre l'évolution du « bébé » contemporain et la médicalisation progressive de son traitement. L'innovation conseillée par le médecin est toujours le privilège des riches. La société moderne n'est pas seulement stratifiée, elle est hiérarchisée. Dans une telle société, les classes dominantes détiennent un monopole de l'invention et de la création. Tout changement s'opère de haut en bas. À l'intérieur de chaque classe les changements s'opèrent 1. en fonction de la distance sociale qui la sépare des classes supérieures et 2. en fonction du rapport d'affinité ou d'opposition entre le changement et l'*ethos* de cette classe.

L'acceptation générale de la classification iatrogène multiplie partout les patients plus vite que les médecins et les médicaments. À l'intérieur de chaque catégorie de patients naît et se renforce la stratification hiérarchique établie par l'école, le salaire et le statut.

L'ENTRETIEN PAR LE MAGE PRÉVENTIF

La médecine curative portant de plus en plus ses efforts sur des maladies pour lesquelles elle est inefficace, coûteuse et pénible, une nouvelle lubie a fait son apparition : la prévention de la maladie réalisée par de nouveaux professionnels chargés de l'entretien des corps. Après les soins de maladie, les soins de santé sont devenus une marchandise, c'est-à-dire quelque chose que l'on consomme et non quelque chose que l'on fait. Plus le salaire payé par la firme est important, plus le rang dans l'appareil du Parti est élevé, plus il faut dépenser pour que cet estimable rouage de la société soit bien huilé. La consommation de soins préventifs est le dernier en date des signes de statut social chez les bourgeois. Pour être à la mode, il est nécessaire aujourd'hui de consommer du « check-up » : ce mot anglais fait maintenant partie du vocabulaire quotidien du Français, du Serbe, de l'Espagnol, du Malais et du Hongrois. L'extension du contrôle professionnel aux soins dispensés à des gens en parfaite santé est une nouvelle manifestation de la médicalisation de la vie. Les gens n'ont plus besoin d'être malades pour devenir patients. « Le concept de morbidité a simplement été étendu et recouvre des situations où il n'y a pas de morbidité au sens strict, mais une probabilité qu'une telle morbidité apparaisse dans un délai donné. Le patient qui présente au médecin une tension considérée comme anormale est dans la même situation de "malade" vis-à-vis de celui-ci que celui qui lui présente un symptôme morbide au sens

péenne, La Haye-Paris, Mouton, 1969.

strict⁴⁵. » Cette médicalisation de la prévention est un quatrième symptôme de la iatrogénèse sociale.

Un certain nombre de médecins ont, ces dix dernières années, proclamé que la médecine allait connaître une révolution avec le développement et l'extension à toute la population de soins professionnels préventifs. Ils ont obtenu un appui financier non seulement de la part de PDG vieillissants, mais également de leaders politiques soutenus par la grande masse de ceux qui réclament pour eux ce qui jusqu'à présent était un privilège réservé aux riches. Les visites mensuelles prénatales sont devenues le dernier chic, de même que les cliniques pour nourrissons se portant bien et les bilans de santé scolaires⁴⁶, ou encore les organisations de médecine préventive qui fournissent un service de dépistage précoce aussi bien que des thérapeutiques préventives⁴⁷.

Le coût très élevé des « check-up » jusque-là réservés aux cadres supérieurs aurait constitué un obstacle au développement généralisé d'une médecine préventive de haute technicité si l'on n'avait pas réussi à automatiser certains examens biologiques et biophysiques. Il est maintenant possible d'administrer une batterie de tests complexes et automatisés portant sur un grand nombre de paramètres, à un coût très faible, avec la simple intervention de techniciens non professionnels. Certains voient là la panacée. Le but de l'opération est d'offrir à d'innombrables millions une détection de leurs besoins thérapeutiques cachés, autrement sophistiquée que celle dont pouvaient bénéficier dans les années soixante quelques rares « personnalités » de Houston ou de Moscou. L'absence d'études sérieuses au départ de cette opération a permis aux marchands de prévention de faire naître des attentes non fondées. Ce n'est que depuis peu que l'on dispose des résultats d'études statistiques comparatives portant sur des groupes bénéficiant d'un service de surveillance et de dépistage précoce. Jusqu'à présent, l'examen de deux douzaines d'études révèle que ces services préventifs, même s'ils ont été suivis de thérapeutiques coûteuses, n'ont eu aucun impact sur l'espérance de vie des patients⁴⁸.

45 J.-P. Dupuy, *Relations entre dépenses de santé, mortalité et morbidité*, Paris, CEREBE, avril 1973.

46 Alfred Yankauer et Ruth Lawrence, « A study of periodic school medical examinations », *American Journal of Public Health*, 45, janvier 1955, p. 71-78.

47 C.M. Wylie, « Participation in a multiple screening clinic with five years follow-up », *Public Health Reports*, 76, juillet 1961, p. 596-602. - G.S. Siegel, « The uselessness of periodic examination », *Archives of Environmental Health*, 13, sept. 1966, p. 292-293 : le médecin américain est fier de pratiquer depuis cinquante ans des examens préventifs. « Il n'y a aucune preuve qu'une population soumise à de tels examens vive plus, mieux ou avec plus d'allant. »

48 Paul D. Clote, « Automated multiphasic health testing. An evaluation », Independent study with John McKnight, North-Western University, 1973, in *CIDOC Antologia A8*, Cuernavaca, 1974.

La vérité est que le dépistage précoce transforme des gens qui se sentent bien portants en patients anxieux. Pour commencer, certains de ces examens ne sont pas sans risques. Le cathétérisme cardiaque est un examen mis en œuvre pour déterminer si le patient souffre d'une cardiomyopathie. Il tue en moyenne une personne sur cinquante qui s'y soumettent. « L'information qu'il apporte est du même ordre que celle que l'on peut retirer d'une prise de pression artérielle une fois dans une vie, ou de l'examen des urines une fois tous les vingt ans. Cette pratique est ridicule, absurde et sans aucune nécessité [...] et elle est absolument sans valeur en ce qui concerne tant le diagnostic que le traitement⁴⁹. » L'examen coûte 350 dollars par patient, alors même qu'il n'existe aucune preuve qu'un diagnostic différentiel fondé sur ses résultats soit à l'origine d'une augmentation de l'espérance de vie du patient ou d'une amélioration de son confort. Le cathétérisme cardiaque n'est pas une opération de routine dans la majorité des services, mais il est représentatif d'un ensemble assez vaste de méthodes diagnostiques mutilantes par le scalpel, les radiations ou l'empoisonnement. La plupart des autres examens sont moins meurtriers mais il y en a qui sont bien plus chers, qui provoquent l'invalidité, qui sont souvent mal interprétés et qui produisent des traumatismes psychiques. Exception faite d'un petit nombre, bien souvent bon marché et d'application simple, les examens de laboratoire qui servent de guide au choix d'une intervention thérapeutique sont beaucoup moins nombreux que la pression des producteurs ne pourrait le faire croire. Bien souvent les médecins, persuadés de l'inutilité des examens, les justifient néanmoins en arguant qu'ils éliminent de fausses pistes et par là évitent des agressions thérapeutiques possibles. Mieux vaut le risque d'un cancer par irradiation que la probabilité d'une mutilation par un collègue.

Même si quelqu'un survit sans dommage à une série d'examens de laboratoire et que finalement on lui trouve un symptôme qui justifie l'intervention, il court le très grand risque d'être soumis à une thérapeutique détestable, douloureuse, mutilante et chère. L'ironie est que les troubles graves et sans symptômes apparents que ce type de dépistage peut seul découvrir sont en général des maladies incurables pour lesquelles un traitement précoce aggrave l'état physique du patient.

La mise en œuvre de procédures routinières de dépistage précoce sur des populations importantes garantit au médecin « scientifique » l'existence d'une matière première abondante pour son activité : il pourra y puiser les beaux cas

49 Maurice Pappworth, « Dangerous head that may rule the heart », in *Perspective*, p. 67-70.

correspondant le mieux aux possibilités de traitement, ou les plus intéressants pour la recherche, que la thérapeutique apporte ou non la guérison ou le soulagement. Mais cette pratique renforce les gens dans la conviction qu'ils sont des machines dont la durabilité dépend de la fréquence des visites à l'atelier d'entretien, et ils sont forcés de payer pour que l'institution médicale puisse réaliser ses études de marché et développer son activité commerciale.

La médicalisation de la prévention entretient la confusion entre prévention et assurance. Ce n'est que lorsqu'une chose n'a pas de valeur autre que son équivalent en francs que s'applique la définition de l'«assurance» que l'on trouve dans un dictionnaire américain, à savoir que l'«on s'assure pour se protéger contre la perte». De fait, aucune compagnie d'assurances ne peut nous protéger contre la perte de notre voiture, de notre maison, de notre santé ou de notre vie. Aucun courtier ne peut empêcher leur destruction. Tout ce qu'il peut offrir, c'est le paiement d'une certaine somme pour nous indemniser de leur perte. La conduite automobile n'est pas plus sûre parce que la prime d'assurance est payée. Même s'il y avait une part de vérité dans le mythe selon lequel des traitements médicaux coûteux peuvent rétablir la santé ou prolonger la vie, il n'en resterait pas moins qu'aucune assurance ne peut protéger contre la maladie ou la mort. Et cependant, une étude faite à Chicago a montré que plus les individus ont absorbé d'années de scolarité, plus ils soutiennent la thèse que leur santé sera meilleure s'ils sont assurés. L'identification de l'individu statistique à l'homme biologique unique crée une demande insatiable de ressources finies. L'individu est subordonné aux besoins supérieurs de la collectivité. Les soins préventifs deviennent obligatoires, et le droit du patient à donner son consentement aux traitements qui lui sont infligés est progressivement bafoué.

L'efficacité des soins médicaux dépend du degré auquel l'individu prend en charge la découverte de ses propres symptômes. Ce fait a été tout récemment proclamé par la propagande médicale comme si c'était une découverte. Les membres de la profession médicale s'associent aux magazines illustrés pour recommander au public de s'inspecter régulièrement dans le miroir afin de déceler le commencement d'un cancer. La détection précoce des rares maladies dégénératives pour lesquelles le patient pourrait trouver un soulagement grâce à une intervention médicale précoce dépend fréquemment de la découverte par le patient lui-même d'un symptôme probable de trouble grave. Les examens médicaux destinés à détecter des cancers naissants et programmés

une fois par an viennent en général trop tard, car ils sont trop espacés⁵⁰. En réalité, cette incorporation du sujet lui-même dans le service médical n'est qu'un stratagème pour rejeter sur le public la responsabilité de l'échec de la prévention professionnelle et en même temps augmenter encore la clientèle. Les gens à qui leur docteur dit que leur cœur est en bon état et qui sont ainsi encouragés à persévérer dans leur mode de vie malsain sont probablement en plus grand nombre que ceux que le médecin aide par ses conseils une fois qu'ils ont des ennuis.

La médicalisation du dépistage précoce non seulement gêne et décourage la véritable prévention, mais entraîne aussi le patient potentiel à se comporter en permanence comme un objet dont le médecin a la charge. Il apprend à s'en remettre à son médecin dans la bonne comme dans la mauvaise santé. Il se transforme en patient à vie.

L'ENRÔLEMENT DANS UNE LITURGIE MACABRE

Comme tout secteur industriel en croissance, le système de santé porte ses efforts là où la demande paraît sans limites : la protection contre la mort. La médicalisation des grands rituels constitue un cinquième symptôme grave de la iatrogenèse sociale. Un pourcentage croissant de fonds publics est affecté au développement de techniques qui visent à prolonger la vie des mourants. Des chefs de service sélectionnent avec onction un Anglais sur cinq qui souffre d'une insuffisance rénale et le conditionnent à désirer le rare privilège de mourir à petit feu grâce à cet instrument de torture qui s'appelle le rein artificiel⁵¹. Beaucoup de temps et d'efforts sont consacrés pendant le traitement à empêcher que le patient ne se suicide durant l'année et parfois les deux années de vie qu'il gagne quelquefois⁵².

Les services de soins cardiaques intensifs sont d'autres gadgets très voyants qui n'ont aucun avantage statistique démontré. Ils requièrent trois fois plus d'équipement et cinq fois plus de personnel que des services de médecine générale. À l'hôpital, leur coût est hors de proportion avec celui du traitement

50 Paul D. Clote, *op. cit.*

51 National Center for Health Statistics, *Mortality Trends for Leading Causes of Death: US, 1950-1969*, éd. Joan Klebba *et al.* Pendant la période de mise au point de la greffe du rein et du rein artificiel, la mortalité due à la néphrite et à la néphrose a décliné de 77 %. C'est la plus impressionnante réduction d'une cause de mortalité connue et elle n'a rien à voir avec le développement de ces deux techniques.

52 G.H. Calland, « Iatrogenic problems in end stage renal failure », *The New England Journal of Medicine*, 1972, p. 287-334 : note autobiographique d'un médecin soumis à la dialyse rénale.

à domicile. Aux États-Unis, 12 % des infirmières diplômées travaillant en hôpital sont affectées à de tels services. Leur équipement est devenu un symbole international de paix depuis que Nixon et Brejnev ont signé un traité de coopération pour la conquête de l'espace, du cancer et des maladies cardiaques. Ce traitement spectaculaire est financé, comme les liturgies d'autrefois, par des impôts, des dons et des sacrifices. Des études statistiques sur échantillons de grande taille tirés au hasard ont cherché à comparer les taux de mortalité et de guérison observés sur des cas d'infarctus du myocarde traités dans ces services et sur des patients traités chez eux. Aucun avantage en faveur des premiers n'a pu être mis en évidence jusqu'ici. La panique provoquée par la réclusion dans un milieu mécanique tue plus de gens que la machine n'en sauve. Les patients préfèrent d'eux-mêmes en général le traitement à domicile. L'hôpital les effraie et, en cas de crise, ils aiment mieux se trouver près des membres de leur famille⁵³. Il semble que les personnes qui, par leur travail, ont appris à se soumettre au rythme d'appareils compliqués survivent, branchées aux tuyaux, plus longtemps que toute autre catégorie de patients.

La fascination générale pour les « percées médicales », les techniques de pointe et la mort sous contrôle médical est un symptôme particulièrement visible d'une cinquième dimension de la iatrogenèse sociale. Pour bien la comprendre, il faut y voir la manifestation d'un besoin fortement ancré de miracle. La médecine de pointe est l'élément le plus solennel d'un rituel qui célèbre et consolide le mythe selon lequel le médecin livre une lutte héroïque contre la mort⁵⁴.

L'intervention technique sur le malade s'est révélée être une stratégie donnant des résultats décroissants et même négatifs. La complaisance que met le public à financer ces activités correspond en fait au besoin qu'il a des fonctions non techniques de la médecine. L'intervention portant sur la machinerie physique et biochimique du patient ou sur son environnement n'est pas et n'a jamais été l'unique fonction des institutions médicales. L'application de remèdes, qu'ils soient ou non efficaces, n'est en aucune façon le seul type de médiation entre l'homme et sa maladie. D'autres formes de guérison répandues sont la guérison magique par l'impact émotionnel du cérémonial⁵⁵, la

53 H.G. Mather *et al.*, *op. cit.*

54 John Hinton, *Dying*, Londres, Penguin Books, 1974.

55 William J. Goode, « Religion and magic », in *Religion Among the Primitives*, Glencoe, Ill., Free Press, 1951, p. 50-54 : offre une distinction opératoire entre la guérison magique et la guérison religieuse.

guérison par la suggestion du chaman⁵⁶, l'interprétation de la souffrance par la religion⁵⁷ et, bien plus important encore, les normes sociales qui assurent la consolation. Dans une large mesure, les cultures qui ont développé le sens de la compassion envers celui qui est dans le malheur, de l'hospitalité envers l'infirme et de la tolérance envers le fou peuvent intégrer les malades à la vie de tous les jours.

L'une de ces nombreuses fonctions de la médecine a récemment éclipsé toutes les autres. C'est la tentative de maîtriser le déroulement de toutes les maladies au moyen d'interventions techniques. De façon paradoxale, plus l'attention se focalisait sur la maîtrise technique de la maladie, plus les fonctions symboliques et non techniques de l'appareil technique médical prenaient de l'importance. Blouses blanches, environnement aseptique, ambulances, systèmes d'assurance : tout cet attirail rituel en est venu à remplir principalement des fonctions magiques et symboliques. Il faut distinguer soigneusement l'impact sur la santé des symboles, des mythes et des rituels de l'effet purement technique des procédures correspondantes. Une injection de pénicilline, parfaitement gratuite ou même dommageable, peut néanmoins avoir un effet placebo puissant⁵⁸. A mesure que les médicaments sont devenus plus efficaces, leurs effets secondaires dans l'ordre symbolique sont apparus de plus en plus néfastes pour la santé. En d'autres termes, la magie blanche de la médecine traditionnelle qui soutenait les efforts du patient est devenue magie noire. Au lieu de mobiliser et d'activer la capacité du patient à se tirer d'affaire, ou celle de la communauté à le soigner, la magie médicale moderne le transforme en voyeur mou et mystifié.

Tous les rituels possèdent en commun une caractéristique fondamentale : ils augmentent la tolérance à la dissonance cognitive. Ceux qui participent à un rituel deviennent capables de combiner des attentes irréalistes avec une réalité indésirable⁵⁹. Un exemple : les élèves qui, régulièrement et pendant longtemps, participent au rituel de l'institution scolaire sont à même d'ac-

56 Filliozat, *Magie et médecine*, Paris, PUF, coll. «Mythes et religion», 1943.

57 Thomas Keith, *Religion and the Decline of Magic. Studies in Popular Beliefs in 16th and 17th Centuries in England*, Londres, Weidenfeld and Nicholson, 1971 : traite de la place de la religion et de la magie dans le soulagement de la souffrance.

58 J.A. Roth, «Ritual and magic in the control of contagion», *American Sociological Review*, vol. XXII, 1957, p. 310-314 : étude d'un aspect très partiel d'un phénomène qui mérite une recherche approfondie.

59 J'utilise le concept de «rituel» dans le sens précisé par Max Gluckman, *Politics, Law and Ritual in Tribal Society*, Chicago, Aldine, 1965. Voir aussi Victor M. Turner, *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*, Londres, Penguin Books, 1969.

cepter le mythe selon lequel la nation fournirait des chances égales à tous les citoyens, alors même qu'ils apprennent simultanément à reconnaître à tout instant à quelle classe sociale précise ils appartiennent. Plus une société compte d'écoles, plus il y a de gens qui, d'une manière ou d'une autre, en viennent à croire au progrès de tout le monde, alors même qu'on a pu montrer que la principale production de l'école est celle d'une hiérarchie de recalés⁶⁰. De la même façon, les rituels de la médecine font croire aux gens que les traitements qu'ils subissent feront du bien à leur santé, alors même que leur résultat le plus clair est de les priver de la volonté d'exercer un contrôle sur leurs conditions de travail et d'habitat.

Je me suis trouvé par hasard à Rio de Janeiro et à Lima quand le docteur Christian Barnard y faisait sa tournée. Cette même année, une commission de juristes avait signalé que la police brésilienne venait d'installer des appareils de résurrection dans ses centres de torture. La vedette médicale réussit dans l'une et l'autre ville à remplir par deux fois le plus grand stade de football d'une foule hystérique qui acclamait son habileté macabre à échanger des cœurs humains. Ce type de traitement miracle a un impact à l'échelle mondiale, et son effet aliénant atteint des gens qui n'ont aucune chance d'être admis un jour dans une clinique de quartier, encore moins dans un hôpital. Cependant, ces « percées » leur fournissent l'assurance abstraite que la science fait des progrès dont un jour ils pourront eux aussi bénéficier. Lorsque les soins et la guérison deviennent le monopole d'organisations ou de machines, inévitablement la thérapeutique se transforme en rituel macabre.

Ce serait insulter le sorcier guérisseur que de voir en lui l'ancêtre du médecin moderne. C'est en fait l'ancêtre de tous nos professionnels modernes. Il combinait et transcendait des fonctions qui sont maintenant perçues comme étant techniques, religieuses, légales et magiques. Nous n'avons plus de mot pour désigner un personnage aussi complexe⁶¹.

L'homme moderne se trompe lorsqu'il croit que les métiers peuvent être spécialisés à volonté⁶². Les professionnels ont tendance à agir comme si les résultats de leur activité se limitaient à ceux qui ont un caractère vérifiable de façon opératoire. Les docteurs guérissent, les enseignants enseignent, les ingénieurs transportent les gens et les choses. Les économistes fournissent une explication plus unitaire de l'activité des spécialistes lorsqu'ils les traitent

60 J'ai développé ce thème dans : Ivan Illich, « Le rite du progrès », in *Une société sans école*, chap. 3.

61 Erwin H. Ackerknecht, « Problems of primitive medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, XI, 1942, p. 503-521.

62 Sur ce thème, voir André Gorz, *Critique de la division du travail* (dernier chap.), Paris, Seuil, 1973.

tous en tant que « producteurs ». Ils ont imposé aux membres des professions libérales, souvent contre leur gré, la conscience d'être tous, de quelque façon, des « travailleurs ». Les sociologues n'ont cependant pas encore réussi à rendre ces mêmes professionnels conscients du fait qu'en tant que fonctionnaires d'un appareil symbolique ils célèbrent en commun le même rituel et servent les mêmes fonctions magiques. De la même façon que tous les travailleurs contribuent à la croissance du PNB, tous les spécialistes engendrent et soutiennent l'illusion du progrès.

Que les médecins contemporains le veuillent ou non, ils se conduisent en prêtres, en magiciens et en agents du pouvoir politique. Quand un médecin enlève les végétations d'un enfant, il le sépare quelque temps de ses parents, le livre à des techniciens qui parlent une langue qui lui est étrangère, lui inculque l'idée que l'intégrité de son corps peut être violée par des étrangers pour des raisons qu'eux seuls connaissent, et le rend fier d'appartenir à un pays où la Sécurité sociale finance de telles initiations médicales à la vie⁶³. L'effet technique de l'intervention chirurgicale risquée et de valeur douteuse s'efface devant ses effets non techniques.

Quand les médecins ouvrirent boutique à l'extérieur du temple en Grèce, aux Indes ou en Chine, ils prétendirent d'abord qu'ils détenaient un pouvoir rationnel sur la maladie, laissant les guérisons miracles aux prêtres et aux rois. Le pouvoir de guérison miraculeuse avait depuis toujours été attribué aux autorités religieuses, et civiles. Le temple était le lieu de la guérison religieuse. La caste qui avait ses entrées chez les dieux pouvait leur demander d'intervenir dans ses sanctuaires. La cour était l'endroit d'un autre pouvoir guérisseur. Jusqu'au XVIII^e siècle, le roi d'Angleterre imposait les mains chaque année à une partie de ceux que les médecins s'étaient révélés incapables de guérir. En France, depuis le haut Moyen Âge, les malades s'adressaient volontiers au roi qui, lors des grandes fêtes, exerçait un pouvoir miraculeux, identique à celui d'un saint, en touchant du doigt le front des malades et en prononçant une formule rituelle qui leur promettait la guérison⁶⁴. Les épileptiques dont le mal résistait au pouvoir du roi avaient recours à l'attouchement du bourreau⁶⁵. La main qui maniait la lame avait le pouvoir d'exorciser non seulement l'ennemi mais aussi la maladie.

63 S.D. Lipton, « On psychology of childhood tonsillectomy », *Psychoan. Stud. Child.*, 17, 1962, p. 363-417. - Roy Branson, *The Doctor as High Priest*, Hastings Center Studies, 1973.

64 Robert Mandrou, *Introduction à la France moderne, 1500-1640*, Paris, Albin Michel, coll. « L'évolution de l'humanité », 1961 et 1974.

65 Marc Bloch, *Les Rois thaumaturges*, Strasbourg, 1924 ; réédité Paris, A. Colin, 1961.

La distinction entre la guérison miraculeuse et l'application rationnelle de la technique est en train de s'estomper. L'institution médicale réclame aujourd'hui le droit de procéder à des guérisons miracles. Nos sorciers contemporains revendiquent leur autorité sur le patient, même lorsque l'étiologie est incertaine, le pronostic défavorable et la thérapeutique au stade de l'essai. L'espoir d'un miracle médical est leur meilleur rempart contre l'échec, puisque si l'on peut espérer un miracle, on ne peut pas, par définition, compter dessus. Ainsi, dans notre culture médicalisée, les médecins se sont attribué le rôle, jadis réservé aux prêtres et aux souverains, de célébrer avec prodigalité les rituels par lesquels les maladies sont bannies. D'où la fonction des « percées » médicales, qui permettent au médecin moderne de jouer au moins en partie le rôle du sorcier d'autrefois. Quand on les montre à la télévision, les exploits héroïques de la médecine figurent une sorte de danse de la pluie pour des millions de gens. Ce sont des liturgies qui transforment l'espoir réaliste d'une vie autonome en illusion que les médecins donneront à l'humanité une santé toujours meilleure. C'est le rituel médical, célébré par un mage préventif, qui prive l'homme de la jouissance du présent.

L'INVESTISSEMENT THÉRAPEUTIQUE DU MILIEU

Le sixième symptôme de la iatrogénèse sociale peut être caractérisé comme l'élimination du statut de santé par la multiplication illimitée des rôles de malade. Dans toute société, les gens à l'allure ou au comportement étranges constituent une menace tant que leurs traits singuliers n'ont pas été nommés de façon formelle, et tant que leur conduite anormale n'a pas été assimilée à un rôle reconnu. En assignant un nom et un rôle aux déviants qui effraient et qui dérangent, on les transforme en membres d'une catégorie formellement reconnue. Dans les sociétés industrielles, l'anormal a droit à une consommation spéciale. La catégorisation bureaucratique a accru le nombre de ceux qui possèdent ce statut de consommateur exceptionnel au point que les gens qui ne rentrent dans aucune catégorie thérapeutique sont devenus l'exception.

Chaque société possède ses agents mandatés pour reconnaître la nature de la déviance : ils décident si tel individu est possédé du démon, dominé par un dieu, empoisonné, puni pour ses péchés ou victime d'un sort jeté par une sorcière. Les agents en question peuvent appartenir à l'ordre juridique, religieux, militaire ou médical. Dans les sociétés modernes, ils peuvent aussi s'appeler éducateurs, travailleurs sociaux ou idéologues de parti. En cataloguant les déviants, le pouvoir les place sous le contrôle du langage et de la coutume et

transforme ainsi ce qui était une menace pour l'ordre établi en un soutien de cet ordre. Une fois qu'il est posé qu'un épileptique est habité par l'âme d'un mort, chacune de ses crises est une confirmation de la théorie. Cataloguer les déviants revient à étendre le contrôle social sur les forces de la nature et à réduire ainsi l'anxiété de la société.

La définition de la déviance varie d'une culture à l'autre. Chaque civilisation crée ses propres maladies⁶⁶. Ce qui dans l'une est maladie peut être crime, manifestation de sainteté ou péché dans une autre. L'attitude en face de la déviance varie également d'une culture à l'autre. Le même symptôme peut exclure un homme de la société, soit qu'on l'exécute, qu'on l'exile, qu'on l'expose, qu'on l'incarcère ou qu'on l'hospitalise, ou bien attirer sur lui le respect, les aumônes ou les subventions⁶⁷. On peut forcer un voleur à porter certains vêtements, à faire pénitence, comme on peut lui couper les doigts ou le soumettre à un traitement magique ou technique dans une prison ou dans une institution pour kleptomanes.

Pendant les années cinquante, plus particulièrement aux États-Unis, le rôle de malade en est venu à s'identifier presque complètement au rôle de patient⁶⁸. Le malade est devenu quelqu'un que l'on dégage d'à peu près toute responsabilité envers sa maladie. Il n'est ni tenu pour responsable du fait d'être tombé malade, ni censé avoir la capacité de recouvrer la santé de lui-même. La certification médicale de ses symptômes l'exempte des obligations liées à son rôle social, et le dispense de participer à ses activités normales. Il tient un nouveau rôle : celui de déviant légitime. Cette exonération de ses responsabilités habituelles n'est cependant tolérée que dans la mesure où il considère sa maladie comme un état indésirable et recherche une assistance technique dans le système médical⁶⁹. Selon ce modèle de « conduite de malade » des années cinquante, tel que l'a décrit Talcott Parsons, la maladie impose au malade l'obli-

66 Lund Troels, *Gesundheit und Krankheit in der Anschauung alter Zeiten*, Leipzig, 1901. - Bronislaw Malinowski, *Magie, Science and Religion and Other Essays*, New York, Doubleday, Anchor, 1954 (orig. 1925). - Henry E. Sigerist, *Civilization and Disease*, Univ. of Chicago Press, 1970.

67 Sur le « statut de malade », voir J.-P. Valabrega, *La Relation thérapeutique : malade et médecin*, Paris, Flammarion, coll. « Nouvelle bibliothèque scientifique », 1962 et C. Herzlich, éd., *Médecine, maladie et société*, Paris-La Haye, Mouton, 1970.

68 Talcott Parsons, *Illness and the Role of the Physician* (orig. 1948). Pour une construction technique très intéressante qui justifie cette identification, voir Miriam Siegler et Humphrey Osmond, *Models of Madness, Models of Medicine*, New York, Macmillan, 1975.

69 Lawrence J. Henderson, « Physician and patient as a social system », *The New England Journal of Medicine*, vol. CCXII, 1935, p. 819-823 : avait précédé Parsons en attribuant cette fonction au médecin. - David Robinson, *The Process of Becoming Ill*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1971.

gation de se soumettre au service de réparation que prodiguent les docteurs afin de retourner à son travail le plus tôt possible, et on considère que le travailleur est incapable de se remettre tout seul. Par l'identification du rôle de malade à celui de patient pris en charge par un système, la maladie, pour toute une génération, s'est industrialisée.

Le modèle parsonien ne correspond à la réalité que tant que les médecins agissent comme si leurs traitements avaient en général une efficacité et tant que le grand public est désireux de partager cette vision optimiste. C'était le cas jusqu'à tout récemment. Maintenant ce modèle parsonien est devenu inadéquat dans la description d'un système médical qui revendique son autorité sur des gens qui ne sont pas encore malades, sur d'autres qui ne peuvent raisonnablement pas s'attendre à aller bien et sur d'autres enfin auxquels les médecins n'ont pas de traitements plus efficaces à prodiguer que ceux que leur propre femme ou leur tante pourraient leur offrir.

Le rôle du médecin est devenu quelque chose de très mal défini⁷⁰. Les professions de santé produisent maintenant un amalgame de services cliniques, de médecine scientifique et de gestion technique de la santé publique. Les médecins ont affaire à des clients qui tiennent simultanément plusieurs rôles à chacun de leurs contacts avec l'institution médicale. Ils sont transformés en patients que la médecine teste et répare, en administrés dont la santé est prise en charge par une bureaucratie médicale et en cobayes sur lesquels la science médicale pratique des expériences⁷¹. Le pouvoir médical de conférer le rôle de malade a été dissous par la prétention de délivrer des soins universels. La santé a cessé d'être cette propriété naturelle dont chaque homme est présumé doté tant que la preuve n'a pas été faite qu'il est malade, et elle est devenue ce rêve inaccessible, cette promesse toujours lointaine à laquelle chacun peut prétendre en vertu des principes de justice sociale.

L'émergence d'un conglomérat médical professionnel a rendu le rôle de patient infiniment élastique. Le pouvoir médical de certifier que quelqu'un est malade a été remplacé par la présomption bureaucratique du gestionnaire de la santé publique qui classe les gens en fonction de l'importance et de la nature de leurs besoins thérapeutiques. L'autorité médicale s'est étendue à la planification généralisée des soins, à la détection précoce, aux thérapeutiques

70 Nils Christie, «Law and medicine: the case against role blurring», *Law and Society Review*, 5 (3), février 1971, p. 357-366.

71 René Fox, *Experiment Perilous. Physicians and Patients Facing the Unknown*, Glencoe, Ill., Free Press, 1959: étudie la situation d'un groupe de malades qui sont conscients d'être les sujets d'expériences médicales.

préventives et de plus en plus au traitement des incurables. Les gens en sont venus à reconnaître ce nouveau droit des professionnels de la santé à intervenir dans leur vie au nom de leur propre santé. Dans une société morbide, l'environnement est recomposé de telle sorte que la plupart des gens perdent en de fréquentes circonstances leur pouvoir et leur volonté de se suffire à eux-mêmes, et finalement en viennent à croire que l'action autonome est impraticable. La médecine moderne a commencé par contrôler la taille de son marché et maintenant son marché n'a plus de limites. Des gens qui ne sont pas malades en arrivent à se livrer à l'institution médicale pour le bien de leur santé à venir. Résultat : une société morbide qui exige une médicalisation universelle et une institution médicale qui certifie une morbidité universelle. René Lenoir⁷² résume la situation en ces termes :

« Dire qu'une personne est inadaptée, marginale ou asociale, c'est constater simplement que dans la société industrialisée et urbanisée de la fin du xx^e siècle cette personne, en raison d'une infirmité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pourvoir à ses besoins, ou exige des soins constants, ou représente un danger pour autrui, ou se trouve ségréguée. [...] C'est la société qui multiplie les causes d'inadaptation physique, mentale et sociale et qui rend nécessaire ensuite la dépense de sommes fantastiques pour soigner, réinsérer ou maintenir en vie les inadaptés. [...] Cette entreprise est financée par des cotisations sociales que l'on peut assimiler à un impôt régressif sur les revenus ou aux impôts indirects qui, en France, rapportent six fois plus que l'impôt progressif sur les revenus. [...] Dans une telle société qui multiplie les inadaptés [...] la socialisation est proportionnellement plus financée par les revenus moyens et faibles que par les revenus élevés [...] alors que la consommation de soins bénéficie moins aux handicapés, même à égalité de dépense. »

Dans une société morbide prévaut l'idée qu'une mauvaise santé définie et diagnostiquée est infiniment préférable à toute autre forme d'étiquetage négatif. Cela vaut mieux que d'être catalogué comme criminel ou comme déviant politique, comme paresseux, comme tire-au-flanc⁷³. De plus en plus de gens savent dans leur subconscient qu'ils sont fatigués et malades de leur travail et de leurs loisirs passifs, mais ils veulent qu'on leur mente et qu'on leur

72 René Lenoir, *Les Exclus : un Français sur dix*, Paris, Seuil, 1974.

73 Le droit effectif au statut de patient devient un signe de progrès social. Depuis 1926, jamais plus de 5 millions de journées par année n'ont été chômées en Angleterre pour fait de grève. Depuis 1968, chaque année, on chôme 300 millions de journées pour cause de maladie. Office of Health Economics, *Off Sick*, Londres, OHE, 1971.

dise que la maladie physique les exempte de toute responsabilité politique et sociale. Ils veulent que leur docteur se comporte comme un homme de loi et comme un prêtre. En tant qu'homme de loi, le médecin exempte le patient de ses devoirs normaux et lui permet de retirer de l'argent des fonds d'assurance qu'il a été obligé de constituer. En tant que prêtre, le médecin se fait le complice du patient dans la création d'un mythe selon lequel ce dernier ne serait que la victime innocente de mécanismes biologiques, et non le déserteur paresseux, cupide ou envieux d'une lutte sociale dont l'enjeu est la maîtrise des instruments de production. La vie sociale se résume à organiser et à subir des thérapeutiques médicales, psychiatriques, pédagogiques ou gériatriques. Revendiquer le traitement devient un devoir politique⁷⁴ et le certificat médical un moyen puissant de contrôle social.

Avec le développement du secteur thérapeutique de l'économie, une proportion croissante de gens en viennent à être perçus comme déviants par rapport à quelque norme désirable et donc comme clients qui peuvent soit être soumis à une thérapeutique qui vise à les rapprocher des normes de fonctionnement établies, soit être assemblés dans des environnements spécialisés conçus pour leur déviance. Franco Basaglia⁷⁵ fait remarquer qu'au premier stade du processus les malades sont exemptés de la tâche de produire. Le droit du malade à réclamer des privilèges se généralise. À l'étape suivante de l'expansion industrielle, une majorité de gens en viennent à être catalogués comme déviants ayant besoin d'une thérapie. Quand cela se produit, la distance qui sépare le malade du bien-portant est de nouveau réduite. Dans les sociétés industrielles avancées, on reconnaît comme autrefois au malade un certain niveau de productivité, qui, sous la pression des syndicats, lui était refusé à une étape antérieure de l'industrialisation. À une époque où tout le monde est devenu patient d'une manière ou d'une autre, le travail salarié acquiert des caractéristiques thérapeutiques. L'éducation sanitaire à vie, les conseils, examens et soins du bureau d'hygiène sont devenus partie intégrante de la routine de l'usine ou du bureau. Les relations thérapeutiques ont investi toutes les relations productives et leur donnent une nouvelle saveur. La médicalisation de la société industrielle renforce son caractère impérialiste et autoritaire.

74 Peter Sedgwick, « Illness - mental and otherwise » (chapitre d'un livre à paraître chez Harper & Row), *Hastings Center Studies*, vol. I, n° 3, 1973, p. 19-40.

75 Franco Basaglia, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, Turin, Nuovo Politecnico 43, Einaudi, 1971.

Les deux dimensions de la contre-productivité institutionnelle

La médicalisation de la vie n'est qu'un aspect de la domination destructrice que le développement industriel exerce sur notre société. La surmédicalisation n'est qu'un exemple particulièrement pénible des frustrations engendrées par la surproduction. Pour pénétrer le vrai sens de la iatrogenèse sociale, il faut la saisir dans son contexte socio-économique général.

Pendant un siècle on a cru que le niveau de vie et l'extension du bien-être dépendaient de l'accès aux produits industriels. Il est maintenant évident que si l'on ajoute aux coûts de production les effets secondaires non désirés de la plupart des institutions, celles-ci apparaissent non comme des outils de progrès mais comme les obstacles principaux à la réalisation des objectifs qui précisément constituent leur but manifeste et technique.

La conscience qu'a le public de ce danger de surproduction est pour l'instant limitée aux entreprises industrielles qui transforment de grandes quantités de matières premières et d'énergie. Il est devenu inévitable d'accepter un ralentissement immédiat de leur taux de croissance, il est devenu nécessaire de prévoir une inversion de ce taux et une réduction du volume total de production, il est devenu évident que l'équité dans l'accès aux biens que ces entreprises produisent ne peut être réalisée que si l'on réduit considérablement la quantité de matières premières et d'énergie que contient chaque unité produite. Dans le débat politique et technologique, un nouveau thème acquiert très rapidement une importance de premier plan : comment assurer la survie des sociétés industrielles sans y exacerber ni les inégalités ni le contrôle social.

Cette attention à la nécessité de limiter la croissance de la production de biens a distrait l'attention d'un danger parallèle, celui que constitue la croissance du secteur des services. On néglige généralement de voir que la limitation de la croissance de ce secteur est tout autant inscrite dans les faits que celle du secteur des biens. La plupart des auteurs qui traitent de ce que pourra être l'avenir à l'horizon 1980-1990 sont tout aussi aveugles à la nécessité d'une

limitation de la croissance des institutions productrices de services que pouvaient l'être la plupart des économistes des années cinquante devant les limites que les entreprises productrices de biens allaient trouver à leur croissance vers la fin des années soixante. En fait, la plupart de ceux qui, aujourd'hui, militent en faveur de limitations imposées à la croissance plaident pour un transfert de main-d'œuvre, de ressources financières et de privilèges du secteur des biens matériels à ces institutions qui produisent l'éducation, la santé et d'autres formes de bien-être social assurées par des professionnels. Que leurs recommandations passent dans les politiques suivies, et un seul résultat peut en découler : l'aggravation de la crise présente.

Nous vivons à une époque où l'apprendre est programmé, l'habiter urbanisé, le déplacement motorisé, les communications canalisées et où, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, presque un tiers des denrées alimentaires consommées proviennent de marchés éloignés. Dans une société surindustrialisée à ce point, les gens sont conditionnés à obtenir des choses et non à les faire. Ce qu'ils veulent, c'est être éduqués, transportés, soignés ou guidés plutôt que d'apprendre, de se déplacer, de guérir et de trouver leur propre voie. Ce qui peut être fourni et consommé décline ce qui peut être fait. Le verbe « guérir » tend à être exclusivement utilisé dans son emploi transitif. « Guérir » n'est plus compris comme l'activité du malade et devient de plus en plus l'acte de celui qui prend en charge le patient. Quand ce tiers apparaît et fait payer ses prestations, « guérir » subit une première transformation et, de don, devient marchandise. Quand le thérapeute devient scolarisé, « guérir », d'un simple service, devient un ministère professionnel. Quand le sens transitif domine le langage, le fonctionnaire pourvoyeur de guérison obtient le monopole. Ce qui était abondant, gratuit et de grande valeur devient quelque chose qui, par définition, est rare, a un coût monétaire de production et un prix de marché. Guérir n'est plus alors une activité mais une marchandise.

La médicalisation de la vie apparaît donc comme partie intégrante de son institutionnalisation industrielle. Les sous-produits non désirés de la médecine ne sont qu'un aspect particulièrement représentatif de la crise profonde et générale qui affecte les entreprises majeures. Les écoles produisent de l'éducation et les véhicules motorisés produisent de la locomotion de la même manière que la médecine produit des soins. Chaque industrie arrive à dominer son secteur et à faire accepter ses outputs comme des produits de première nécessité qui ont toutes les caractéristiques de marchandises industrielles.

La valeur totale d'un kilomètre-passager, celle d'une année d'éducation au lycée ou celle d'une colostomie sont plus ou moins les mêmes, que ces ser-

vices soient vendus sur un marché ou distribués hors marché par une institution centralisée. Leurs coûts de production peuvent être ajoutés ou retranchés du PNB, leur rareté se traduire en termes de valeur marginale, et leur prix s'établir en équivalents monétaires. Chacune de ces marchandises est disponible en quanta dont les coûts unitaires pour la collectivité croissent par sauts importants, même s'il n'en paraît rien et que le prix du marché ne reflète qu'en partie ce que l'objet de pointe a coûté au contribuable. La raison en est que plus le coût d'une marchandise est élevé, plus il est masqué par le fait qu'une partie croissante en est exportée sur d'autres systèmes et n'apparaît pas dans son prix - c'est ce que les économistes appellent une « externalité ». Le prix que paie un consommateur pour parcourir un kilomètre peut être *grosso modo* le même s'il le fait sur la route ou dans les airs, alors que le véritable coût social et écologique est en corrélation étroite avec la vitesse de pointe du véhicule utilisé. Les loyers en banlieue et dans le centre de la ville peuvent ne varier que de 1 à 2, mais les impôts à percevoir pour financer les moyens rendant accessibles les appartements les mieux ou les plus mal situés sont dans un rapport considérablement supérieur. L'éducation, les transports et la médecine de qualité supérieure se comportent comme des marchandises, mais seulement dans la proportion de leur coût qui - telle la partie visible d'un iceberg - apparaît sur le marché ou dans les comptes des planificateurs.

Les marchandises en question n'apparaissent pas seulement en niveaux quantiques discrets, ces niveaux, de plus, sont hiérarchiquement ordonnés. L'accès au niveau le plus élevé, qui est aussi le plus coûteux, suppose en général que le consommateur a déjà eu accès au système à un niveau plus bas. Le chemin de l'université passe par le lycée, de la même façon que le chemin de l'hôpital passe par le médecin de ville ou la consultation externe, ou encore que le chemin de l'aéroport est une autoroute financée par les contribuables. Dans chaque domaine, ce qu'une marchandise contient d'argent public et de nuisances croît exponentiellement avec son prix. Les rares consommateurs qui ont gagné le gros lot dans une tombola gagnent automatiquement les autres gros lots. Ils sont transportés en hélicoptère vers la salle d'opération, l'accès à la faculté leur donne accès à l'ordinateur. Peu importe s'ils vivent dans un système où c'est le porte-monnaie qui ouvre l'éventail des choix ou dans un autre où ce sont les professionnels qui décident de l'affectation des bancs d'école, des traitements médicaux ou des places d'avion.

Le rapport entre le coût de formation d'un médecin péruvien et la somme moyenne qui est consacrée à l'éducation d'un paysan est considérable : 6000 selon mes estimations, 750 selon ceux qui me critiquent le plus sévèrement.

Une fois que cette somme a été dépensée pour l'éducation de quelqu'un, son capital de savoir ne peut qu'être publiquement apprécié et protégé. La part du stock international de savoir inscrite sur son certificat scolaire lui donne automatiquement droit à des volumes disproportionnés de voyages internationaux, d'équipements lui permettant de gagner du temps dans son travail et de soins médicaux pour le maintenir productif. Les outputs industriels ne sont pas seulement des valeurs emballées par le « designer », conditionnées pour le marché et disposées en pyramide par strates de produits de même niveau de qualité. Les gros paquets qui sont au sommet de cette pyramide portent presque tous sur leur étiquette les quelques mêmes adresses. Entre son bureau au dixième étage et sa datcha équipée pour recevoir des visiteurs étrangers, le PDG voyage en voiture de service - peu importe si celle-ci est payée par une compagnie multinationale ou par une agence soviétique. Plus une société dépend d'une production de masse de biens et de services qui deviennent ses denrées principales, plus il est probable que ces denrées seront groupées en lots indivisibles par des bureaucrates, que leur utilisation conjointe deviendra obligatoire, que les privilèges de ceux qui consomment ou produisent les denrées les plus coûteuses seront accrus, que la possibilité d'agir d'une façon différente disparaîtra et que les privations du consommateur de base seront aggravées par l'apparition d'un nouveau type de discrimination à son égard. Dans une société scolarisée, la plupart des individus n'ont pas la possibilité d'entrer à l'université, et en même temps leur savoir d'autodidacte est dévalorisé. Dans une société construite autour de ses autoroutes, la plupart des individus ne voyagent pas en avion et en plus leur capacité de se mouvoir à pied ou à bicyclette est sérieusement entravée. Dans une société organisée autour de ses salles d'hôpital, la plupart des gens n'ont pas accès aux traitements que les médecins exigent pour eux-mêmes et simultanément les remèdes de grand-mère sont dénigrés, abandonnés et retirés du marché. Ces caractéristiques sont inscrites dans les fondements mêmes du mode industriel de production. L'impuissance, l'avilissement, la déchéance et l'emprisonnement du consommateur dans des contraintes de plus en plus sévères accroissent l'oppression d'un plus grand pourcentage de la population à mesure que plus de besoins de base sont définis et satisfaits sur le principe que les gens doivent recevoir les choses et non pas les faire eux-mêmes. La mise sur pied d'une politique sociale ne peut se faire que si l'on établit des sauvegardes pour protéger les gens de la production et de la consommation obligatoires d'un encombrement de bien-être programmé, qu'il prenne la forme du transport, de l'éducation ou du médicament.

Il est grand temps de reconnaître que l'éducation produite par l'école, le transport produit par les véhicules à moteur et les soins produits par la médecine sont les outputs d'un mode de production coûteux en capital investi soit dans le matériel, soit dans le savoir de l'élément producteur. Chacun de ces produits fait concurrence à une valeur d'usage dont les gens jouissent depuis toujours de façon autonome : les gens apprennent en observant et en agissant; ils se déplacent par leurs propres moyens, ils guérissent, ils prennent soin de leur santé et de celle des autres. La plupart des valeurs d'usage ainsi produites sont inaliénables sur un marché. L'action d'apprendre, de se déplacer, de guérir n'apparaît pas dans le PNB. Il s'agit de valeurs essentielles à la vie, produites par ceux-là mêmes qui en jouissent et distribuées à peu près également dans l'ensemble de la population. Les gens apprennent leur langue maternelle, se déplacent avec leurs pieds, aiment et ont des enfants, recouvrent l'usage d'une jambe cassée, préparent la nourriture, et ils font toutes ces choses avec plus ou moins la même compétence et le même plaisir. Ce sont des activités limitées par nature qui, la plupart du temps, ne sont pas entreprises pour de l'argent et bien souvent ne peuvent pas l'être.

Pendant la plus grande partie de l'histoire de l'humanité, la production de ces valeurs d'usage a eu plus d'importance que la production de marchandises à l'aide d'outils de grande taille. Pour la survie et le bien-être, les efforts intelligents du producteur autonome se sont révélés plus décisifs que les équipements complexes ou les contrôles bureaucratiques. Non seulement la plupart des gens avaient appris par eux-mêmes la plupart des choses qu'ils savaient, mais aussi la plupart des familles cultivaient la plus grande partie de ce qu'elles mangeaient. Jusqu'à très récemment, pour l'ensemble du monde, à l'exception peut-être de 1 %, toute la nourriture consommée était produite en famille. En dehors des places fortes et de quelques ports, aucune denrée alimentaire à l'exception du sel, du poivre et parfois d'un troupeau de bêtes ne provenait d'une région que l'on ne pût apercevoir du clocher de l'église. L'existence de lois au XVIII^e siècle pour contrôler la circulation du bétail à l'intérieur des villes et les études consacrées aux jardins intra-muros de l'époque montrent clairement que seuls les militaires, les bandits et les mendiants obtenaient toute leur nourriture du marché, que ce soit par des achats, par le vol ou par des aumônes. La véritable efficacité de ce mode de production domestique, autarcique, autolimitant et régional mettait des bornes à l'exigence d'une production de masse.

Dans toutes les sociétés postnéolithiques, deux modes de production, que j'appellerai mode de production autonome et mode de production hétéronome,

ont toujours concouru à la réalisation des objectifs sociaux majeurs. Ce n'est qu'à notre époque que ces deux modes de production sont entrés en conflit d'une façon de plus en plus vive¹. Quand la plupart des besoins de la plupart des gens sont satisfaits par un mode de production domestique ou communautaire, l'écart entre les aspirations et les gratifications tend à être étroit et stable. Apprendre, se déplacer, guérir sont les résultats d'initiatives grandement décentralisées, d'inputs autonomes produisant des outputs limités par nature. Dans ces conditions d'existence, l'outillage de la société détermine les besoins que l'application de ces mêmes outils peut aussi satisfaire. Les gens, par exemple, savent sur quoi ils peuvent compter quand ils tombent malades. Quelqu'un dans le village ou dans la ville proche connaît tous les remèdes qui ont donné un résultat dans le passé et, au-delà, c'est le domaine surnaturel et imprévisible du miracle. Jusque vers la fin du XIX^e siècle, même dans les pays occidentaux, la majorité des familles appliquaient elles-mêmes la plupart des thérapeutiques qui étaient connues. Apprendre, se déplacer, s'abriter, guérir étaient des activités que chacun accomplissait seul, avec sa famille ou avec les voisins.

Dire que la société préindustrielle favorisait l'autonomie et l'équité à un degré inconcevable dans la société dominée par l'instrument hétéronome ne veut pas dire que l'exploitation ou l'inefficacité n'y étaient pas généralisées. Le rapport de domination de l'homme par l'homme, inscrit dans le système politique de chaque société préindustrielle, détermine le degré auquel le produit autonome y est exproprié par l'usage de la force physique, le rituel, le salaire ou l'impôt. Également, bien souvent, le niveau de productivité globale est abaissé par le manque de développement technique de l'outillage disponible ou par l'imposition de la technologie d'une culture conquérante inadaptée au milieu et aux traditions de la population. L'exploitation politique et l'inadaptation écologique des moyens de production ont été bien étudiées, l'étude de la paralysie de la productivité autonome par l'essor de la consommation de biens produits de manière hétéronome mérite de l'être tout autant. Les études disponibles se bornent à constater la substitution de marchandises industrielles aux marchandises artisanales, l'élimination du rouet par le métier mécanique. La recherche présente est aveugle à l'étranglement de la production des valeurs d'usage qui, par leur nature, ne peuvent être échangées sur un

1 L'idée que l'intensité productrice puisse être en relation inverse avec la capacité productive est suggérée par A.V. Chayanov, *Theory of Peasant Economy*, 1926 (Irwin, 1966). - Marshall Sahlins, *Stone Age Economics*, Chicago, Aldine, 1972. - Karl Marx, *Grundrisse*, 1857. - Voir aussi Marcel Mauss, « Essai sur le don », in *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 1973 et Philippe d'Iribarne, *La Politique du bonheur*, Paris, Seuil, 1973.

marché. Sans doute, le produit industriel peut rendre plus efficace l'action et plus indépendant l'acteur. C'est le cas des bicyclettes, des livres et des antibiotiques, qui peuvent d'ailleurs être produits plus efficacement d'une manière industrielle. De même, la production autonome peut être complétée par des outputs industriels comme les véhicules motorisés qui permettent de dépasser le niveau de mobilité des bicyclettes, à condition qu'ils ne distordent pas l'espace dans lequel ces dernières évoluent. Le secteur industriel peut contribuer, et contribue de fait, à l'efficacité atteinte tant par le mode autonome que par le mode hétéronome de production. Mais ce qui en général n'est pas vu, c'est que le mode de production autonome est, dans les sociétés industrielles et conformément à leur logique, entravé, dévalorisé et bloqué par une nouvelle configuration des aspirations, des lois et des environnements qui favorise exclusivement l'expansion croissante des industries et des professions.

L'apprentissage est d'autant plus aisé que la structure du milieu est diaphane et encourage la curiosité, mais il est également facilité par l'instruction formelle. L'efficacité du secours au blessé dépend de la compétence de ceux qui assistent à l'accident et administrent les premiers soins mais aussi de la qualité du service dans la salle d'opération. Les possibilités de rencontres entre les gens dépendent de l'organisation spatiale de l'habitat mais aussi des moyens de transport. La valeur de l'outillage global dépend de son aptitude à intégrer les programmes de production hétéronomes aux actions spontanées et personnelles des gens.

En conséquence, la notion d'efficacité globale dans la satisfaction des besoins doit être nettement distinguée de la notion d'efficacité qui prévaut dans les calculs de la production et de la distribution des produits industriels. Sauf à l'intérieur d'une certaine fourchette, les deux types d'efficacité se trouvent en conflit. Les instruments de mesure qui ont été forgés pour évaluer les performances atteintes dans le domaine hétéronome ne sont d'aucun secours pour apprécier le degré de réalisation globale des objectifs sociaux fondamentaux. Une augmentation du volume des transports ne dit rien sur la possibilité qu'ont les gens de se rencontrer. Un accroissement des dépenses médicales ne donne pas d'indication sur l'évolution de l'état de santé, même si la mortalité baisse en conséquence.

Quand le mode industriel de production se développe dans une société donnée, les instruments dominants mis au point pour mesurer sa croissance ignorent à coup sûr les valeurs produites par le mode autonome. Les statistiques sur le niveau d'instruction donnent le nombre d'individus qui ont été soumis à l'éducation en série, mais pas le nombre de ceux qui ont appris à

lire. Les passagers des autobus mexicains en sont une bonne illustration. Les avocats, les médecins et les comptables ne les prennent pas. Certains des passagers qui lisent sont des étudiants. La plupart des adultes qui lisent avec une attention soutenue plongent leur nez dans des brochures telles que la bande dessinée politique et instructive *Los Supermachos* ou *Los Agachados*, qui informe sur l'abus médical des produits pharmaceutiques ou l'abus psychiatrique des idées de Freud. Ce sont dans leur grande majorité des gens qui ne sont jamais allés à l'école ou qui n'ont pas terminé leurs cinq années d'école obligatoire. Les tableaux statistiques n'indiquent pas qui apprend plus et qui apprend moins. Encore moins distinguent-ils entre ceux qui sont conditionnés à déchiffrer les instructions et la publicité et ceux qui sont curieux et qui prennent plaisir à lire des historiettes sentimentales. De la même façon, les statistiques de circulation donnent le nombre de kilomètres-passagers. Elles sont parfois ventilées par classes de résidence, de revenu, de véhicule et d'âge. Elles n'indiquent pas ceux qui sont les maîtres et ceux qui sont les esclaves de la circulation, ceux qui perdent leur temps en attendant l'autobus et ceux en faveur desquels l'espace a été déformé par la vitesse. Toute tentative d'évaluer l'efficacité d'un système social en termes monétaires et en distribution du pouvoir d'achat est condamnée à l'échec. Il manque aux indicateurs économiques, par définition, le pouvoir de chiffrer la valeur d'usage des actions autonomes qui ne peuvent pas être remplacées par un bien ou un service marchand. De plus, les mesures de consommation et d'accès ne sont d'aucune utilité à qui veut connaître ceux qui sont entravés et ceux qui sont stimulés dans leur volonté de faire des choses eux-mêmes.

L'efficacité atteinte par une société dans la poursuite de ses objectifs sociaux dépend du degré de synergie entre les deux modes de production, le mode autonome et le mode hétéronome. Elle dépend de la façon dont le produit de l'ingénieur et du bureaucrate s'engrène sur les valeurs d'usage produites de façon autonome. Elle dépend de la mesure dans laquelle la combinaison d'une prise en charge de soi-même et d'interventions médicales, de l'autoapprentissage et de l'instruction par des tiers, de la marche à pied et du transport par véhicule, donne un résultat non seulement plus grand mais également plus satisfaisant que le recours au seul mode autonome.

Les applications techniques des découvertes scientifiques peuvent accroître la productivité de chacun des deux modes. Le pneumatique et le roulement à billes peuvent accroître la puissance tant des gens que des moteurs, mais seulement en deçà du point auquel les véhicules commencent à créer pour tous des distances quotidiennes que seuls des individus transformés en passagers

peuvent franchir. Tant que des innovations techniques améliorent à la fois la production autonome et la production hétéronome, la synergie sociale positive entre les deux s'accroît. Le roulement à billes qui rend possible la bicyclette augmente la « vitesse généralisée » dans une société, mais seulement tant que dans cette société la vitesse de pointe et le volume des moyens de transport motorisés sont limités. Dès que le mode hétéronome est privilégié au-delà d'un certain point, il s'établit un monopole radical sur le procédé de production dans son ensemble et dès lors la croissance des inputs hétéronomes ne se traduit plus que par un déclin de la synergie productive. Cette synergie devient bientôt négative et aboutit à un phénomène paradoxal de contre-productivité qui se développe en boule de neige. Chaque institution produit plus de barrières à la réalisation de son objectif que de facilités pour l'atteindre. À chaque accroissement du produit correspond un éloignement du but qui déclenche un redoublement de l'effort. Cette programmation du contresens est le fondement de la notion de Némésis industrielle. Je me propose de la développer dans le dernier chapitre. Provisoirement, je désigne l'ensemble de la contre-productivité par le terme de contre-productivité globale. Elle est le résultat de la conjugaison de plusieurs phénomènes qu'il faut très nettement distinguer si l'on veut comprendre ce comble de l'antiéconomie.

Le premier phénomène à la base de la contre-productivité globale est l'inflation, à laquelle il faut ajouter les gaspillages et les nuisances, toutes choses qui exigent des mesures de protection. Le deuxième phénomène est l'anéantissement de la productivité hétéronome spécifique d'une institution dû à son encombrement par son propre produit. Le troisième est l'expropriation du pouvoir d'action personnel qu'opère l'expansion de l'institution hétéronome. L'envahissement de la société par des externalités, la contre-productivité spécifique des institutions par les encombrements et la réduction à l'impuissance de l'être humain par l'impact contre-productif paradoxal du secteur hétéronome sont trois phénomènes qui se manifestent simultanément dans la contre-productivité globale.

C'est une chose de dire qu'un système de transport détruit l'environnement, menace la santé, entraîne une polarisation sociale, crée des coûts croissants dans l'éducation, la police, les hôpitaux, la justice. Ce sont là des symptômes de surproduction de saletés et de déchets jetés sur la voie publique, d'ordures de l'industrie qui se transforment en matière première pour les éducateurs, les flics, les médecins, les magistrats et autres chiffonniers, qui en vivent. Les nuisances qui justifient les grandes institutions sont ce que les économistes appellent des externalités. Le restaurant pour le moment fait encore de la

bonne cuisine, mais les contributions directes et indirectes ne suffisent plus à payer les égoutiers, les ramoneurs, les éboueurs qui s'escriment à débayer les déchets qui bloquent l'entrée.

C'est une deuxième chose de dire que tous les véhicules, quelle que soit la façon dont ils sont construits, sont inévitablement chronophages, qu'ils dévorent et paralysent la société dès qu'ils se déplacent au-delà d'une certaine vitesse. La circulation consomme alors plus d'espace qu'elle n'en réduit. Elle produit plus de distance qu'elle n'en parcourt. Elle empêche de se rencontrer plus de gens qu'elle n'en met en communication. L'effet négatif de la surproduction consiste en une frustration dont la programmation réside dans l'objectif même que s'est fixé l'institution. On ne peut plus alors parler simplement de détrit (externalisables), mais d'une forme d'entropie qui est spécifique à l'institution, qui s'oppose directement à son dessein et que par définition une autre institution ne pourrait compenser. La vitesse des véhicules est accrue pour leur permettre des gains de temps dans le franchissement d'une distance donnée. Quand cette accélération des véhicules et de quelques passagers privilégiés en vient à réduire la distance que le citoyen moyen peut parcourir en une unité de temps, tout en accroissant le temps total que la société doit consacrer aux déplacements, alors il est loisible de dire que l'accélération a produit un effet paradoxal. Il ne s'agit plus d'un coût social produit par des ordures, mais d'une contre-productivité spécifique qui bloque le producteur. Chaque voiture qui s'ajoute à la circulation du boulevard périphérique aux heures de pointe augmente le temps pendant lequel des milliers d'autres voitures sont obligées de s'y traîner. Résultat : chaque voiture additionnelle ralentit la circulation de telle manière qu'elle augmente le temps global passé sur l'autoroute par les autres véhicules de cent fois le temps qu'elle y passe elle-même ; chaque voiture est obligée de consommer quarante-cinq minutes pour un trajet qui une heure plus tôt aurait pu se faire en quinze minutes. Ce qui se produit entre voitures individuelles sur l'autoroute se produit également à un niveau supérieur entre différents systèmes de transport. Au-delà d'un seuil de vitesse de pointe des véhicules, les transports deviennent contre-productifs et, de plus, la « vitesse généralisée » du passager baisse². C'est la contre-pro-

2 J.-P. Dupuy, « Pour une critique radicale de la société industrielle », *Esprit*, novembre 1974 : distingue deux niveaux de contre-productivité spécifique dans le système hétéronome des transports : 1) la contre-productivité sur l'objectif explicite du système : le temps passé effectivement à se déplacer croît et la vitesse effective de déplacement décroît lorsque les performances techniques des moyens dont l'objectif manifeste est de faire « gagner du temps » croissent au-delà d'un certain point ; 2) la contre-productivité appréciée selon un indicateur qui, bien que ne constituant l'objectif manifeste d'aucun acteur social, étant donné la division du travail dans la société considérée,

ductivité spécifique qui s'installe dans un secteur après l'autre. Ce sont les pompes qui font couler le bateau.

C'est une troisième chose de dire que le monopole d'un produit hétéronome prive les personnes de toute capacité d'accomplir par leurs propres forces une action homologue. C'est le cas quand le système des transports empêche la circulation à pied ou quand le système médical empêche l'autorégulation des organismes. Ce n'est ni le dommage réparable ni le blocage par encombrement, mais un tort fait directement à la personne humaine par l'empoisonnement de la production. L'activité se paralyse. C'est ce que j'appelle la contre-productivité paradoxale. L'externalité *sui generis* des systèmes hétéronomes qui cause l'immobilité, l'ignorance et la maladie paradoxales s'est accrue depuis quelques décennies. Maintenant qu'elle se conjugue avec une croissante contre-productivité spécifique interne à nos institutions, elle devient radicale et imposante ; l'homme est exploité par un transport chronophage qui en plus annule la valeur d'usage de la mobilité que lui permettent ses pieds ; l'homme est exploité par une médecine iatrogène qui en plus paralyse son pouvoir de réaction.

Les sous-produits non désirés de la croissance des institutions sont apparus successivement dans la plupart des entreprises collectives majeures. En premier lieu, la contre-productivité interne des grandes branches de l'industrie reste inaperçue. L'attention du public et l'analyse des économistes se concentrent sur les prix qui montent, le rendement qui baisse, le gaspillage représenté par l'obsolescence programmée, les externalités de plus en plus coûteuses, certaines formes d'externalités irrémédiables tels la pollution à long terme et l'épuisement des ressources naturelles. Ce premier cycle de critiques des institutions est en train de s'épuiser. Actuellement, la critique de pointe s'oriente vers la contre-productivité par encombrement. Cette critique restera inachevée et contre-productive si elle s'arrête à l'analyse du blocage interne du secteur hétéronome, sans s'apercevoir que l'expansion de ce secteur a progressivement écrasé le secteur autonome et l'anéantit souvent avant même que la production hétéronome soit bloquée par son propre encombrement.

La plupart des grandes institutions ont récemment atteint le stade de leur évolution dans lequel le blocage interne se conjugue avec l'abolition de toute valeur d'usage dans le secteur autonome homologue. C'est le stade de la contre-productivité globale. Dans beaucoup de cas, les avocats d'une pour-

reste calculable par un quelconque expert ou planificateur : le temps « généralisé » correspondant croît dans les mêmes conditions. Voir Ivan Illich, *Énergie et équité*.

suite de la croissance de ces grandes institutions ont cessé de présenter l'argument que leur production correspond à un besoin, ils défendent maintenant leurs projets expansionnistes en promettant de produire des externalités positives. Peu importent l'inutilité des avions ou des voitures et la pollution qu'ils créent, la SNIAS et Citroën ont besoin de l'appui financier de l'État pour survivre. Peu importe l'impact négatif global des institutions scolaires sur les possibilités d'apprendre, elles doivent être maintenues pour assurer l'emploi des enseignants. Peu importent les évidents dommages que produit la médecine, son expansion doit être encouragée pour fournir à chacun un accès égal à ses services. C'est au moment où la contre-productivité paradoxale atteint son paroxysme et pourrait permettre d'établir un diagnostic différentiel de notre crise, si l'on me pardonne cette métaphore médicale, que l'on choisit de noyer toute contre-productivité sous des arguments qui en masquent l'évidence ou, dans le meilleur des cas, de limiter le volume du produit au niveau où l'encombrement reste encore contrôlable.

La reconnaissance de la contre-productivité spécifique des institutions et des lois qui gouvernent ses manifestations est sans doute une étape importante à franchir si l'on veut comprendre et clarifier la présente crise mondiale. Elle n'est pas suffisante si elle se borne à diagnostiquer la dynamique techniquement contre-productive de l'organisation technique des institutions. Chaque institution rationnellement planifiée dans un but technique produit des effets non techniques dont certains ont le résultat paradoxal d'amoindrir l'homme et d'appauvrir son milieu en réduisant sa capacité de se débrouiller. Je recherche l'explication de ce phénomène paradoxal qui apparaît lorsque le monopole radical exercé par le mode industriel de production donne à sa synergie avec la production autonome une valeur sociale négative. Je crois que mon explication permet de construire le type de critère «proscriptif» dont nous avons besoin pour concevoir un système industriel et professionnel qui reste dans des limites telles qu'il puisse fonctionner en synergie positive avec la production autonome de valeurs d'usage concurrentes.

La théorie générale que je propose n'est en aucun cas conçue pour fournir des propositions positives visant à établir des alternatives à la présente façon industrielle de se comporter. La raison de cette limitation première est évidente. Il y a très peu d'alternatives au mode de vie présent si ce que nous voulons, c'est simplement faire la même chose en plus grandes quantités ; et, réflexion faite, la plupart de ces alternatives sont encore plus coûteuses, produisent encore plus de déchets d'un nouveau type et, finalement, les frustrations qu'elles causent sont encore plus fortes. Mais si notre intention n'est pas

de faire plus de choses pour les gens mais plutôt de leur garantir plus de libertés pour faire les choses eux-mêmes, le nombre de possibilités ouvertes devient presque illimité. En aucun cas non plus cette théorie n'est censée définir les grandes lignes d'une stratégie politique : c'est là le travail de chaque groupe social ou politique, en fonction du scénario qu'il veut construire sur la base d'une théorie solide, et qui sera d'autant plus efficace qu'il procédera selon une démarche dialectique fondée sur l'histoire et l'acquis de chaque groupe.

J'ai choisi l'institution médicale comme point d'application de cette théorie, parce que c'est sur elle que je peux le mieux mettre en évidence l'irruption et le développement de ce que j'appelle la contre-productivité paradoxale. Avant tout, le choix de la médecine comme modèle a des avantages psychologiques. D'avoir à renoncer aux illusions que propage la médecine est quelque chose qui touche chacun de la façon la plus bouleversante, la plus mortifiante et la plus douloureuse qui soit, et qui prépare le mieux à accepter le même type de clarification à propos d'autres relations moins intimes avec des institutions dont il est également devenu la victime. Mais aussi, une fois qu'ils se seront délivrés du carcan d'une croyance dans le salut que peut apporter l'institution médicale, la plupart des gens seront alors capables, au prix certes d'un certain courage, d'envoyer au diable leur médecin, ce qui serait certainement beaucoup plus difficile à faire s'ils voulaient se débarrasser de l'emprise du système de transports ou des diplômes que décerne le système scolaire, alors même qu'ils auraient reconnu leur contre-productivité globale.

Par ailleurs, la médecine m'offre aussi une excellente occasion de distinguer la *iatrogenèse sociale* et la *iatrogenèse clinique* de la *iatrogenèse structurelle*, et ainsi de développer une taxonomie des niveaux de la contre-productivité globale qui pourra être appliquée à la plupart des autres institutions. Il est aisé de montrer que traiter les problèmes de santé selon une approche d'ingénieur n'est pas une stratégie très heureuse car elle conduit à perdre, à un coût énorme, plus de la moitié des batailles qu'elle engage. Cette iatrogenèse technique n'est qu'un exemple de la dimension technique de la contre-productivité que l'on rencontre dans n'importe quelle institution. Il est également aisé de montrer que les stratégies médicales de type technique ont des effets secondaires non techniques dans l'ordre social, et que la partie malsaine de ces effets commence à l'emporter sur la partie saine. Il s'agit, là aussi, d'un exemple du niveau social de la contre-productivité qui apparaît dans d'autres entreprises professionnelles et industrielles. Il reste à montrer que la structure institutionnelle que son orientation technique impose à l'entreprise médicale a les traits d'un rituel social générateur de mythes, et que les mythes malsains

ainsi produits sont distincts et de la iatrogenèse clinique, et de la iatrogenèse strictement socio-économique. À ce niveau particulier, la médecine est dès à présent devenue une entreprise presque totalement morbide. Pour ce qui est de son pouvoir destructeur dans le domaine symbolique, l'institution médicale tient maintenant le premier rang parmi des institutions qui, par ailleurs, peuvent être aussi contre-productives qu'elle.

En troisième lieu, la médecine me permet de préciser que la réduction du mode hétéronome en faveur du mode autonome n'est pas une pure désinstitutionnalisation. La production autonome et la production hétéronome requièrent l'une comme l'autre un cadre institutionnel, bien que de nature fort opposée. Pour être généreuse, spontanée, ample, équitable et soutenue par la communauté dans laquelle elle est enracinée, la production autonome doit être gouvernée par un ensemble de proscriptions dont la raison principale est de *me* garantir que personne ne fera usage de sa liberté d'une façon qui restreindrait ma liberté plus que la sienne. La production autonome doit être stimulée par un cadre qui donne à l'autre comme à moi des occasions constantes d'arbitrage par des pairs quand notre marge d'action, ou celle de la communauté, est menacée de restriction du fait des prétentions croissantes d'un tiers. Dans une société où prévaut l'action autonome, chaque institution spécialisée a principalement une fonction légale, celle de protéger le droit des gens à marcher, à apprendre ou à se guérir mutuellement. La loi protège l'intensité de l'acte productif personnel.

Le cadre institutionnel le plus favorable au développement de la production hétéronome a des caractéristiques exactement opposées. Au lieu d'établir des critères négatifs dans un langage proscriptif qui borne l'action, la société industrielle multiplie les prescriptions auxquelles producteurs et consommateurs sont tenus de se conformer. Au lieu d'encourager chaque homme à satisfaire ses besoins propres et ceux des membres de sa commune, le cadre institutionnel de la société industrielle impose à tout le monde de consommer au moins les denrées nationales standardisées que sont par exemple huit années de scolarité, les revenus issus du travail salarié, ou un niveau minimal spécifié de thérapies. La loi promeut le volume de marchandises.

Les deux cadres institutionnels coexistent dans toute société. Le cadre culturel qui protège l'intensité de l'acte productif du don et le cadre rationnel qui privilégie le volume de marchandises ne s'ajustent l'un à l'autre qu'à travers le processus politique. Plus la technique est avancée et vivifie les deux modes de production, plus ce processus politique peut se dérouler harmonieusement. Il se dégrade dès lors qu'il perd le pouvoir d'arbitrer entre l'homme et son

outil, ce qui se produit dans une société où prédomine l'hétéronomie. L'analyse de la dégradation médicale de l'autonomie biologique de l'être conscient éclaire ce qui se passe dans d'autres domaines, lorsque la concentration du pouvoir crée une idéologie qui privilégie l'institution hétéronome au détriment de l'intensité et du champ de l'acte personnel.

Cinq remèdes politiques administrés en pure perte

Les tendances contre-productives observables dans l'évolution actuelle de la médecine font que cette institution présente déjà les caractéristiques extrêmes qui ne manqueront pas d'apparaître ailleurs, si la société poursuit la gestion technocratique de la croissance d'institutions hétéronomes réclamant chacune un monopole radical dans la production d'une valeur. L'avenir tout électrique ou l'éducation interminable pour tout le monde sont de mauvais rêves du même genre que l'assistance médicale universelle. Par ailleurs, la iatrogénèse de la mauvaise santé est si clairement perceptible qu'il est aisé de mettre en évidence dans ce domaine la synergie négative entre le mode de production hétéronome et le mode de production autonome. Il existe cependant un danger : que l'on limite la démonstration à seulement deux des trois niveaux de cette contre-productivité, c'est-à-dire aux iatrogénèses clinique et sociale. Cela conduirait à préconiser des contre-mesures se limitant à l'ordre technique et administratif, qui ne pourraient qu'être inopérantes. Avant de procéder à la description du troisième niveau de iatrogénèse, la iatrogénèse que j'appelle structurelle, il me faut d'abord montrer comment la iatrogénèse sociale est immunisée contre le contrôle technocratique, de la même façon que la iatrogénèse clinique est immunisée contre le contrôle technique.

Dans le chapitre précédent, j'ai montré qu'il faut interpréter la iatrogénèse sociale comme le résultat de la surcroissance du mode hétéronome de production dans le domaine des soins. Cette démesure ne peut être appréciée en utilisant les instruments de mesure que les économistes ont mis au point, parce que, nous l'avons vu, ces instruments ont été construits de telle sorte qu'ils n'appréhendent que ce qui s'échange¹. Ils sont tout à fait inadéquats pour apprécier la contribution du mode autonome de production à sa synergie avec le mode hétéronome et donc à la réalisation des principaux objectifs sociaux.

¹ Joseph Spengler, « Quantification in economics : its history », in Daniel Lerner, éd., *Quantity and Quality*, The Hayden Colloquium on Scientific Method and Concept, Free Press, 1959, p. 129-211.

Ils sont incapables d'indiquer si le degré total de réalisation de ces objectifs croît ou décroît. Encore moins peuvent-ils dire qui sont les bénéficiaires et qui sont les perdants de la croissance industrielle ; quels sont les rares privilégiés qui ont plus et qui peuvent faire plus, et lesquels font partie de la grande masse de ceux pour lesquels le maigre accès à la richesse industrielle se combine avec une perte de possibilité d'action autonome.

Les plus touchés par la paralysie due à la surproduction ne sont pas les plus pauvres en termes monétaires. Les pauvres du Mexique ou de l'Inde ont appris à survivre en se débrouillant comme ils peuvent, et cela parce que leur environnement ne le leur interdit pas encore. Les plus touchés sont certaines catégories de consommateurs pour lesquelles les personnes âgées des États-Unis peuvent servir de modèle. Elles ont appris à faire l'expérience de besoins pressants qu'aucun privilège relatif ne peut vraiment satisfaire ; simultanément, leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes s'est étiolée, et les conditions sociales favorisant une telle autonomie ont pratiquement disparu. Voilà ce qu'est la pauvreté moderne telle que la surcroissance industrielle l'engendre.

Les personnes âgées des États-Unis ne sont qu'un cas extrême de la souffrance engendrée par une dépossession extrêmement coûteuse, une misère entretenue à grands frais. Ayant appris à considérer la vieillesse comme une condition inguérissable et intolérable apparentée à une maladie, elles connaissent des besoins économiques illimités, subissent des thérapeutiques interminables, le plus souvent inefficaces, fréquemment dégradantes et douloureuses, et très souvent la réclusion dans un milieu spécial.

Cinq traits de la pauvreté modernisée par la société industrielle apparaissent sous forme caricaturale dans les doux taudis qui servent de retraite aux riches de ce monde : premièrement, l'incidence des maladies chroniques croît à mesure que moins d'individus meurent dans leur jeune âge ; deuxièmement, plus de gens souffrent de la iatrogenèse clinique ; troisièmement, les services médicaux se développent plus lentement que l'étendue et l'urgence des besoins qu'ils engendrent ; quatrièmement, les gens trouvent dans leur environnement et dans leur culture de moins en moins de ressources pour leur permettre de faire face à leurs souffrances, ce qui les oblige à se réfugier dans les réserves aménagées par les thérapeutes pour un plus grand éventail de détresses - l'appartement, le café et la famille ont perdu ce qu'il faut pour accueillir les vieux ; et cinquièmement, les ressources intérieures nécessaires pour faire face à l'invalidité et à la douleur se sont avachies et l'on s'en remet de plus en plus à une gestion technique pour toutes sortes de gênes ou d'inconforts.

Le résultat global de la surexpansion de l'entreprise médicale est que les

individus et les groupes primaires sont frustrés du pouvoir de maîtriser leur corps et leur environnement. Les gynécologues, pédiatres, psychiatres et gériatres gèrent les institutions dans l'intérêt de l'Etat industriel, alors que des femmes, des jeunes, des originaux, des travailleurs ou des vieillards sains auraient la capacité de les gérer dans leur propre intérêt. Cette perte d'autonomie est de plus renforcée par un préjugé politique. La politique de la santé telle qu'on l'entend presque toujours place systématiquement l'amélioration des soins médicaux avant les facteurs qui permettraient de mettre en œuvre et d'améliorer la capacité de chacun à se prendre en charge. Au lieu de désigner la participation à l'ordre social et la possibilité d'agir sur lui, le mot « santé » en est venu à signifier la capacité de supporter un ordre imposé par la logique hétéronome du mode industriel de production.

Ce préjugé politique fait que les critiques de l'industrie médicale qui se veulent radicales se concentrent aujourd'hui sur cinq imperfections. Premièrement, dans les pays où le marché est libre, la production des remèdes et des services médicaux remplit les caisses des producteurs. La médecine est trop chère et, de plus, mauvaise. Les associations de consommateurs « devraient » donc obliger les médecins à améliorer leurs services. Deuxièmement, la distribution des remèdes et l'accès aux services médicaux se font de façon inégalitaire et arbitraire : les critères en sont la fortune ou la classe sociale du patient, ou bien les conceptions sociales dominantes qui font qu'on s'intéresse plus au traitement des maladies cardiaques qu'à la lutte contre la faim, ou encore, bien plus souvent, le préjugé médical en faveur du traitement d'un cancer à Paris plutôt que d'un pian au Sahel. La nationalisation de l'entreprise médicale « devrait » régler cette question. Troisièmement, l'organisation de la corporation médicale perpétue l'inefficacité et le privilège et impose les conceptions d'une école médicale particulière à l'ensemble de la société. On « devrait » remédier à cette imperfection par la multiplication des professions de santé, l'indépendance des infirmières par rapport au médecin, la participation publique au contrôle des hôpitaux et autres réformes qui donneraient au citoyen un contrôle sur l'organisation même de l'entreprise médicale. Quatrièmement, l'hégémonie d'une orthodoxie scientifique et les efforts pour limiter l'acte médical à l'application de ce savoir abstrait à des cas anonymes bloquent l'épanouissement d'autres formes de guérisons systématiques. Une nouvelle liberté accordée aux médecines parallèles « devrait » augmenter l'accès à la santé. Enfin, la médecine actuelle se préoccupe trop de l'individu malade et pas assez de la santé de la population dans son ensemble. Ce que l'on propose, comme toujours, c'est la programmation hygiénique globale du milieu.

Tous ces remèdes ont une chose en commun, ils tendent à renforcer le processus de médicalisation. Leur faillite inévitable nous obligera à reconnaître que seule une réduction substantielle de l'output global de l'entreprise médicale peut permettre aux hommes de retrouver leur autonomie et par là leur santé.

LES DROGUÉS SE REGROUPENT EN ASSOCIATIONS DE CONSOMMATEURS

Les citoyens ont une conscience accrue de leur dépendance vis-à-vis de l'entreprise médicale, mais ils pensent que c'est un phénomène irréversible. Ils identifient cette dépendance au progrès. Simultanément, Ralph Nader fait école². Les consommateurs commencent à parler de la nécessité de se protéger et pensent que le pouvoir qu'ils acquièrent en s'organisant peut et doit contrecarrer les menées des producteurs de médecine³. La triste vérité est que ni le contrôle des coûts ni le contrôle de la qualité ne garantiront jamais que l'activité déployée par les médecins s'exerce au service de la santé des gens.

Quand des consommateurs s'unissent et obligent la General Motors à mettre sur le marché des voitures acceptables, ils se sentent assez compétents pour regarder sous le capot et pour juger du coût des améliorations. Quand ils s'unissent pour obtenir de meilleurs soins médicaux, la situation est bien différente. Ils se croient alors, à tort, parfaitement incompetents pour juger de ce qu'il faudrait faire pour le bon fonctionnement de leurs tripes et s'en remettent aveuglément à la décision de l'ingénieur ou du producteur de soins. Ils se trouvent sur un marché, contraints d'acheter, sans éléments de jugement pour distinguer le poison du remède.

Richard M. Titmuss⁴ a analysé les obstacles qui rendent malaisée l'utilisa-

2 Études faites par des coopératives de consommateurs, aux États-Unis, en matière de santé : James S. Turner, *The Chemical Feast*, New York, Grossman, 1969 : énumère 2 500 substances chimiques ajoutées de façon routinière à la nourriture. - Clare Townsend, *Old Age : The Last Segregation*, New York, Grossman, 1971 : traite des maisons de retraite. - Robert McCleery, *One Life - One Physician : An Inquiry into the Medical Profession's Performance in Self-Regulation*, A report to the Center for Study of Responsive Law, Washington, Public Affairs Press, 1971 : traite de la collusion entre médecins pour occulter la malfaisance et l'incompétence de leurs collègues. J. Page et M.H. O'Brien, *Bitter Wages : Disease and Injury on the Job*, New York, Grossman, 1973 : traite de l'allégeance des praticiens de la médecine industrielle à l'entreprise.

3 En France, le 20 décembre 1974, la quatrième chambre de la cour d'appel de Paris a reconnu comme recevable, dans le procès Pradal, l'intervention de la Fédération nationale des coopératives de consommateurs en faveur de l'élimination des obstacles à l'information du grand public en matière de services de santé.

4 Richard M. Titmuss, « The culture of medical care and consumer behaviour », in F.N.L. Pointer, éd., *Medicine and Culture*, 1969, chap. VIII, p. 129-135.

tion des calculs « coûts-avantages » dans le domaine de la santé. Les consommations de soins sont aléatoires et difficilement prévisibles. La plupart des consommateurs ne les désirent pas, ils ne sont pas conscients d'en avoir besoin et ils ne savent pas d'avance ce qu'il leur en coûtera. Pour savoir s'ils n'ont pas été escroqués, ils ne peuvent que se fier à la parole du producteur. La marchandise vendue n'est pas échangeable, ni retouchable. La publicité des résultats est quasiment inexistante et les comparaisons de qualité découragées par l'État en collusion avec les producteurs. Une fois le fournisseur choisi, il est difficile de changer d'avis car le traitement est en cours. Le producteur a, dans certains cas, le pouvoir de choisir ses clients et d'imposer ses produits, au besoin avec l'aide de la police, par exemple dans le cas de la vente forcée des services des « asiles » qui transforment en « asociaux » toutes sortes d'êtres originaux ou marginaux.

Dans le domaine de la santé, le consommateur classique n'existe pas et on ne voit pas comment il pourrait exister. Qui peut évaluer, en termes d'argent ou de souffrances, la valeur des soins médicaux qu'il reçoit ? Qui peut dire s'il vaut mieux pour sa santé consommer les services de son médecin ou ceux de son agence de voyages, ou encore s'il ne vaut pas mieux refuser le travail à la chaîne, ou bien surmonter son malaise en se syndiquant ? L'économie de la santé est une discipline étrange qui n'est pas sans rappeler la théologie des indulgences d'avant Luther. Vous pouvez comptabiliser l'argent que les gardiens du culte collectent, observer les temples qu'ils bâtissent, prendre part aux liturgies qu'ils célèbrent, mais savoir en quoi le commerce des indulgences contribue au salut de l'âme relève d'une conjecture du même ordre que d'évaluer le bénéfice qui résulte pour la santé d'un cancéreux des dépenses faites pour le soumettre au chirurgien.

Les modèles économiques qui ont été développés pour expliquer le bon vouloir croissant des contribuables à payer des notes de frais médicaux également croissantes sont autant de conjectures scolastiques à propos de cette nouvelle religion œcuménique que constitue la médecine. Il faut bien les connaître pour pouvoir vraiment savourer leurs artifices. Pour ne prendre qu'un exemple, on a pu représenter la santé comme un stock de capital servant d'input à la production d'un bien dénommé « temps en bonne santé⁵ ». Les individus héritent d'un stock initial, qu'ils peuvent faire croître en investissant dans le secteur de leur santé : soit en achetant les services de l'entreprise médicale, soit en s'alimentant et en se logeant de façon convenable. La demande du bien « temps

5 Michael Grossman, « On the concept of health capital and the demand for health », *Journal of Political Economy*, 80, mars-avril 1972, p. 223-255.

en bonne santé» résulte de deux motivations. En tant que bien de consommation, il entre directement dans la fonction de satisfaction des individus : ceux-ci préfèrent être en bonne santé que malades. En tant que bien d'investissement, il détermine le temps que les individus peuvent passer à travailler, à produire et à jouir des fruits de leur travail : c'est donc un indicateur décisif de la valeur des individus pour la communauté en tant que producteurs⁶. Cela n'est pas autre chose que de dire dans un langage tortueux ce que n'importe quel maçon mexicain sait : ce n'est que les jours où il se sent assez bien pour travailler qu'il peut rapporter des haricots et des tortillas à ses enfants et prendre une tequila avec ses amis. Mais la reconnaissance de cette valeur évidente de la bonne santé ne permet ni au maçon mexicain ni à l'économiste de la santé⁷ d'en inférer le rôle que jouent les dépenses médicales dans le maintien de cette bonne santé. La médecine est une marchandise qui échappe à tout contrôle de coût, comme à tout contrôle de qualité. Les membres des sociétés développées croient avoir besoin de l'industrie médicale, mais ils seraient bien incapables de justifier leur consommation en termes de bénéfices réels pour leur santé.

La légitimation politique de l'activité de l'entreprise médicale qui est financée par la collectivité a pris différentes formes selon les pays. Les États socialistes assurent le financement de l'ensemble des soins et s'en remettent à la profession médicale pour décider de ce qu'il faut faire, comment le faire, qui aura un jour le droit de le faire, qui l'a maintenant, ce que cela coûtera et aussi qui en a besoin et qui en bénéficiera. D'autres pays interviennent dans l'organisation de leur système sanitaire par la voie législative et en usant d'incitations diverses, dont certaines absurdes. Tout citoyen malade d'un pays francophone d'Afrique peut être envoyé à Paris quand on ne sait pas le soigner sur place. En Haute-Volta, l'équivalent de 110 millions de francs est dépensé annuellement en produits pharmaceutiques et pour la réfection des centres médicaux. Le double de ce montant, soit environ 220 millions de francs, est dépensé pour les convoiements de malades vers la France. La chambre est facturée pour ces malades hospitalisés en France 500 francs par jour, sans compter les honoraires des médecins et les frais divers. Les personnes évacuées sont toujours accompagnées d'un membre de la famille, d'un médecin ou au moins d'un

6 Monroe Berkowitz et William G. Johnson, «Towards an economic of disability: the magnitude and structure of transfer and medical costs», *Journal of Human Resources*, 5, été 1970, p. 271-297. - J.A. Dowie, «Valueing the benefit of health improvement», *Australian Economic Papers*, 9, juin 1970, p. 21-24.

7 Philip E. Enterline, «Social causes of sick absence». *Archives of Environmental Health*, 12, avril 1966, p. 467.

infirmier. Une visite de contrôle, c'est-à-dire un second voyage, leur est la plupart du temps accordée quelques mois plus tard, aux frais de la princesse. La France a versé ces dernières années à la Haute-Volta des subsides réguliers à peu près égaux au coût total de ce type de séjours de son élite à Paris (*Le Canard enchaîné*, 1^{er} janvier 1975).

Ce n'est qu'aux États-Unis que, à la demande des consommateurs, la législation garantit la qualité des soins offerts sur le marché, tout en s'en rapportant exclusivement aux représentants de la profession médicale pour ce qui est de la définition des soins de qualité.

À la fin de l'année 1973, le président Nixon signait la loi 92-603 qui rend obligatoire le contrôle, par des organisations professionnelles, des coûts et de la qualité des services offerts par le secteur de l'industrie médicale financé sur fonds publics, lequel secteur avait pris depuis 1970 la deuxième place dans le budget derrière le complexe militaro-industriel. Selon cette loi, de lourdes sanctions financières menacent les médecins qui refuseraient d'ouvrir leurs dossiers aux inspecteurs fédéraux à la recherche de preuves de surconsommation hospitalière, de fraudes ou de négligence professionnelle. Il est demandé à la profession de définir des diagnostics et des traitements types pour une longue liste de conditions pathologiques, ainsi que d'explorer le domaine de la négligence professionnelle. C'est le programme le plus coûteux au monde parmi ceux qui ont pour but la médicalisation de la production de santé au moyen d'une législation visant à assurer la protection des consommateurs. La nouvelle loi garantit la standardisation et la consommation par le public d'une marchandise dont tant l'utilité que la qualité sont soumises à l'arbitrage du producteur. Bien entendu elle n'aborde même pas le problème de savoir si cette marchandise est liée de quelque manière à ce que les gens peuvent désirer comme santé⁸.

Toutes les tentatives de faire appel au pouvoir politique pour rationaliser le secteur médical ont toujours échoué. La raison en est la nature même de cette marchandise que l'on désigne de nos jours du terme de « médecine ». Cette marchandise est faite de substances chimiques, d'équipements, de constructions aussi bien que d'avis, d'enseignements, de pansements psychologiques et de bonbons coûteux. C'est le fournisseur, et non pas ses clients ni le pouvoir politique, qui définit la composition sinon le volume de ce cocktail. Le patient est réduit au rôle d'objet que l'on répare, même s'il n'a aucune chance

8 Claude Welch, « PSRO's-pros and cons », *The New England Journal of Medicine*, vol. CCXC, p. 1319 sq.

de sortir de l'atelier. On a oublié qu'il pourrait être un sujet que l'on aiderait à guérir, ou à boiter à sa manière dans la nature. Si on l'autorise à participer au processus de réparation, c'est pour lui confier le travail de dernier apprenti tout au bas de la hiérarchie des réparateurs professionnels. D'habitude on ne lui fait même pas suffisamment confiance pour l'informer du diagnostic ou pour lui permettre de prendre un cachet en l'absence de l'infirmière. La surproduction hétéronome des soins n'a pas seulement bloqué les soins autonomes, elle a encore privé le consommateur du soin-marchandise de toute possibilité de regard critique sur son accoutumance. Il n'y a pas d'autodéfense possible de la part de drogués qui ont besoin du revendeur pour savoir si la drogue leur convient.

Le consommateur peut même reconnaître qu'au-delà d'un certain point l'expansion de l'institution médicale, tant préventive que curative, cesse d'avoir un effet sur la santé. Cette vérité peut encore l'enfoncer plus profondément dans son accoutumance au soin, ou bien elle peut être récupérée par ceux qui préconisent de détourner la clientèle de la médecine en faveur d'une autre institution hégémonique fournissant d'autres services. On peut même aller jusqu'à encourager le consommateur à fixer lui-même le seuil au-delà duquel le rôle de l'institution médicale devrait cesser, mais c'est parce que d'autres services institutionnalisés, également « producteurs de santé », l'attendent impatiemment⁹. Une telle récupération des économies faites dans le secteur médical en faveur de l'expansion de l'éducation à vie, du service social, de la consommation des soins psychologiques ou de catéchismes politiques constitue une dernière perversion des associations d'autodéfense des consommateurs. On commence par parler au nom de la protection du consommateur et cela se révèle vite être une croisade visant à transformer à n'importe quel prix des personnes autonomes en clients.

Toute forme de dépendance devient vite un obstacle à la capacité de se soigner, de faire face, de s'adapter et de guérir. Bien pis, cet obstacle prive les gens du pouvoir de transformer leurs conditions de vie et de travail, celles-là mêmes qui les rendent malades. Le contrôle exercé sur l'activité de production du complexe médico-industriel ne peut contribuer à améliorer la santé que s'il vise à une réduction très substantielle de l'output global, et ne se contente pas de simples améliorations techniques sur la marchandise offerte.

9 Robert J. Haggerty, «The boundaries of health care», *The Pharos*, juillet 1972, p. 106-111. Voir aussi M.I. Roemer et J.A. Mera, «Patient dumping and other voluntary agency contribution to public agency problems», *Medical Care*, II (1), 1974, p. 30-39.

LE LÉGISLATEUR S'EFFORCE DE CONTRÔLER LES FOURNISSEURS

Toute discussion politique dans le domaine de la santé en vient toujours rapidement au problème de l'accès «équitable» aux consommations de soins. Les partis politiques traduisent le désir de la population d'être en bonne santé en termes d'organisation des services médicaux. Ils ne cherchent même pas à savoir ce que ces services produisent exactement, mais ils exigent que leurs électeurs aient droit à ces choses que les riches consomment. Si vous émettez l'idée qu'il faudrait réduire les ressources consacrées au bon fonctionnement de l'institution médicale, vous vous exposez à une riposte immédiate et péremptoire : ce sont les pauvres qui seront les premiers à être privés de tout soin et les riches qui seront protégés de la iatrogenèse sociale.

Pour faire valoir que cette objection, sous un masque humanitaire, repose sur une analyse fausse de la situation, il faut montrer qu'il n'est pas vrai, contrairement à ce qui est habituellement avancé dans la discussion politique :

1. que les pauvres consomment systématiquement moins de soins médicaux que les riches ; en fonction de quoi, selon notre analyse, il est tout à fait possible que les pauvres ne soient pas moins atteints par la iatrogenèse que les riches ;
2. que les pauvres aient systématiquement une santé moins bonne et de plus forts besoins de médecine que les riches.

Ces deux points méritent qu'on s'y attarde.

Dans la plupart des pays, les pauvres ont un moindre accès aux services médicaux que les riches¹⁰. Dans tous les pays latino-américains à l'exception de Cuba, les 20 % les plus pauvres de la population sont composés de gens dont un enfant seulement sur 40 terminera ses cinq ans d'instruction obligatoire, et dont à peu près la même proportion sera soignée à l'hôpital public en cas de maladie. Les riches sont les 3 % de la population composés de diplômés de l'enseignement secondaire, de leur famille, de responsables syndicaux et de dirigeants de partis politiques de tous bords. Ceux-là peuvent choisir leurs médecins, lesquels appartiennent par formation au même milieu, et ont reçu une éducation en grande partie gratuite, ce qui veut dire payée par tout le monde.

10 Pour l'Amérique latine, voir Arnoldo Gabaldon, « Health services and socio-economic development in Latin America », *Lancet*, 12 avril 1969, p. 739-744 et Vicente Navarro, « The Under-Development of Health or the Health of Under-Development, An Analysis of the Distribution of Human Resources in Latin America », Baltimore, *International Journal of Health Services*, vol. IV, n° 1, 1974, p. 5-27.

Malgré cette incontestable inégalité d'accès aux services médicaux, il serait erroné de dire que cet accès est systématiquement lié au revenu. Au Mexique, par exemple, 3 % de la population bénéficient d'un système exceptionnel de sécurité sociale (ISSTE) qui assure des soins de qualité internationale. Or ce groupe privilégié est constitué de fonctionnaires, qu'ils soient ministres ou garçons de course.

Si cette minorité bénéficie de soins de grande qualité, c'est parce qu'elle participe à une opération dont la valeur est principalement démonstrative. Les chirurgiens qui exercent sur elle leur habileté se mesurent à leurs collègues du Texas. Les journaux peuvent par là même informer l'instituteur de tel village éloigné que la chirurgie mexicaine est meilleure que celle qui se pratique dans les hôpitaux de Chicago. Quand un haut fonctionnaire est hospitalisé, il peut se trouver incommodé d'avoir pour la première fois de sa vie à coucher à côté d'un travailleur, mais il se sent également réconforté et fier de voir à quel point la démocratie fonctionne bien dans son pays en offrant la même chose au patron et au veilleur de nuit. Ces deux types de patients en arrivent ainsi à négliger qu'ils sont tous deux des exploités privilégiés. Ils oublient que, pour les faire bénéficier de lits, d'équipements, d'une administration complexe et de soins techniques, il faut consacrer à cette petite minorité un tiers du budget sanitaire du pays. Ils ne se souviennent pas que, s'il fallait donner à tous les pauvres un accès égal à une médecine de qualité uniforme, la plus grande partie de l'activité présente de la profession médicale devrait cesser.

Les États-Unis sont le pays le plus riche du monde selon bien des échelles mais ils ne viennent qu'au dix-septième rang pour ce qui est de la mortalité infantile. On considère généralement que cela est dû à des facteurs sociopolitiques, en particulier au taux de mortalité infantile chez les plus défavorisés, qui est bien plus fort que le taux moyen. Vingt pour cent des Américains sont classés comme économiquement faibles et à l'intérieur de ce groupe le taux de mortalité infantile est supérieur à celui que connaissent certains pays dits sous-développés d'Afrique et d'Asie. L'explication courante est que les pauvres ont moins de ressources à consacrer à la médecine. Contrairement à cette opinion largement répandue, cela n'est pas vrai en général. La consommation de services médicaux aux États-Unis n'est pas directement liée au revenu. Les ménages aux revenus les plus bas ne consomment pas moins mais plus de soins médicaux que le groupe de revenus immédiatement supérieur¹¹. Ces

11 Nathan Glazer, «Paradoxes of health care», *The Public Interest*, p. 62-77. Sur l'interdépendance de la pauvreté et de la mauvaise santé en général aux États-Unis, voir John Kosa *et al.*, éd., *Poverty and Health: A Sociological Analysis*, A Commonwealth Fund Book, Cambridge, Mass., Har-

Américains de niveau moyen sont trop pauvres pour se payer les services d'un médecin avec leurs propres deniers, mais trop riches pour avoir droit aux fonds d'assistance dont ne peuvent bénéficier que ceux qui sont certifiés pauvres. Ce n'est qu'à un degré très faible que le fort taux de mortalité infantile chez les plus pauvres Américains s'explique par une insuffisance de consommation thérapeutique¹².

Les différences dans les taux de mortalité infantile observées sur l'ensemble des catégories sociales doivent en fait être essentiellement imputées à des facteurs culturels et d'environnement, beaucoup plus qu'à des différences d'accès aux services médicaux. La suralimentation, les « stress », les déplacements rapides, la surmédicalisation et d'autres facteurs associés au mode de vie des hauts revenus abrègent la vie du riche adulte, tandis que l'enfant pauvre, lui, voit sa vie menacée plutôt par l'entassement, la promiscuité, la pollution, le crime, la discrimination et les soins médicaux particulièrement iatrogènes¹³.

Ces derniers combinent leur effet néfaste avec celui de l'environnement pour engendrer le type de santé que connaissent les pauvres. Un moindre accès au système médical tel qu'il existe actuellement, contrairement à ce qu'affirme la rhétorique politique, serait tout bénéfique pour eux comme pour les riches.

Dans les pays où la délivrance des services médicaux est sous contrôle public, l'élimination des interventions iatrogènes ne pose, au moins en théorie, aucun problème politiquement embarrassant. L'administration peut protéger tout le monde de la même manière. Quand il est avéré qu'une intervention médicale n'a aucun résultat, ou n'a que des résultats négatifs, il suffit au gouvernement de décider d'abandonner le procédé en question ou de permettre sa continuation dans le seul but d'expérimentation. Dans les pays où il n'existe ni financement, ni gestion, ni contrôle totalement centralisés des services médicaux, le problème est beaucoup plus délicat. Même si les fonds

vard Univ. Press, 1969.

- 12 Herbert T. Birch et Joan Dye Gussow, *Disadvantaged Children : Health, Nutrition and School Failure*, New York, Harcourt, Brace and World, 1970 : les auteurs préconisent le développement des services de santé en faveur des pauvres, mais ils démontrent clairement que leur mauvaise santé est due principalement à des facteurs indépendants du système médical.
- 13 Victor Fuchs, *Some Economic Aspects of Mortality in the United States*, NBER, 1965, mimeogr. : sauf dans la première année de vie, le revenu exerce un effet positif sur la mortalité différentielle aux États-Unis. - Michael Grossman, *The Demand for Health : A Theoretical and Empirical Investigation*, New York, NBER, 1972 : traite des mécanismes qui peuvent expliquer la corrélation positive entre niveau social et mauvaise santé dans les pays riches. - B. Benjamin, *Social and Economic Factors Affecting Mortality*, Paris, Mouton, 1965 : discute les difficultés rencontrées dans l'analyse des taux de mortalité en fonction du niveau social. Voir aussi Richard Auster et al., *op. cit.*

publics sont refusés aux services médicaux coûteux et iatrogènes, on n'a pas la possibilité de les interdire. Les riches continueront à se faire greffer les reins d'autrui. Les greffes n'apportent que de maigres avantages techniques comparés à leur coût et elles ne font souffrir que les clients payants. D'autre part, une réduction des dépenses publiques affectées aux interventions iatrogènes épargnera aux pauvres bien des frustrations et des dommages directs et aussi certains des effets indirects affectant la communauté.

En ne prenant en compte que les fonctions techniques de la médecine, il semblerait donc raisonnable de s'opposer à toute affectation de fonds publics ayant pour objectif d'égaliser les facilités d'accès à des entreprises médicales potentiellement dommageables. Mais les choses ne sont pas aussi simples, car la médecine n'a pas que des fonctions techniques : elle constitue entre autres un signe de statut. Un des principaux objectifs des dépenses médicales est de produire des satisfactions symboliques que les gens apprécient à leur prix. Ils en sont venus à penser que tout séjour à l'hôpital, tout examen, toute prescription, toute psychothérapie est un privilège. La meilleure preuve que ce privilège est désirable, c'est que ceux qui peuvent se l'offrir lui consacrent des sommes considérables. Dans une société libérale et médicalisée, le gouvernement ne peut affecter les ressources publiques qu'en accord avec la volonté générale, même si ces ressources n'ont aucune chance de répondre effectivement à ce qui est désiré. Dans ces circonstances, l'égalisation de l'accès aux types de services existants ne peut que renforcer le pouvoir des vendeurs d'organes de rechange ou celui des technocrates qui se fixent pour objectif la régulation universelle de la pression artérielle.

Plus les gens dépendent de l'accès aux services institutionnalisés, plus il semble important de définir ce qu'est un accès équitable. Est-ce que l'équité est réalisée lorsqu'un nombre égal de francs est disponible pour l'éducation et la médicalisation des pauvres et des riches ? Ou faut-il procurer à tous les mêmes services ? Ou encore, l'équité n'exige-t-elle pas que le pauvre reçoive le même savoir ou la même santé que le riche, même si cela nécessite de bien plus fortes dépenses en sa faveur ? Cette bataille entre les partisans de l'égalité et ceux de l'équité dans l'accès aux services institutionnalisés a déjà été menée dans le domaine de l'éducation, et elle vient d'être déclenchée dans celui de la santé¹⁴. Peu importe le vainqueur apparent, le véritable vainqueur sera le système des pédagogues et le système médical, qui s'en trouveront renforcés, car l'enjeu n'est ni l'égalité des dépenses ni l'équité dans l'éducation

14 Rashi Fein, « On achieving access and equity in health care », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, oct. 1972, vol. L, p. 34.

et dans la santé, mais l'accès égal pour tous à la dépendance vis-à-vis des professionnels, aux illusions et aux dommages qu'ils causent.

La valorisation de la santé-marchandise est un symptôme de l'organisation des pouvoirs en faveur de la production hétéronome. C'est une valeur nécessaire à la justification du pouvoir économique et politique. La diffusion de cette valeur dans toutes les classes sociales explique le pluralisme apparent dans la poursuite du soin-marchandise et l'apparente opposition entre les programmes de gauche et de droite visant la réorganisation des mécanismes d'accès à l'hôpital et au médecin¹⁵. Mais ce pluralisme n'assure pas une décentralisation du contrôle sur les services médicaux¹⁶. Celui-ci reste fermement dans les mains des élites professionnelles. En effet, la demande croissante rend les soins plus rares et renforce l'intégration des élites médico-sanitaires à la classe qui domine la production, la reproduction et la légitimation d'un système industriel en croissance.

Tout contrôle public d'un complexe médico-industriel en croissance illimitée ne peut que renforcer son expansion malsaine. Nous avons déjà vu que cet effet paradoxal se produit nécessairement dès lors que le contrôle public se polarise sur la programmation de la délivrance de services institutionnalisés. Le monopole industriel sur les soins médicaux ne peut que s'accroître tant que la collectivité mobilise ses énergies dans le but de recevoir plus de produit hétéronome, même si celui-ci est distribué plus équitablement¹⁷. L'équité dans le domaine de la santé passe nécessairement par une réduction de l'impor-

15 Histoire de l'idée de sécurité sociale aux États-Unis : Daniel S. Hirshfield, *The Lost Reform : The Campaign for Compulsory Health Insurance in the United States from 1932 to 1943*, Cambridge, Harvard Univ. Press, 1970 : solide et documenté. - Edward M. Kennedy, *In Critical Condition : The Crisis in America's Health Care*, New York, Simon and Shuster, 1972 et William R. Roy, *The Proposed Health Maintenance Organization of 1972*, Washington, Science and Health Communications Group, Sourcebook Series, vol. II, 1972 : sont de bonnes introductions aux deux approches visant à assurer l'égalisation de l'accès aux soins aux États-Unis. - Steven Jonas, « Issues in National Health Insurance in the United States of America », *Lancet*, 20 juillet 1974, p. 143-146 : offre un bon résumé de l'état présent de la législation qui oppose les apologistes du profit aux représentants des bureaucraties publiques. - Paul D. Ellwood, « Health maintenance organizations. Concept and strategy », *Hospitals, Journal of American Health Association*, vol. XLV, 16 mars 1971.

16 Vicente Navarro, *Social Policy Issues : An Explanation of the Composition, Nature and Functions of the Present Health Sector of the United States*, The Johns Hopkins University. Paper based on a presentation of the Annual Conference of the New York Academy of Medicine, 25-26 avril 1974, Cuernavaca, CIDOC DOC. I/V 75/79.

17 Jean-Claude Polack, *La Médecine du capital*, Cahiers libres 222/3, Paris, F. Maspero : est une tentative de critique systématique du modèle médical dans les sociétés bourgeoises, éclairant leurs facettes idéologiques, répressives et aliénantes selon l'auteur.

tance du complexe médical jusqu'au niveau où il peut compléter et accroître les soins autonomes dans une synergie positive.

L'AUTOMÉDICATION ILLUSOIRE DE LA BUREAUCRATIE MÉDICALE

Un troisième type d'interventions publiques, à savoir les tentatives de contrôle de l'organisation interne de la profession médicale, a en puissance des effets aussi pervers sur la santé que la pression exercée par les consommateurs, qu'ils soient en compétition ou contractuellement coalisés en faveur de l'égalité des chances.

J'ai évité jusqu'ici de rejeter sur la cupidité des médecins la responsabilité d'une activité qui sert les intérêts des producteurs et qui nuit à ceux des consommateurs. Contrairement aux légendes perpétuées par le docteur Knock ou par Bernard Shaw dans *Le Dilemme du docteur*, la soif de profits personnels a un faible pouvoir explicatif en la matière. Le niveau de iatrogenèse reste fondamentalement le même si les docteurs établissent eux-mêmes le montant de leurs honoraires, si ce montant est fixé à un niveau collectif ou si tous les médecins sont transformés en fonctionnaires¹⁸.

La iatrogenèse sociale n'est pas liée au comportement individuel de tel ou tel praticien, mais au monopole radical exercé par la profession en tant que telle. À l'époque des patients de Bayer, de Rhône-Poulenc, de CIBA-GEIGY et de la Johns Hopkins Medical School, le praticien a perdu l'indépendance qui lui laissait le choix d'être personnellement admirable ou odieux.

On ne peut nier que dans certains pays beaucoup de médecins deviennent riches. Il s'agit là d'un signe d'exploitation économique, mais pas d'une explication des effets malsains de la pratique médicale. Beaucoup de critiques de la médecine française ou américaine croient malheureusement que si seulement les médecins étaient fonctionnarisés, un grand pas serait fait vers une pratique plus satisfaisante. Le contraire pourrait fort bien être vrai : en resserrant l'éventail des revenus de la hiérarchie médicale, et en leur imposant un plafond, on pourrait renforcer la cohésion de la profession dans son ensemble. Celle-ci y gagnerait en prestige et serait plus forte pour réclamer une plus grande part de la richesse nationale. L'existence de quelques escrocs a toujours servi la crédibilité de la corporation : en dénonçant leur conduite, le

18 Joachim Israël, « Humanisierung oder Bürokratisierung der Medizin », *Neue Gesellschaft*, 1974, p. 397-404 : fait l'inventaire de 15 tendances profondes dans la médecine contemporaine qui font partie de l'intense bureaucratisation de la vie, menacent la santé et se manifestent aussi bien en République fédérale allemande qu'en URSS.

médecin honnête rend légitimes les abus inhérents à sa pratique quotidienne. De la même façon, les gens voient qu'ils sont exploités par tel ou tel médecin particulier, mais cela les rend aveugles à l'exploitation du bien public par la profession médicale dans son ensemble. Le contrôle public exercé sur l'enrichissement personnel de quelques individus pourrait très facilement devenir un moyen particulièrement efficace pour faire accepter une médicalisation de la vie encore plus intense.

C'est le grand public qui formule des critiques à l'égard de l'enrichissement personnel de quelques individus. Ce sont plutôt ceux que les médecins traitent comme valetaille, apprentis, laquais, grisons, domestiques, dans le domaine médico-sanitaire, qui critiquent l'organisation hiérarchisée de la médecine. Ce sont des factions d'infirmières, d'opticiens, d'orthopédistes, d'avorteurs, de gardes-malades et particulièrement d'internes qui, de l'Angleterre à l'Italie, sont à la tête du mouvement pour une distribution plus généreuse du privilège médical. On prête aux médecins la volonté de rester les maîtres et de ne laisser au personnel auxiliaire qu'un rôle de second plan. Mais la plupart des mesures proposées pour donner un rôle plus professionnel et plus indépendant au pharmacien ou au *feldscher* ne peuvent que renforcer la cohésion de l'industrie des soins et « accroître l'efficacité » du système en facilitant la mobilité du personnel vers le haut et en décentralisant les responsabilités. L'argument selon lequel les médecins font à présent ce que les infirmières pourraient faire mieux qu'eux débouche sur une demande accrue de personnel paramédical et sur une multiplication des organisations, congrès et syndicats professionnels. L'augmentation du personnel paramédical diminue ce que les gens peuvent faire les uns pour les autres et pour eux-mêmes¹⁹.

19 Sur la spécialisation des professions médicales : Richard Harrison Shryock, *Medicine and Society in America: 1660-1860*, Ithaca, New York, Great Seal Books, 1962 et Hans-Heinz Eulner, « Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer und den Universitäten des deutschen Sprachgebietes », in *Studien zur Medizingeschichte des 19. Jh.*, Stuttgart, Enke Verlag, 1970. Pour l'orientation sur les nouvelles professions paramédicales, voir Harry Greenfield et Carol Brown, *Allied Health Manpower: Trends and Prospects*, New York, Columbia Univ. Press, 1969. Pour l'emploi des auxiliaires de santé dans les pays pauvres : Oscar Gish, éd., *Health, Manpower and the Medical Auxiliary. Some Notes and an Annotated Bibliography*, Intermediate Technology Development Group, Londres, 1971. Sur le rôle de la profession médicale moderne, voir l'étude monumentale d'un sociologue très professionnel : Eliot Freidson, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Dodd, Mead and Co., 1971. Pour l'histoire de la profession d'infirmière : Gerald Jos. Griffin et J.K. Griffin, *History and Trends of Professional Nursing*. With a special unit on legal aspects by Bowers, R.G., 7th ed. St. Louis, Mosby, 1973. Selon Hans Schaefer et Maria Blohmke, *Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1972 : dans aucun pays du monde la sociologie médicale ne s'est proposé l'étude systématique de l'utilité

Jusqu'à il y a un siècle environ, aux États-Unis, le médecin généraliste, le chirurgien compétent et le pharmacien indépendant travaillaient séparément et côte à côte. Le premier était une sorte de gentilhomme, le deuxième un artisan et le troisième un marchand. Il y a quelque soixante ans, le médecin formé à la faculté commença à imposer son autorité. Avec sa venue, la pratique indépendante du spécialiste non professionnel (pharmacien, sage-femme, rebouteux, arracheur de dents, secouriste) aussi bien que celle de la grand-mère, avec ses recettes de bonne femme, commencèrent à décliner.

L'appauvrissement iatrogène de la culture populaire s'opère sur deux plans : l'élimination des tâches spécialisées mais non bureaucratisées et la réduction de la compétence générale. L'invasion d'Harlem par des paramédicaux, de Bakou par les *feldschers*, la reprise en main professionnelle des médecins chinois aux pieds nus et leur formation spécialisée sont des politiques qui dépossèdent le peuple souverain et donnent plus de pouvoirs aux barons au détriment du peuple. Il s'agit de l'organisation d'une hiérarchie plus complexe et non d'une ouverture nouvelle du savoir à l'autodidacte et du pouvoir à la base.

Tant que les médecins décideront seuls de ce qui constitue un service de qualité, il ne sera pas possible de leur dire ce que ce service devrait coûter. Tout au plus pourra-t-on leur dire ce que la collectivité est désireuse de leur accorder comme revenu personnel. Tant que les médecins décideront seuls de qui peut délivrer un service de qualité, tout au plus pourra-t-on leur demander d'admettre un pourcentage de médecins noirs, de tolérer que des infirmières fassent des injections intraveineuses, de créer un diplôme d'avorteur et de se charger de l'éducation interminable des médecins aux pieds nus.

En l'espace de quinze ans, le nombre de spécialités médicales reconnues par l'American Medical Association a plus que doublé. On en compte aujourd'hui soixante-sept. Chacune constitue un fief, avec ses propres infirmières, techniciens, revues, congrès, et même quelquefois ses groupes organisés de patients.

Il faut s'attendre à ce que la discussion sur la médecine iatrogène produise des pressions nouvelles sur la hiérarchie médicale, exigeant que celle-ci réforme sa structure interne, économique, bureaucratique et technique. Une telle autoréforme a autant de chances d'aboutir que les velléités de changement affichées chez les militaires, les prêtres, les permanents de syndicat ou les chefs de parti²⁰. Le financement public de la réforme d'une profession ne

technique de la profession médicale.

20 La domination professionnelle du médecin est aussi renforcée par la paraprofessionnalisation et

peut que renforcer son pouvoir d'interpréter et aussi de déterminer les besoins du public. Le contrôle public d'une bureaucratie professionnelle monopoliste peut renforcer son intégrité, mais seulement en renforçant son pouvoir et sa crédibilité²¹. C'est uniquement par une limitation du monopole radical exercé par l'acte médical et sanitaire, limitation qui doit se faire par le processus législatif et juridique, que la culture populaire médicale peut reprendre son autonomie et incorporer le progrès technique.

LA SÉPARATION DE LA MÉDECINE ORTHODOXE ET DE L'ÉTAT

La profession médicale a largement cessé de poursuivre les objectifs d'une corporation d'artisans appliquant la tradition et ayant recours à l'habileté, à l'apprentissage et à l'intuition. Elle en est venue à jouer un rôle jadis réservé au clergé : elle utilise des principes scientifiques en guise de théologie, des techniciens en guise d'acolytes et la routine hospitalière en guise de liturgie.

L'art empirique de guérir celui qui peut l'être n'intéresse plus les médecins : ils sont engagés dans une lutte pour le salut de l'humanité, qu'ils veulent dégager des entraves de la maladie et de l'invalidité, et même de la nécessité de mourir. La profession médicale a cessé d'être une véritable corporation, composée d'artisans appliquant au bénéfice de malades en chair et en os les règles d'un art empirique. Elle est devenue un parti d'administrateurs bureaucrates qui appliquent des principes et des méthodes scientifiques à des catégories entières de « cas » médicaux. Les lunettes scientifiques sont aussi des œillères qui limitent le regard clinique. « Sous des règnes étatiques ou libéraux, dans des pays où les médecins travaillent dans des conditions aussi différentes que la Russie, la Suède, la Grande-Bretagne, les États-Unis ou la France, ils raisonnent cependant de la même manière, car leur logique est

par la professionnalisation du client : Tom Dewar, *Some Notes on the Professionalization of the Client*, Cuernavaca, CIDOC, I/V 73/37, 1973, et par la nouvelle tendance à certifier les institutions « productrices » plutôt que les spécialistes qu'elles embauchent. Sur ce point, voir Nathan Hershey et Walter S. Wheeler, *Health Personnel Regulation in the Public Interest, Questions and Answers on Institutional Licensure*, published by the California Hospital Association as a service to the Health Care Field, 1973.

- 21 Pour la distinction entre médecines professionnelle, bureaucratique, artisanale, technique et la médecine comme entreprise produisant des services professionnels, voir Hans O. Hauksch, « Patient care as a perspective for hospital organization research », in Basil S. Georgopoulos, éd., *Organization Research on Health Institutions*, Institute for Social Research, Univ. of Michigan, p. 159-172. Pour une taxonomie des besoins au service du bureaucrate « décideur », voir Jonathan Bradshaw, « A taxonomy of social need », in Gordon McLachlan, *Problems and Progress in Medical Care*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, Oxford University Press, 1972, p. 69-82.

liée à une certaine conception de la science et non à un cadre administratif. À l'hôpital ou chez lui, à la ville ou à la campagne, le médecin examinant un malade est toujours fort d'une science qu'il doit servir et fort de la confiance d'un homme qu'il doit guérir²². » Le malade qui avait servi de matériel éducatif pour le clinicien s'est transformé en matière première pour l'avancement de la science médicale. Chaque traitement n'est que la répétition d'une expérience ayant une probabilité de succès définie. Chaque résultat, qu'il soit positif ou négatif, est un pas vers la décision qui sera prise dans le choix du traitement d'un prochain patient. Comme dans toute véritable application scientifique, l'échec est attribué à un certain type d'ignorance : manque de connaissances scientifiques sur les lois qui s'appliquent à l'expérience particulière en cause, manque de compétence personnelle de la part de l'expérimentateur dans l'application des méthodes et des principes, ou encore son insuffisante capacité à maîtriser cette variable insaisissable qu'est le patient. Dans une telle médecine, plus la variable « patient » est contrôlable, plus le résultat est prévisible.

La science médicale dans son état d'avancement le plus récent, appliquée par le médecin scientifique au « cas » qui lui tombe sous la main, est censée fournir le traitement techniquement adéquat, et peu importe si le résultat est la guérison, la mort ou l'absence de réaction du patient. Sa légitimité est inscrite dans des tableaux statistiques qui prédisent en probabilité ces trois résultats avec une précision mathématique. Les fonctionnaires de cette médecine scientifique, collectivement, constituent une bureaucratie et non une corporation de « praticiens » libéraux.

Depuis le début du siècle, le corps médical est une Église établie. Pour ce corps de médecins scientifiques, seulement « deux hypothèses pour le futur peuvent être envisagées : 1. ou bien des explications rationnelles, fondées sur des données mesurables, seront proposées de tous les troubles dont se plaignent les malades ; 2. ou bien va persister à côté de ce domaine mesuré un secteur dominé par les mythes, par les forces inconscientes, secteur accessible seulement à certains dompteurs de mythes spécialisés²³ ». En effet, un nouveau radicalisme se nourrit maintenant de la crise de la médecine et prépare une attaque contre l'idéologie qu'elle sécrète de façon bureaucratique. Tant l'inquisition exercée par l'Ordre que la mise en question de l'orthodoxie transforment les sectes en Églises. La mise en question de l'idéologie scientifique médicale constitue un quatrième modèle ambigu de réforme politique²⁴.

22 J.-C. Soumia, *Logique et morale du diagnostic*, Paris, Gallimard, 1961.

23 Jean Bernard, *Grandeur et tentations de la médecine*, Paris, Buchet-Chastel, 1973, p. 290.

24 Michael Marien, *The Psychic Frontier : Towards New Paradigms for Man*, World Institute Coun-

Il existe des précédents historiques aux actions légales qui sont proposées pour briser le monopole quasi ecclésiastique de la médecine moderne. Quatre modes de séparation de l'Église et de l'État ont été essayés dans le passé. Le premier flatte la tradition. Il prive le pape d'assistance séculière quand il a excommunié un hérétique. On ne touche ni à son pouvoir de collecter des impôts ni à son droit de définir les lois du mariage. Dans la séparation de la médecine et de l'État, ce degré de libéralisme est loin d'être atteint dans la plupart des pays modernes. On met toujours les gens en prison si le dogme médical les catalogue comme charlatans. Jusqu'en 1974, en France, l'avorteur allait en prison comme, au Moyen Âge, le prêtre ou le laïc qui avait célébré une messe noire. Depuis cette date, seule la personne qui pratique un avortement sans être ordonnée médecin est soumise à la peine. Le deuxième type d'action consiste à étendre les privilèges de l'Église établie à d'autres Églises. En République fédérale d'Allemagne, catholiques et luthériens ont droit également à l'argent public. La transposition dans le domaine médical serait que non seulement les professionnels reconnus, mais aussi les homéopathes et les rebouteux auraient droit à une tranche du gâteau budgétaire. À un troisième niveau, on a le type de séparation rigide de l'Église et de l'État qui prévaut aux États-Unis. Dans ce modèle, l'Église ne reçoit absolument aucun appui direct sous forme d'un accès à l'argent public, mais sans que cela signifie en aucune manière une quelconque défiance ou opposition vis-à-vis des buts qu'elle poursuit. On considère alors les Églises comme des institutions probablement nécessaires, et en tout cas inévitables. Dans le cas de la médecine, l'équivalent serait qu'aucun fonds public ne serait accordé au soutien direct de l'institution médicale. Une dernière forme de séparation de l'Église et de l'État est le modèle russe de tolérance des Églises : celles-ci sont considérées comme malsaines, elles sont contrôlées et taxées. Bien entendu, on n'a encore proposé nulle part que ce modèle soit appliqué à l'institution médicale.

Les propositions qui actuellement consistent à donner des droits égaux à différents types d'exercice de la médecine visent toutes en quelque sorte à la séparation de l'« Église » médicale et de l'État. Elles se classent plutôt dans la deuxième catégorie, celle de l'égalité des privilèges. Les mécanismes pour promouvoir ce pluralisme d'accès au financement public peuvent prendre deux formes : celle qui place les hétérodoxes sous la surveillance du corps médical orthoscientifique et celle qui encourage la compétition entre orthodoxes en conflit. Dans le premier cas, c'est par intégration au corps médical que l'her-

cil, 777 United Nations Plaza, New York 10017 : donne une clef bibliographique à l'explosion récente des nouveaux modes de guérir qui tendent à réclamer leur légitimité.

boriste, l'homéopathe, l'acupuncteur et le médium peuvent voir leurs services bénéficier du régime de remboursement. Dans le second cas, il y a aussi deux possibilités : le financement public parallèle de plusieurs systèmes de médecine, comme en Inde et en Chine immédiatement après la Révolution culturelle, et le financement direct par le patient qui aurait le droit de choisir son guérisseur. Sous toutes ses formes, le pluralisme médical est une politique hautement ambiguë.

Dans une société dominée par le rêve thérapeutique, le pluralisme multiplie la désertion malade. Actuellement, la seule manière de se retirer de l'activité quotidienne pour quelqu'un qui est dégoûté de son travail est de trouver un médecin qui définisse comme symptôme d'une maladie orthodoxe le comportement psychosomatique qu'il a adopté. Plus il y a de théories différentes ayant le pouvoir de poser un diagnostic et de définir un traitement, plus il y a de raisons pour renoncer à la responsabilité de transformer ce qui dans le milieu rend notre ami malade, et plus la maladie se dépolitise. Si la séparation de l'Église médicale et de l'État ne permet pas aux citoyens une plus grande capacité à assumer une responsabilité personnelle autonome, elle ne pourra que renforcer, et non réduire, la médicalisation pathogène.

LA CAPITULATION DU MÉDECIN DEVANT LE POLYTECHNICIEN

J'ai évoqué jusqu'ici quatre types de critiques qui sont adressées à la structure institutionnelle du complexe médico-industriel. Chacune d'entre elles donne naissance à un projet politique dont j'ai montré qu'il ne peut aboutir qu'à un renforcement de la dépendance des gens vis-à-vis de bureaucraties médicales, et cela parce que, dans tous les cas, la santé y est traitée en termes d'interventions et de planification thérapeutiques. Les stratégies proposées s'expriment toujours par des actes chirurgicaux, ou des interventions chimiques, sur le comportement et la vie de gens qui sont malades ou qui pourraient le devenir. Une cinquième catégorie de critiques rejette de tels objectifs. Sans cesser de voir en la médecine un programme d'interventions techniques, ces critiques affirment que si les stratégies mises en œuvre par la médecine échouent, c'est parce qu'elles se polarisent trop sur les individus et les groupes malades et pas assez sur l'environnement qui est à l'origine de la maladie²⁵.

Les recherches qui visent à dépasser l'intervention clinique se concentrent

25 Comme exemples : Hans Schaefer, « L'avenir de la santé publique », 2000, *Revue de l'aménagement du territoire*, n° 25, p. 24-25, 1973 ; Leo Kapzig, « Santé et sociétés industrielles », *ibid.*, p. 24.

pour la plupart sur la programmation de l'environnement social, psychologique et physique de l'homme. Ce qu'on entend dans les études techniques par «déterminants non médicaux de l'état de santé» se réfère presque toujours à un programme de planification du milieu²⁶. Les ingénieurs-thérapeutes ne font plus porter leur action sur le patient présent ou potentiel, mais sur le système plus vaste dont on suppose qu'il fait partie. Ils ne manipulent plus le malade, ils reconstruisent l'environnement pour apporter la bonne santé à toute une population²⁷. Dans la liste des stratégies politiques contre-productives, j'ai pu me passer de mentionner jusqu'ici les demandes de perfectionnement technique, parce que les types de progrès proposés qui ne sont ni évidemment iatrogènes ni des *performances macabres* se réduisent à des projets de manipulation du milieu.

L'intervention sanitaire conçue comme programmation hygiénique du milieu procède de catégories différentes de celles du clinicien. Son centre d'intérêt est le comportement des groupes dans le milieu marqué par l'expansion industrielle, plutôt que les maladies; l'effet du «stress» sur la population, plutôt que l'impact sur certains individus d'agents particuliers; la relation entre la niche où l'humanité a évolué et cette humanité, plutôt que la relation entre les objectifs poursuivis par des personnes et leur capacité à les atteindre²⁸.

La médecine écologique part du présupposé que, d'une façon générale, les individus sont plus le produit de leur environnement que de leur dotation génétique. Cet environnement est en train de s'altérer rapidement sous l'effet de l'industrialisation. Jusqu'à présent, l'humanité a montré une extraordinaire capacité d'adaptation. L'espèce «homme» a démontré une capacité incomparable à survivre en dépit d'un très haut niveau de dysfonctions imposées par le milieu. René Dubos craint que l'humanité ne soit capable de s'adapter aux tensions engendrées par la seconde révolution industrielle et la surpopulation, de la même façon qu'elle a survécu dans le passé à la famine, à la peste et à la

26 Monroe Lerner, Harvey Brenner, John Cassel *et al.*, *The Non-Health Services Determinants of Health Levels: Conceptualization and Public Policy Implications*, Report of a sub-committee under the Carnegie Grant to the Medical Sociology Section, American Sociological Association, 29 août 1973, mimeogr. : traite de la délimitation conceptuelle du domaine de l'acte sanitaire. La protection de la population contre la iatrogenèse par l'acte médical en fait partie.

27 A. Sheldon *et al.*, *Systems and Medical Care*, Cambridge, MIT Press, 1970. - Guy Benveniste, *The Politics of Expertise*, Berkeley, Glendessary Press, 1972 : guide pour les nouveaux «conseillers du prince». Sérieuses critiques : Hedwig Conrad-Martius, *Utopien der Menschenzüchtung. Der Sozialdarwinismus und seine Folgen*, München, Kösel, 1955 ; Gerald Leach, *Les Biocrates, manipulateurs de la vie*, Paris, Seuil, 1973.

28 René Dubos, «Man and his environment: biomedical knowledge and social action», *Pan American Health Organization. Scientific Publication*, n° 131, mars 1966.

guerre. Il parle avec crainte de cette possibilité de survie parce que l'adaptabilité, qui est un atout pour la survie, est aussi un lourd handicap. Les causes les plus courantes de maladie sont des exigences d'adaptation.

Une médecine nouvelle, dont le but est principalement de maintenir viable, par la planification du milieu, le phénomène humain dans un monde de machines, est en train de naître. Une telle entreprise vise la création d'une matrice plastique, la programmation de systèmes qui réduisent les risques d'effondrement. La notion de patient s'éclipse devant celle d'homme administré.

La nouvelle politique médicale ayant pour but principal la programmation du système industriel en vue de réduire les risques d'effondrement²⁹ transforme le monde en hôpital pour des patients à vie. On peut prévoir que le remplacement d'une médecine focalisée sur le patient par une médecine focalisée sur le milieu est susceptible d'avoir au moins deux types de conséquences sinistres. D'une part, l'effacement des frontières entre différentes catégories de déviances ; d'autre part, l'émergence de la notion de traitement global et sa légitimation. Soins médicaux, rééducation et remise en état psychique ne seraient alors que les différentes formes d'une programmation de l'homme pour l'adapter à un environnement programmé. Dans une société où l'acte sanitaire est radicalement médicalisé, la découverte des limites implicites à la croissance des services institutionnels peut avoir une conséquence redoutable. Comme le système médical se révèle incapable de satisfaire les demandes qui lui sont adressées, il est probable que des états actuellement classés comme maladies seront bientôt démedicalisés et traités en tant que déviances criminelles ou conduites asociales. Le champ des interventions médicales et sanitaires s'étendra alors de telle façon que les restrictions imposées traditionnellement aux interventions éclateront et que la distinction entre manipulations hygiénique, pédagogique et criminologique s'effacera. La voie où peut conduire une intégration des professions thérapeutiques est tracée par le type de thérapeutique du comportement que l'on applique aux condamnés américains, et par l'incarcération dans des hôpitaux psychiatriques des adversaires politiques en URSS : c'est l'effacement progressif des frontières entre des thérapeutiques infligées au nom de la médecine, de l'éducation ou de toute autre idéologie.

Le temps est venu, non seulement de procéder à une évaluation publique des effets de la médecine, mais encore de renoncer au rêve pansanitaire qui a

29 Une intéressante définition opératoire du concept d'« effondrement » chez Aaron Antonovsky, « Breakdown: a needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine », *Social Science and Medicine*, vol. VI, 1972, p. 537-544.

nom « planification du milieu³⁰ ». Si le but de la médecine contemporaine est de rendre sans utilité la capacité qu'ont les gens de sentir et de guérir, l'écomédecine, elle, promet de satisfaire leur désir aliéné de survivre dans un milieu entièrement programmé.

30 Pour la littérature sur la récente réorientation écologique de la médecine, voir Thomas M. Dunaye, *Health Planning: A Bibliography of Basic Readings*, Council of Planning Librarians: Exch. Bibliography, 1968, mimeogr. et reproduit dans *CIDOC Antologia A2*. - R.P. Sangster, *Ecology, a Selected Bibliography*, Council of Planning Librarians; Exch. Bibliography, janvier 1971. - National Library of Medicine, *Selected References on Environmental Quality as it Relates to Health*, depuis 1971, National Library of Medicine, 8600 Rockville Pike, Bethesda, Md. *Environmental Biology and Medicine*, New York, depuis 1971. *Environmental Health Perspectives*, National Institute of Environmental Health Sciences, Triangle Park, London, 1972. *Environmental Health*, depuis 1971. - Kogai, *The Newsletter from Polluted Japan*: la lutte décentralisée contre la pollution menée par environ 2 000 groupes spontanés, et appuyée sur la recherche de quelques universitaires, est coordonnée par des professeurs qui éditent ce bulletin en anglais pour établir des contacts avec l'étranger. Directeur: Jun Ui, Faculty of Urban Engineering, University of Tokyo, Hongo, Bunkyo-ku, Japon.

TROISIÈME PARTIE

LA IATROGENÈSE STRUCTURELLE

La colonisation médicale

L'humanité est la seule espèce vivante dont les membres ont conscience d'être fragiles, partiellement infirmes, sujets à la douleur et voués à la cessation radicale, c'est-à-dire la mort. Seul l'homme peut souffrir et être malade. La capacité d'être conscient de la douleur fait partie de l'adaptation autocritique au milieu qu'on appelle la santé de l'homme. La santé, c'est la survie dans un bien-être que l'on sait relatif et éphémère. C'est la viabilité de l'animal dépourvu d'instinct, viabilité qui doit être médiatisée par la société. Cette santé suppose la faculté d'assumer une responsabilité personnelle devant la douleur, l'infériorité, l'angoisse et, finalement, devant la mort. Elle est en rapport avec la signification active de l'individu dans le corps social, et dans ce sens la « santé » du fœtus ou du nourrisson ressemble encore à celle du lapin ou du chat.

La santé de l'homme a toujours un type d'existence socialement définie. Globalement, elle s'identifie à la « culture » dont traite l'anthropologue, et qui n'est pas autre chose que le programme de vie qui confère aux membres d'un groupe la capacité de faire face à leur fragilité et d'affronter, toujours dans le provisoire, un environnement de choses et de mots plus ou moins stable.

En identifiant la « culture » à un programme de santé, il faut éviter les pièges d'une anthropologie pour qui toutes les cultures sont au service d'une essence humaine immuable, tout autant que les pièges de celle pour qui toute culture donne une définition arbitraire de l'homme¹. Il n'existe pas d'être humain qui ne soit transformé par la société dans laquelle il se trouve, pas plus qu'il n'existe de société qui ne se fonde sur l'autonomie avec laquelle ses membres participent au programme qu'elle établit. La culture, c'est le « cocon » qui permet à l'être conscient de se réconcilier avec la niche de l'univers où son espèce a évolué et qui a été rendue hostile par l'emploi des outils.

¹ Clifford Geertz, *The Impact of the Concept of Culture on the Concept of Man*, in Yehudi A. Cohen, éd., *Man in Adaptation : The Cultural Present*, Chicago, Aldine, 1968.

Pour être sûrs de comprendre dans quel sens la culture est un « cocon » nécessaire à la survie, nous devons aller au-delà de ses manifestations apparentes et nous concentrer sur sa fonction. On voit mieux alors que la culture n'est pas un simple complexe de modèles de comportements concrets, tels que les coutumes, les usages, les traditions, les habitudes, mais que c'est un ensemble de mécanismes, de projets codés de régulation, de plans, de règles et d'instructions. L'homme étant l'animal qui s'est affranchi du déterminisme génétique de ses instincts, il a besoin, à un degré extrême, d'une régulation qui lui soit extérieure et sans laquelle il ne pourrait maintenir l'équilibre vital face à l'échec. En d'autres termes : toute culture est une des formes possibles de la viabilité humaine, la *Gestalt* de la santé caractéristique d'un groupe. Elle ne s'ajoute pas à l'animal conscient virtuellement achevé, et elle ne remplace pas, non plus, sa conscience. Elle est le mode de production de l'animal humain ; elle détermine la façon dont la vie doit être organisée, les catégories disponibles pour donner forme aux émotions. En se soumettant à la régulation d'un programme médiatisé sur le mode symbolique, l'être humain achève sa destinée biologique. En orientant le comportement, la culture détermine la santé, et c'est seulement en bâtissant une culture que l'homme trouve sa santé.

Pour chacun, la culture est le programme d'une lutte qui se termine dans l'agonie. La culture est le règlement de la lutte avec la nature et avec le voisin. Dans ce combat, l'homme est souvent seul, mais les armes, les règles du jeu et le style du combat sont fournis par la culture dans laquelle il a été élevé. Toute culture élabore et définit une façon particulière d'être humain et d'être sain, de jouir, de souffrir et de mourir. Tout code social est cohérent avec une constitution génétique, une histoire, une géographie données et avec la nécessité de se confronter avec les cultures avoisinantes. Le code se transforme en fonction de ces facteurs, et avec lui se transforme la « santé ». Mais à chaque instant le code sert de matrice à l'équilibre externe et interne de chaque personne ; il engendre le cadre dans lequel s'articule la rencontre de l'homme avec la terre et avec ses voisins, et également le sens que l'homme donne à la souffrance, à l'infirmité et à la mort. C'est le rôle essentiel de toute culture viable de fournir des clefs pour l'interprétation de ces trois menaces, les plus intimes et les plus fondamentales qui soient. Plus cette interprétation renforce la vitalité de chaque individu et plus elle rend la pitié envers l'autre réaliste, plus on peut parler d'une culture saine².

2 Sur l'intégration de la médecine dans la société primitive, voir Henry E. Sigerist, *A History of Medicine. I: Primitive and Archaic Medicine*, N.Y. ; Oxford Univ. Press, 1967 ; Erwin H. Ackerknecht, « Primitive medicine and culture pattern », *Bulletin of the History of Medicine*, 1942, vol. XII, p.

Ce pouvoir générateur de santé, inhérent à toute culture traditionnelle, est foncièrement menacé par le développement de la médecine contemporaine. L'institution médicale est une entreprise professionnelle, elle a pour matrice l'idée que le bien-être exige l'élimination de la douleur, la correction de toute anomalie, la disparition des maladies et la lutte contre la mort. Elle renforce les aspects thérapeutiques des autres institutions du système industriel et assigne des fonctions hygiéniques subsidiaires à l'école, à la police, à la publicité et même à la politique. Le mythe aliénant de la civilisation médicale cosmopolite parvient ainsi à s'imposer bien au-delà du cercle dans lequel l'intervention du médecin peut se manifester³.

L'élimination de la douleur, de l'infirmité, des maladies et de la mort est un objectif nouveau qui n'avait jusqu'à présent jamais servi de ligne de conduite pour la vie en société. C'est le rituel médical et son mythe correspondant qui ont transformé douleur, infirmité et mort, d'expériences essentielles dont chacun doit s'accommoder, en une suite d'écueils qui menacent le bien-être et qui obligent chacun à recourir sans cesse à des consommations dont la production est monopolisée par l'institution médicale. L'homme, organisme faible mais muni du génie de récupération, devient un mécanisme fragile soumis à une continuelle réparation. D'où la contradiction qui oppose la civilisation médicale dominante à chacune des cultures traditionnelles avec lesquelles elle se trouve confrontée lorsqu'elle fait irruption, au nom du progrès, dans les campagnes ou dans les pays dits sous-développés.

Les cultures traditionnelles tirent leur fonction hygiénique précisément de leur capacité de soutenir chaque homme confronté à la douleur, à la maladie et à la mort en leur donnant un sens et en organisant leur prise en charge par lui-même ou par son entourage immédiat. L'hygiène traditionnelle, c'est en priorité des règles pour manger, dormir, aimer, jouer, chanter, souffrir et mourir. Sans doute la superstition fait-elle partie de ces règles, mais dans la plupart des cas même l'acte d'exorcisme et de magie est accompli dans le cadre d'un mode de production décentralisé et autonome. L'hygiène traditionnelle prescrit également comment se marier, comment arracher les dents, comment prendre les drogues et comment accoucher⁴.

545-574 ; Evans-Pritchard, *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azandé*, Londres, Oxford Univ. Press, 1951, part. IV, p. 3,

3 P. Berger, B. Berger et H. Kellner, *The Homeless Mind. Modernisation and Consciousness*, New York, Vintage Book, 1974.

4 Orientations bibliographiques à l'ethnomédecine : Erwin H. Ackerknecht, « Natural disease and rational treatment in primitive medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. XIX, n° 5, mai 1946, p. 467-497 ; Steven Polgar, « Health and human behaviour : areas of interest common to the

En fait, les interventions auxquelles la plus grande partie des recherches en anthropologie médicale se consacrent ne constituent qu'une fraction infime de ce que la culture traditionnelle apporte à la santé. Dans la société préindustrielle, c'est la structure globale du programme culturel qui a pour but la pratique de l'hygiène en tant qu'habitude et en tant que vertu.

L'efficacité de ce programme traditionnel repose sur l'intégration d'aspects techniques, sociaux et symboliques, équilibre qu'à un certain moment vient ébranler l'invasion de la civilisation médicale cosmopolite. Celle-ci substitue à un programme d'action personnel un code selon lequel les individus sont tenus de se soumettre aux instructions émanant des thérapeutes professionnels. Elle remplace une hygiène centrée sur l'acte personnel par une autre, centrée sur la prestation professionnelle. L'institution assume la gestion de la fragilité, et en même temps restreint, mutile et finalement paralyse la possibilité d'interprétation et de réaction autonome de l'individu confronté à la précarité de la vie. L'efficacité que les personnes et les petites communautés peuvent atteindre en prenant soin d'elles-mêmes dans une société traditionnelle ne débouche pas sur la concurrence qui caractérise le mode de production industriel. Quand l'idéal d'une prise en charge de la santé par l'agence médicale devient dominant, l'équilibre entre deux modes de production complémentaires est définitivement rompu.

L'attachement et l'allégeance croissante à la thérapeutique affectent aussi l'état d'esprit collectif d'une population. Une demande idolâtre de manipulation remplace la confiance dans la force de récupération et d'adaptation biologique, le sentiment d'être responsable de l'éclosion de cette force et la confiance dans la compassion du prochain qui soutiendra la guérison, l'infirmité et le déclin. Le résultat est une régression structurelle du niveau de santé, celle-ci étant comprise comme pouvoir d'adaptation de l'être conscient. Ce syndrome de régression, je l'appelle *iatrogenèse structurelle*. Dans les trois chapitres suivants je traiterai successivement de l'apparition historique de trois symptômes qui révèlent cette perte de santé.

social and medical sciences», *Current Anthropology*, 3 (2), avril 1962, p. 159-205 ; Marion Pearsall, *Medical Behavioral Science: A Selected Bibliography of Cultural Anthropology, Social Psychology and Sociology in Medicine*, University of Kentucky Press, 1963.

L'aliénation de la douleur

En colonisant une culture traditionnelle, la civilisation moderne transforme l'expérience de la douleur. Elle retire à la souffrance sa signification intime et personnelle et transforme la douleur en problème technique. La souffrance cesse alors d'être acceptée comme contrepartie de chaque réussite de l'homme dans son adaptation au milieu et chaque douleur devient un signal d'alarme qui appelle une intervention extérieure pour l'étouffer. Cette médicalisation de la douleur réduit la capacité que possède tout homme de s'affirmer face au milieu ou de prendre la responsabilité de sa transformation, capacité en quoi consiste précisément la santé.

La culture préindustrielle élève le seuil de tolérance à la douleur en lui donnant un sens. La civilisation médicale s'engage à réduire la souffrance en augmentant la dépendance. La culture rend la douleur supportable en l'intégrant à un système chargé de sens, l'idéologie de la médecine industrielle détache la douleur de tout contexte subjectif afin de mieux la détruire. Les cultures traditionnelles, dans leur majorité, rendent l'homme responsable *de* son comportement sous l'impact de la douleur ; ce que l'homme industrialisé perçoit, c'est que la société est responsable *envers* l'individu affligé qu'elle doit délivrer de sa douleur¹. Cette inversion du sens de la responsabilité à l'égard de la douleur reflète et renforce une transformation éthique et politique.

Chaque tradition propose un ensemble de vertus dans lesquelles la réponse à la douleur peut s'incarner et par lesquelles la douleur corporelle prend la forme d'une expérience personnelle caractéristique d'une culture. Chaque homme, à travers la structure de sa langue, à travers les gestes qui l'ont formé, est imprégné d'un style qui lui permet d'assumer la douleur en tant qu'il est responsable *de* sa vie ou *envers* les autres. Seule la douleur assumée comme

¹ Voir Alfred Schutz, « Some equivocations in the notion of responsibility », in *Collected Papers*. II : *Studies in Social Theory*, La Haye, Nijhoff, 1964, p. 174-276 : pour la distinction d'une responsabilité *de* et d'une responsabilité *envers*.

responsabilité de sa vie concrète en fait une expérience personnelle, affrontée de manière autonome et non mécanique et contraignante ; expérience quotidienne et ordinaire, ni histrionique ni héroïque ; personnelle et sociale et non artificielle et individualiste. Selon la culture dans laquelle elle survient, la souffrance peut évoquer le devoir, le détachement, la prière, la plainte, la pitié, la rage. En dépit de la consolation religieuse, de la suggestion du rituel magique ou d'un opium quelconque, dans un tel cadre la souffrance reste une œuvre autonome, inéluctable et solitaire. La culture stimule la capacité de chacun de continuer à vivre avec la présence ou la menace de la douleur.

Ce tissu de réponses organiques est en train de se transformer en une demande générale de gestion technique des sensations, des expériences et de l'avenir individuels. La douleur donnait autrefois naissance à une réponse culturelle permettant aux hommes de faire face à la réalité chaque fois que celle-ci se présentait comme une barrière à leur volonté d'action. Désormais, la douleur est transformée en problème d'économie politique², ce qui donne naissance à un processus en boule de neige : l'individu a appris à se percevoir comme « consommateur d'anesthésies » et se lance à la recherche de traitements qui lui procurent une insensibilité, une inconscience, une aboulie ou une apathie artificiellement provoquées.

La douleur considérée essentiellement comme expérience de l'inévitable a eu l'efficacité politique de limiter l'exploitation de l'homme par l'homme. Si cruel fût-il, le pouvoir était contraint à une sorte de réalisme, jusque dans l'abus. Mais, dans une société industrielle, une proportion de plus en plus importante du mal qui atteint l'homme est constituée par le choc qu'exerce sur lui un outillage qui ne saurait lui servir de milieu. La dynamique industrielle élimine la capacité de refus de l'homme autonome qui aurait pu servir de borne à son expansion. En expropriant la douleur, le progrès de l'idéologie industrielle la supprime en tant que limite à la croissance ultérieure de l'abus. On ne voit plus dans la douleur une nécessité « naturelle » à laquelle s'ajoute l'agression de l'autre. Toute douleur se présente dès lors comme le résultat d'une technologie fautive, d'une législation injuste ou d'un manque de médecine analgésique. L'hétéronomie dans la douleur, typique pour le consommateur d'anesthésie, transforme celle-ci en une demande accrue de médicaments, d'hôpitaux, de services de santé mentale et autres soins impersonnels et professionnalisés, ainsi qu'en un soutien politique à la croissance d'une institution médicale, quel

2 Michel Foucault et les membres du GIS (Groupe information santé), « Médecine et lutte de classes », *La Nef*, « Vers une antimédecine ? », Paris, Taillandier, cahier n° 49, 29^e année, octobre-décembre 1972, p. 67-73.

que soit son coût humain, social ou économique. Je veux démontrer que cette mainmise technique sur la souffrance aboutit nécessairement à une nouvelle espèce d'expériences culminant à Auschwitz et à Hiroshima.

Pour mieux saisir cette question, il est nécessaire d'inclure dans l'explication de la douleur le contexte social dans lequel celle-ci apparaît³. La sensation de la douleur est provoquée par des messages que reçoit le cerveau. L'expérience de la douleur à laquelle je réserve la désignation de «souffrance» dépend, en qualité et en intensité, de quatre facteurs au moins, en dehors de la nature et de l'intensité du stimulus : le langage, l'anxiété, l'attention et l'interprétation. À travers ces quatre facteurs, qui donnent forme à la douleur, agissent des déterminants sociaux : l'idéologie, les structures économiques, les caractéristiques sociales. C'est la culture qui décide si c'est le père, la mère ou les deux ensemble qui doivent gémir à la naissance de l'enfant⁴. Le caractère individuel, les habitudes acquises et les circonstances déterminent le sens que l'homme donne aux sensations corporelles ainsi que l'intensité de sa souffrance⁵. Il est bien connu que, sur un champ de bataille, des soldats qui considèrent la mutilation comme une fin relativement heureuse de leur carrière militaire personnelle refusent des injections de morphine, qu'ils considéreraient comme absolument nécessaires pour calmer leur angoisse si une mutilation identique à leur blessure leur était infligée dans une salle d'opération⁶.

Avec la médicalisation d'une culture, les déterminants sociaux de la souffrance agissent en sens inverse. Là où souffrir, c'est d'abord affronter une épreuve, on respecte la douleur en tant qu'expérience intime et incommunicable. Dès que la douleur devient objet de manipulation, on y voit surtout la réaction d'un organisme ; on peut la vérifier, la mesurer et la gérer. C'est cet affadissement, cette réification de l'expérience subjective qui fait de la douleur la matière d'un diagnostic puis d'un traitement extérieur plutôt qu'une occasion pour celui qui l'endure d'accepter sa culture, son anxiété et ses croyances⁷. La profession médicale décide quelles sont les douleurs

3 Thomas S. Szasz, *Pain and Pleasure*, New York, Basic Books (Londres, Tavistock), 1957.

4 Grantly Dick-Read, *Childbirth Without Fear*, Dell Paperback, 1962 (orig. 1944).

5 Leonhard M. Weber, «Grenzfragen der Medizin und Moral», in *Gott in Welt. Festgabe für Karl Rahner*, t. II, 1964, p. 693-723 ; Steven Brena, *Pain and Religion : A Psychophysiological Study*, C.C. Thomas, 1972 ; Convegno del Centro di Studi Sulla Spiritualità Medievale, *Il dolore e la morte nella spiritualità, secoli XII-XIII*, OH 7-10 1962, Todi, Acad. Tudealina, 1967.

6 Henry Beecher, *Measurement of Subjective Responses : Quantitative Effects of Drugs*, New York, Oxford Univ. Press, 1959. Harris Hill *et al.*, «Studies on anxiety associated with anticipation of pain. I: Effects of morphine», *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1952, 67, p. 612-619.

7 Thomas S. Szasz, «The psychology of persistent pain. A portrait of l'«homme douloureux»», in

authentiques, quelles sont celles qui sont imaginées ou simulées⁸. La société reconnaît ce jugement professionnel et y adhère. La douleur objective ne pourrait devenir souffrance qu'à travers le regard d'autrui, mais c'est le regard professionnel, partagé par la société, qui détermine le rapport du patient à son expérience. En milieu médicalisé, la douleur bouscule et bouleverse la victime sans qu'elle ait d'autres recours que de se livrer au traitement. Elle transforme en vertu obsolète la compassion, source de réconfort, de consolation ou de distraction. Aucune intervention personnelle ne peut plus alléger la souffrance et détourner ainsi la recherche des thérapies⁹.

L'histoire de la médicalisation de la douleur reste encore à écrire. Quelques monographies savantes traitent de l'inversion de l'attitude des médecins envers la douleur durant les deux cent cinquante dernières années¹⁰. A. Souques a contribué à l'histoire de la douleur comme signe diagnostique¹¹. Quelques textes traitant des attitudes contemporaines à l'égard de la douleur offrent des aperçus historiques¹². La médecine anthropologique allemande et hollandaise a réuni des éléments précieux sur le développement de la douleur moderne en décrivant l'évolution des perceptions corporelles dans l'ère technologique¹³. La relation entre l'institution médicale et l'anxiété des patients a été explorée par quelques psychiatres et, à l'occasion, par la médecine générale. Reste un terrain vierge pour la recherche : le changement de l'attitude médicale envers la douleur.

Soulairac, Cahn et Charpentier, *Pain*, 1968, p. 93-113.

8 Harold G. Wolff et Stewart Wolff, *Pain*, 2^e éd., American Lecture Physiology series, C.C. Thomas, 1958 ; Benjamin L. Crue, Jr., *Pain and Suffering. Selected Aspects*, C.C. Thomas, 1970.

9 Pour la bibliographie sur la « mesure » médicale de la douleur, voir H.K. Beecher, « The measurement of pain », *Pharmacological Reviews*, 9, 1957, p. 59 ; W. Noordenbos, *Pain : Problems Pertaining to the Transmission of Nerve Impulses which Give Rise to Pain*, New York, Elsevier Publishing Co., 1959 ; H. Merksey et F.G. Spear, *Pain : Psychological and Psychiatric Aspects*, Londres, Baillière, Tindall and Cassel, 1967.

10 Richard Toellner, « Die Umbewertung des Schmerzes im 17. Jahrhundert in ihren Voraussetzungen und Folgen », *Med. Historisches Journal*, 6, 1971. - Ferdinand Sauerbruch et Hans Wenke, *Wesen und Bedeutung des Schmerzes*, Berlin, Junker und Dünhaupt, 1936. - Thomas Keys, *History of Surgical Anesthesia*, éd. rev., New York, Dover, 1963.

11 A. Souques, « La douleur dans les livres hippocratiques. Diagnostics rétrospectifs », *Bull. Soc. Franc. Hist. Med.*, 1937, 31, p. 209-244 et 279-309 ; 1938, 32, p. 178-186 ; 1939, 33, p. 37-48 et 131-144 ; 1940, 34, p. 53-59 et 78-93.

12 Kenneth D. Keele, *Anatomies of Pain*, C.C. Thomas, 1957. - H. Buddensieg, *Leid und Schmerz als Schöpfermacht*, Heidelberg, 1956.

13 Frederick Jacobus Johannes Buytendijk, *De la douleur*, Paris, PUF, coll. « Bibliothèque de philosophie contemporaine », 1951. - Victor E. von Gebssattel, *Imago hominis. Beiträge zu einer personalen Anthropologie*, 2, Aufl. Otto Müller, Salzburg.

Plusieurs obstacles s'opposent à une telle histoire de la vision médicale de la douleur. Une des premières difficultés que rencontrera un historien de la douleur est la profonde transformation subie par la relation de la douleur aux autres maux dont l'homme peut souffrir. La douleur a changé de position par rapport au chagrin, à la culpabilité, au péché, à l'angoisse, à la peur, à la faim, à l'infirmité. De nouvelles catégories de maux sont apparues telles l'anomalie, l'aliénation, la dépression, l'invalidité. Le sens fort dans lequel le mot « douleur » est employé couramment dans une salle d'opération désigne quelque chose qui n'avait pas de nom spécial pour les générations précédentes. Le mot est médicalisé par son emploi professionnel et se réduit à la désignation de cette partie de la souffrance sur laquelle le médecin peut affirmer sa compétence ou son contrôle.

Une histoire de l'évolution de la douleur médicalisée butera donc d'emblée sur un problème sémantique. L'objet technique que la médecine contemporaine désigne par le mot « douleur », même aujourd'hui, n'a pas d'équivalent simple dans le discours ordinaire. Dans la plupart des langues occidentales, le terme annexé par les médecins recouvre entre autres le chagrin, la tristesse, l'affliction, l'anxiété, la honte et la culpabilité. Si l'anglais *pain* et l'allemand *Schmerz* ont un sens corporel précis mais non exclusif, en revanche la plupart des synonymes indogermaniques couvrent un champ sémantique bien plus vaste¹⁴. La douleur corporelle est nommée avec des termes qui désignent aussi le « travail pénible », l'« épreuve », l'« amertume », la « torture », l'« endurance », la « punition », l'« agonie » ou, plus généralement, la « tribulation » et l'« affliction », et signifient en plus « maladie », « malaise », « fatigue », « faim », « deuil », « blessure », « détresse », « tristesse », « trouble », « confusion », « oppression ».

Cette litanie est loin d'être complète ; elle montre que le langage peut distinguer plusieurs sortes de « maux » ayant tous un reflet ou une origine corporelle. La proximité de la douleur et du « mal » est particulièrement évidente en français. Elle se révèle dans l'entretien clinique, quand, à la question du médecin sur la « douleur » qui l'amène, le patient montre sa jambe et dit : « J'ai mal là. » D'autre part, le français sait distinguer le mal de la souffrance. On peut souffrir dans toute sa chair sans « avoir mal » nulle part. C'est une distinction qui trouve son équivalent en allemand mais elle n'admet aucune traduction directe en anglais.

14 Carl Darling Buck, *A Dictionary of Selected Synonyms in the Principal Indo-European Languages. A Contribution to the History of Ideas*, Chicago/Londres, Univ. of Chicago Press, 1949 ; pain-suffering 16.31 ; grief-sorrow 16.32 ; emotion-feeling 16.12 ; passion 16.13.

L'institutionnalisation industrielle des valeurs se reflète dans le langage. Elle change le poids des mots qui désignent les maux et de ceux qui désignent l'expérience personnelle du mal. Les termes dans lesquels le médecin explique aux infirmières la nature de la douleur gagnent en précision objective et les termes à référence subjective dans lesquels le patient s'efforce de saisir sa douleur se vident et perdent leur pouvoir de communication. Le même mot peut subir une double transformation : il peut prendre un sens plus fort quand il est employé comme terme technique et en même temps s'affaiblir comme expression du langage ordinaire.

Un second obstacle à une histoire de la douleur est son statut exceptionnel, axiologique et épistémologique. La douleur spécifiquement corporelle constitue un cas extrême par rapport à tout autre jugement de valeur et à tout autre objet de la connaissance. La douleur personnelle est *sui generis* à la fois en tant que valeur négative et en tant qu'expérience. Cette place extrême de la douleur dans la condition humaine est à la racine d'une double impasse du discours sur la douleur. Elle est également à la base de cette lacune des recherches que je déplore. Plus on est saisi par la douleur corporelle, plus sont oblitérées toute distance, toute perspective et toute lumière.

La douleur corporelle constitue une valeur négative propre au sujet qui l'éprouve, et elle se distingue nettement de toute autre valeur négative soit extérieure, soit organique. Robert Hartman¹⁵ donne une illustration de cette distinction. Intuitivement, je perçois une nette différence dans les réponses que je fais : à quelqu'un qui me dit qu'il souffre et ainsi engage ma compassion, aux malades qui l'entourent, dont on me dit qu'ils souffrent et qui ainsi éveillent ma sympathie, enfin devant un cas clinique de migraine, qui provoque ma curiosité scientifique. C'est l'expérience intrinsèque et personnelle désignée dans le premier cas par l'expression « ma douleur » qui a échappé à toute étude historique. Aussi bien s'agit-il d'un concept qui semble, à première vue, éminemment dépourvu de dimension historique.

La douleur en tant que valeur négative intrinsèque désigne l'expérience qui abolit la discontinuité entre l'organisme et son environnement, l'expérience dans laquelle la réponse éclipse totalement le stimulus, la persistance pénible de la subjectivité sans référence à un but ou à un objet¹⁶. La douleur dans ce sens désigne une expérience effrayante, précisément parce qu'elle échappe

15 Robert S. Hartman, *The Structure of Value: Foundations of Scientific Axiology*, Carbondale, Southern Illinois Univ. Press, 1967.

16 David Bakan, *Disease, Pain and Sacrifice. Toward a Psychology of Sufferings*, Chicago, Beacon Press, 1968.

à tout effort pour l'intégrer à une catégorie. Deux personnes qui comparent leurs migraines à l'aide d'une référence verbale qui ne peut que leur rester extrinsèque savent que la « douleur » intrinsèque échappe à la comparaison. Plus encore, elles savent que cette douleur reste inaccessible au terme qui la désigne cliniquement. À propos de cette espèce exceptionnelle de valeur négative qu'est la douleur intrinsèque, il existe une espèce exceptionnelle de certitude. Valeur négative incommunicable, cette valeur est également indéniable. À la différence d'autres maux, elle n'admet pas la distinction entre la cause nocive et l'expérience pénible : l'anéantissement de cet écart la distingue des autres atteintes à l'équilibre physiologique. La certitude de cette douleur laisse l'homme dans la solitude de son expérience.

Paradoxalement, malgré l'impossibilité de communiquer la douleur corporelle propre, la certitude de son existence chez l'autre est également d'un type exceptionnel. Selon Wittgenstein, cette perception de la douleur chez autrui se fonde sur la compassion que je ressens pour lui. Plus ma compassion est profonde, plus est profonde la certitude que j'éprouve de sa douleur et de l'entière solitude de l'autre dans ce qu'il ressent¹⁷. Toujours suivant Wittgenstein, la certitude que l'autre est capable de cette expérience précède l'assurance qu'il est humain. Même le prisonnier n'arrive pas à se convaincre que son bourreau ne ressent aucune compassion envers lui.

Ces quelques digressions d'ordre sémantique, axiologique et épistémologique m'ont paru nécessaires pour justifier un traitement historique de la douleur corporelle. J'ai cru nécessaire d'indiquer de façon sommaire comment cette expérience d'une extrême intimité peut avoir une histoire. Il me semble que la médicalisation progressive du langage de la douleur, de la réponse à la douleur et du diagnostic de la souffrance est en train de déterminer des conditions sociales qui paralysent la capacité personnelle de « souffrir » la douleur.

Quand j'éprouve une douleur, je suis toujours conscient du fait qu'une question se pose. Dans l'étude de l'histoire de la douleur, le mieux est de se concentrer sur l'évolution de cette question. Que la douleur soit la mienne ou celle d'un autre, une interrogation s'inscrit dans sa perception. La question qu'elle suscite est un aspect aussi essentiel de la douleur que son intimité et sa solitude. La douleur est expérimentée comme signe d'une carence de raison, de perspective, de référence, de présence. Qu'est-ce qui ne va pas ? Combien de temps encore ? Pourquoi faut-il... pourquoi dois-je... pourquoi puis-je être victime de cette douleur ? Tout observateur scientifique qui se fermerait à cet

17 Ludwig Wittgenstein, *Philosophical Investigations*, Oxford, 1953, p. 88 sq.

aspect référentiel de la douleur ne verrait plus que réflexes ou réactions instinctives. Il n'étudierait que ce qu'il y a de cobaye en l'homme. Tout médecin sincère sait que, tout en restant sourd à la question inscrite dans la plainte du patient, il peut reconnaître des symptômes spécifiques, mais alors il ne comprend rien à la souffrance du patient. Malheureusement, le développement de la faculté d'objectivation de la douleur est un des résultats de la formation scientifique des médecins. Leurs études les incitent à concentrer leur attention sur les aspects de la douleur qui peuvent être étudiés expérimentalement - de préférence sur l'homme et sur le cobaye - et qui peuvent être pris en main par un agent extérieur, comme la stimulation nerveuse périphérique, la transmission de l'influx, la réaction au stimulus et son conditionnement par le contrôle pharmacologique et clinique du patient. L'acte médical se réduit alors à une intervention mécanique¹⁸.

Communément, on utilise des animaux pour tester les effets antalgiques de produits pharmaceutiques ou d'interventions chirurgicales, et les observations faites sur les souris, et plus rarement sur les singes, sont ensuite vérifiées sur l'homme. Tant que les gens sont examinés dans des conditions expérimentales très semblables à celles dans lesquelles on teste les animaux, les mêmes interventions calmantes donnent des résultats plus ou moins comparables. Mais, le plus souvent, lorsqu'il s'agit d'appliquer les mêmes méthodes à des gens qui « souffrent vraiment », on ne retrouve plus du tout les effets que l'on avait obtenus en situation expérimentale. C'est uniquement lorsque la faculté de souffrir, d'accepter la douleur, a été émoussée qu'une intervention analgésique a l'effet prévu. Dans ce sens, la gérance de la douleur présuppose la médicalisation de la souffrance.

Vivant dans une société qui valorise l'anesthésie, le médecin et son client apprennent tous les deux à étouffer l'interrogation inhérente à toute douleur. Cette interrogation est transmuée en une vague anxiété que l'on peut facilement réduire et dissoudre au moyen d'opiacés. Les patients apprennent à concevoir leur propre douleur comme un fait clinique objectif qu'on peut soumettre à un traitement standardisé. En réponse à certains traitements, le patient devient capable de végéter avec sa douleur sans pouvoir en souffrir : il la regarde comme on regarde un poisson à travers le cristal de l'aquarium. Des patients lobotomisés offrent l'exemple extrême de cette aliénation de la douleur. L'atteinte portée aux capacités supérieures ramène le subi de la douleur

18 A. Soullairac, J. Cahn et J. Charpentier, éd., *Pain*, Proceedings of the International Symposium organized by the Laboratory of Psychophysiology, Faculty of Sciences, Paris, 11-13 avril 1967, p. 119-230. Voir aussi l'article de Soullairac dans *Le Monde* du 18 décembre 1974, p. 19.

à une simple gêne physique à laquelle s'applique une dénomination clinique.

Une douleur vécue ne constitue une souffrance que si elle est intégrée à une culture. C'est précisément parce que la culture fournit un cadre qui permet d'organiser le vécu qu'elle est une condition indispensable au développement de l'art de la souffrance. La culture donne à toute douleur la forme d'une interrogation qui peut être exprimée et partagée ; elle fournit des éléments pour véhiculer la douleur, les sons, les mots et les gestes qui soulagent en permettant la communication. Elle fournit également la syntaxe pour que l'expression de la douleur puisse prendre corps dans un discours qui relie la victime à son milieu. Enfin la culture fournit les mythes qui expliquent l'existence de la douleur : Kismet, karma ou purification du péché ; ou encore vengeance, punition ou envie du voisin doué d'un mauvais œil. Dans une certaine perspective, on pourrait dire que chaque culture représente un art particulier de souffrir.

C'est certainement dans la Grèce ancienne qu'il faut chercher une des sources de l'attitude européenne en face de la douleur. Le bonheur ne pouvait se concevoir séparé de la peine, pas plus qu'une vie intense sans une sanction tragique. L'homme, dans son corps, faisait partie d'un univers en agonie permanente, et l'âme sensible - dont parle Aristote - était complètement coextensive à ce corps. Dans ce contexte, il n'y a pas de place pour la distinction, si chère à notre époque, entre le sens et l'expérience de la douleur. L'âme n'avait pas encore divorcé du corps, ni la douleur de la blessure. Tous les mots grecs qui désignaient une douleur du corps pouvaient s'appliquer également aux peines de l'âme.

Les élèves d'Hippocrate distinguaient de nombreuses catégories de disharmonie, chacune d'elles provoquant un type particulier de douleur. Pour eux, la douleur était un outil au service du diagnostic scientifique. Elle révélait au médecin quelle sorte d'harmonie devait retrouver le patient. Le traitement visait le rétablissement de l'harmonie. En cours de traitement, la douleur pouvait bien disparaître, mais ce n'était pas là l'objectif primordial de l'intervention médicale. L'anesthésie médicale, qu'il faut distinguer du soulagement recherché dans la prière, le vin ou les alcaloïdes accessibles, était, de façon surprenante, absente de la pratique médicale.

La pensée grecque tient que l'homme est une victime du mal et aussi que ce mal se manifeste dans la douleur du corps, mais en dépit du haut développement de la technique médicale le but du médecin n'était jamais le soulagement de la douleur mais plutôt la restitution de l'équilibre. Nous n'avons alors aucun indice d'une médicalisation de la douleur.

Une seconde source des attitudes européennes envers la douleur se trouve dans la Bible. Pour le Juif la douleur est un mal tout court, qu'elle soit ou non l'instrument du châtement divin¹⁹. Si l'art grec de souffrir culminait dans la plainte tragique, l'art hébreu choisit le style de la protestation souvent élégiaque qui va jusqu'à la contestation personnelle des desseins de Dieu. L'Ancien Testament parle de la douleur avec une telle richesse de nuances que les traducteurs de la Bible, au II^e siècle avant Jésus-Christ, se virent obligés de rendre treize mots hébreux différents par un seul mot grec signifiant «douleur»²⁰. Dans leur majorité, les mots juifs désignant l'expérience du mal étaient enracinés profondément dans le corps, chaque mot impliquant l'affection d'un organe spécifique. Mais ces organes étaient conçus chacun comme le siège d'une émotion particulière et, malgré cette richesse des renvois à l'expérience corporelle, la catégorie médicale moderne de «douleur physique» était totalement étrangère au texte hébreu.

Dans le Nouveau Testament, la douleur reste, dans la ligne de l'Ancien, un mal d'autant plus redoutable qu'il est jumelé d'une façon nouvelle et intime avec le péché et qu'il contraste avec la bonté de Dieu qui se révèle avec un nouvel éclat. Le Grec avait vu la douleur comme l'ombre du bonheur et du plaisir, pour le chrétien elle devient l'ombre de sa rédemption, donc condition d'une nouvelle joie. La douleur du crucifié devient le gage du salut. Si l'homme-Dieu s'est soumis à elle, pour le croyant elle est plus que jamais inéluctable. En même temps l'inévitabilité de la douleur se transforme, dans la doctrine de la politique chrétienne, en devoir de souffrir et en instrument sans précédent de répression. On ne peut pas comprendre le phénomène occidental de lutte institutionnelle médicale contre la douleur sans voir en elle une réaction à l'utilisation politique d'un prétendu devoir de souffrir dans l'Occident chrétien.

Pour les néoplatoniciens, la douleur apparaissait comme le résultat de quelque déficience des hiérarchies célestes. Pour les manichéens, c'était le résultat de la méchanceté d'un démiurge, architecte maléfique de l'univers. Pour les chrétiens, elle est le résultat de la perte de l'intégrité originelle due au péché d'Adam. Mais peu importe la propension des sectes à se jeter mutuellement l'anathème : pour toutes, la douleur avait le goût amer d'un mal cos-

19 Immanuel Jakobovitz, «Attitude to pain», in *Jewish Medical Ethics*, New York, Bloch Publ. Co., 1967, p. 103.

20 Pour une étude du traitement de la douleur corporelle et de la souffrance : Gerhard Kittel, *Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament*, Stuttgart, 1933. Voir les articles suivants : Bultmann, «Lype»; Stahlin, «Asthenés»; Michaelis, «Pascho»; Oepke, «Nosos».

mique. Qu'elles aient considéré la douleur comme la manifestation d'une faiblesse de la nature, d'une volonté perverse ou d'un châtiment juste, toutes ces idéologies servaient à justifier et à soutenir la souffrance consciente d'un mal inévitable. Cette attitude envers la douleur est une caractéristique distinctive commune aux cultures méditerranéennes postclassiques jusqu'au milieu du XVII^e siècle. Comme un alchimiste l'a dit au XVI^e siècle, la douleur est « la teinture amère ajoutée à la pétillante infusion de la semence du monde ». Dès sa naissance, chacun était appelé à apprendre l'art de souffrir dans cette vallée de larmes. Cette vision, commune aux traditions et aux spiritualités opposées, distingue l'Europe de l'Asie, elle est le résultat d'une rencontre complexe de courants, et ce serait une solution de facilité de ne reconnaître en elle que la contribution du message chrétien.

Pour l'homme chrétien, la douleur est une prise de conscience du goût amer de la réalité. Les religions se bornaient à préciser son origine. Pour Plotin, l'amertume de la réalité provenait d'un manque d'harmonie, pour les cathares d'une défiguration, pour les chrétiens d'une blessure dont l'homme est tenu pour responsable. Selon sa religion et ses modèles, l'individu faisait face au mal en le défiant, en accueillant l'occasion de se purifier, en acceptant de faire pénitence, en s'unissant mystiquement au sacrifice du Christ, en tolérant l'inévitable à contrecœur ou en cherchant à lui échapper, à l'éviter ou à l'adoucir : le pèlerinage pour retrouver la santé ainsi que l'usage des stupéfiants et de l'alcool ont toujours existé. Une seule approche de la douleur était cependant impensable : celle qui vise à la faire disparaître.

Il y a trois raisons qui expliquent pourquoi cette approche analgésique est restée étrangère à toutes les civilisations européennes. Premièrement, la douleur n'était rien d'autre que la manifestation chez l'homme d'un univers imparfait : elle n'était jamais conçue comme une simple dysfonction mécanique de l'un de ses sous-systèmes. La signification de la douleur était cosmique et mythique, et non individuelle et technique. Deuxièmement, la douleur était intrinsèque à la nature. Le médecin qui aurait voulu éliminer la douleur aurait dénaturé son patient. Finalement, la douleur était conçue comme une expérience de l'âme, mais d'une âme qui était présente dans le corps tout entier. Il ne pouvait exister un mal, source de la douleur, qui se distinguât du mal qu'était la douleur elle-même. Vouloir l'éliminer aurait équivalu à l'élimination du patient.

La lutte contre la douleur ne commença que lorsque Descartes eut séparé le corps de l'âme. Il bâtit un modèle du corps en termes de géométrie, de mécanique ou d'horlogerie, semblable à une machine qui pourrait être répa-

rée par un ingénieur. Le corps devint un appareil possédé et dirigé par l'âme, mais depuis une distance quasi infinie. La « chair » (que l'allemand peut désigner encore plus précisément par le mot *Leib*) fut réduite à un corps inerte que l'âme pouvait diriger.

Pour Descartes, la douleur est un signal, transmis à l'âme, d'une autodéfense grâce à laquelle le corps protège son intégrité mécanique. La douleur devient une consigne utile dans le cadre d'un processus d'apprentissage. À travers elle, l'âme apprend comment éviter des dommages plus graves au corps. Leibniz résume la nouvelle perspective didactique en parlant du grand ingénieur de l'univers qui a confectionné l'homme de la façon la plus parfaite possible, et qui n'a pu inventer de meilleur dispositif pour sa conservation que de lui fournir un sens de la douleur²¹.

À la fin du XIX^e siècle, la douleur s'était émancipée de tout référentiel explicitement métaphysique : elle pouvait être discutée en tant que régulateur des fonctions physiologiques²². Charles Richet l'analyse comme un phénomène physiologique souverainement utile, sans se poser de questions sur son traitement ou sa valeur diagnostique. La recherche expérimentale sur la douleur ayant pour but la thérapie analgésique présupposait cette démystification préalable.

Le virage de la médecine vers l'analgésie s'inscrit à l'intérieur d'une réévaluation idéologique de la douleur qui se reflète dans toutes les institutions contemporaines. La douleur et son élimination par sa prise en charge institutionnelle ont acquis une place centrale dans l'angoisse de notre temps. Le progrès de la civilisation devient synonyme de réduction du volume total de la souffrance. La nouvelle sensibilité s'inquiète du monde tel qu'il est, non pas parce qu'il est rempli de péchés, parce qu'il manque de lumière, parce qu'il est menacé par la barbarie - elle s'exaspère parce que le monde est rempli de douleurs. Sous la pression de cette nouvelle sensibilité à la douleur, la politique tend à être conçue comme une entreprise destinée moins à maximiser le bonheur qu'à minimiser la souffrance²³. Elle devient l'activité directrice d'une série d'entreprises, chacune produisant le remède à un mal : l'ignorance, l'immobilité et, avant tout, la douleur. La douleur en arrive à être vue d'abord comme la condition des hommes que la corporation médicale n'a pas fait profiter de sa boîte à outils. L'idée que l'art de souffrir est une réponse alterna-

21 Gottfried Wilhelm Leibniz, *Essais de théodicée sur la bonté de Dieu, la liberté de l'homme et l'origine du mal*, Paris, Garnier-Flammarion, 1969.

22 Charles Richet, « Douleur », in *Dictionnaire de physiologie*, vol. V, Paris, Félix Alcan, 1902, p. 173-193.

23 Kenneth Minogue, *The Liberal Mind*, Londres, Methuen, 1963.

tive et complémentaire à la consommation analgésique acquiert une tonalité littéralement obscène.

Dans une société dominée par l'analgésie, il semble rationnel de fuir la douleur, littéralement, à tout prix, plutôt que de lui faire front. Il semble raisonnable de supprimer la douleur, même si cela supprime la fantaisie, la liberté ou la conscience. Il semble raisonnable de se libérer des contraintes imposées par la douleur, même si cela coûte la perte de l'indépendance. Au fur et à mesure que l'analgésie domine, le comportement et la consommation font décliner toute capacité de faire face à la douleur, indice de capacité de vivre. En même temps, la faculté de jouir des plaisirs simples et des stimulants faibles décroît. Il faut des stimulants de plus en plus puissants aux gens qui vivent dans une société anesthésiée pour avoir l'impression qu'ils sont vivants. Le bruit, les chocs, les courses, la drogue, la violence et l'horreur restent quelquefois les seuls stimulants encore capables de susciter une expérience de soi. Dans son paroxysme, une société analgésique accroît la demande de stimulations douloureuses.

Aujourd'hui, il est devenu extrêmement difficile de reconnaître que la capacité de souffrir peut constituer un signe de bonne santé, dès lors que sa suppression institutionnelle incarne l'utopie technique directrice d'une société. Le consommateur, voué aux trois idoles de l'anesthésie, de la suppression de l'angoisse et de la gérance de ses sensations, rejette l'idée que, dans la plupart des cas, il affronterait sa peine avec beaucoup plus de profit s'il la contrôlait lui-même. Le souvenir des autres, des pauvres, des « sous-développés » et des gens d'autrefois, dont la douleur n'est pas gérée systématiquement, crispe l'« antalgomane » en lui rappelant sa propre impuissance à nouer des relations intimes avec son milieu. Par là s'explique le rejet entêté de toute valorisation positive de la douleur et l'acharnement à interpréter une telle valorisation comme le résultat, soit d'une tendance sadomasochiste, soit d'une idéologie façonnée par un dolorisme pseudo-chrétien. Dans une société où le ministère de la Santé se charge de toute gestion administrative légitime des peines, on considère comme subversif celui qui suggère le droit des gens aux conditions culturelles et politiques dans lesquelles ils peuvent contrôler leurs douleurs inévitables et en même temps accéder aux sédatifs, narcotiques, anesthésiants et même au poison, sous leur propre responsabilité.

A la limite, on pourrait illustrer l'incompréhension de nos contemporains pour la distinction entre souffrance autonome et souffrance hétéronome par la mentalité qui se manifeste dans la controverse médico-juridique sur le « droit » à l'euthanasie. La presque totalité des intervenants supposent que le raccour-

cissement ou la fin de la vie humaine implique inévitablement un acte médical. Dès lors, ils doivent affronter la question de savoir dans quelle mesure le médecin peut assumer les fonctions de bourreau. L'idée qu'un homme sain est capable de disposer de sa vie, et en particulier de l'achever sans avoir recours à l'Église ou à l'hôpital, semble une idée scandaleuse à la plupart des avocats de l'euthanasie. Bien souvent, ces gens-là revendiquent le monopole professionnel de l'exécution du patient, lequel est obligé, de plus en plus, de vivre dans une société qui pousse ses membres au suicide et le leur rend inaccessible.

Poussées à leurs limites, la manipulation de la douleur et l'expropriation professionnelle de la souffrance pourraient substituer un nouveau type d'horreur au mal au sein duquel a toujours évolué l'être humain : le cauchemar éveillé en face d'un réel aussi pénible que hors d'atteinte. Peut-être le terme « schizo-algie » conviendrait-il pour dénommer ce symptôme de la surmédicalisation, particulièrement lorsque celle-ci devient une condition de survie dans un milieu industriel qui s'est grotesquement distordu et qui échappe à l'échelle humaine. Le cri de désespoir et le geste de révolte sont étranglés à leur source.

Robert Lifton a étudié le comportement des rescapés qui se trouvèrent près du « point zéro » de la bombe d'Hiroshima²⁴, entourés d'une foule d'agonisants. Il a découvert chez les survivants un état de fermeture émotionnelle, une paralysie du sentiment et une rupture de tout contact avec leur propre douleur. Vingt ans plus tard, quand Lifton a fait son enquête, le souvenir de cette anesthésie traumatisait encore les rescapés. Selon Lifton, il se manifeste par une profonde culpabilité ou honte d'avoir survécu sans avoir fait l'expérience d'une douleur quelconque au moment de l'explosion. La blessure qu'ils n'ont pas pu assumer dans la souffrance s'est installée chez eux comme un état pathologique chronique. Ils ont été possédés par une peine monstrueuse, précisément parce qu'elle a dépassé leur capacité de déceler en elle la moindre interrogation.

Il me semble que la schizo-algie produite par l'atrocité écologique de la bombe atomique ou, à un autre niveau, par le milieu industriel peut être engendrée également par la destruction iatrogène du pouvoir de souffrir. La gestion technique de la douleur, qui l'émousse et finalement l'exproprie, peut engendrer une horreur résiduelle qui échappe à toute emprise de la part d'un individu stupéfait, ainsi qu'aux traitements ultérieurs. Ce cauchemar éveillé du spectateur figé, impassible en face de sa propre déchéance, n'a plus rien de commun avec le cri d'angoisse, le blasphème ou la folie traditionnels de l'in-

24 Robert Lifton, *Death in Life-Survivors of Hiroshima*, New York, Random House, 1969.

dividu au moment où la trame de sa souffrance est déchirée par l'intolérable²⁵. Aider cet homme en crise à retrouver sa façon de poursuivre sa vie ou de se préparer à la mort est d'ailleurs une tâche pour laquelle les techniques analgésiques, psycholeptiques et neurologiques auront à offrir des interventions dont l'application optimale dépendra de la disponibilité d'un technicien.

Le progrès de la technique physiologique et biomédicale ne favorise la santé que dans la mesure où il étend la responsabilité des souffrants. L'homme moderne a droit à un savoir moderne sur les bienfaits et les dangers des drogues et autres procédés qui altèrent les sensations ; il a droit à l'usage autonome des moyens techniques modernes qui lui permettent de donner une nouvelle dimension technique à son acte de souffrance dans un milieu culturellement appauvri ; ce n'est que dans de rares circonstances qu'il aura recours à l'acte médical, et alors le droit aux services du neurochirurgien comme à l'opium ou à l'acupuncteur doit être égal pour tous et l'initiative de leur usage doit rester au malade.

25 Terence E. Des Prés, « Survivors and the will to bear witness », extrait d'un livre à paraître : *The Survivor*, Oxford Univ. Press, *Social Research*, vol. XL, n° 4, hiver 1973, p. 668-690.

La maladie hétéronome

« Les années qui précèdent et suivent immédiatement la Révolution ont vu naître deux grands mythes, dont les thèmes et les polarités sont opposés ; mythe d'une profession médicale nationalisée, organisée sur le mode du clergé, et investie, au niveau de la santé et du corps, de pouvoirs semblables à ceux que celui-ci exerçait sur les âmes ; mythe d'une disparition totale de la maladie dans une société sans troubles et sans passions, restituée à sa santé d'origine. La contradiction manifeste des deux thématismes ne doit pas faire illusion : l'une et l'autre de ces figures oniriques expriment comme en noir et blanc le même dessin de l'expérience médicale. Les deux rêves sont isomorphes - l'un racontant d'une façon positive la médicalisation rigoureuse, militante et dogmatique de la société, par une conversion quasi religieuse, et l'implantation d'un clergé de la thérapeutique ; l'autre racontant cette même médicalisation, mais sur le mode triomphant et négatif, c'est-à-dire la volatilisation de la maladie dans un milieu corrigé, organisé et sans cesse surveillé, où finalement la médecine disparaîtrait elle-même avec son objet et sa raison d'être¹. » Ainsi Michel Foucault caractérise-t-il le progrès de la médicalisation en France vers la fin du XVIII^e siècle.

Le nouveau clergé recevra en partage les biens confisqués à l'Église. Les fidèles devront être convertis à un mode de vie orienté vers la santé plutôt que vers le salut. L'assainissement commencera au niveau de la famille et du village qui pourront prendre soin de leurs membres. Ainsi, poursuit Michel Foucault, résumant la conception du Girondin Lanthenas : « La première tâche du médecin est donc politique : la lutte contre la maladie doit commencer par une guerre contre les mauvais gouvernements : l'homme ne sera totalement et définitivement guéri que s'il est d'abord libéré. » Un Service national de santé veillera sur cette libération : il formera les citoyens à la frugalité, leur fera connaître les plaisirs sains. Il promulguera des lois alimentaires que feront observer ses officiers médicaux. Des magistrats médicaux prési-

¹ J'emprunte librement, pour ce chapitre, aux textes réunis par Michel Foucault dans sa magistrale étude : *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1972.

deront des tribunaux de santé institués pour protéger les citoyens des charlatans et des profiteurs.

Les propositions du « Comité de mendicité » furent encore plus radicales. Détachées de leur contexte, on pourrait les confondre avec les slogans des « Black Panthers » revendiquant le droit des peuples à gérer eux-mêmes leur santé. Les soins de base, est-il énoncé, c'est à l'entourage qu'il revient de les prodiguer. Les fonds publics affectés au traitement de la maladie seront mieux employés à soulager les malheureux. L'hôpital dégrade inévitablement celui qui souffre.

L'identification des hôpitaux à des foyers de pestilence était courante, et elle s'explique facilement². C'étaient des institutions charitables destinées à recueillir les indigents. Personne n'allait à l'hôpital pour recouvrer la santé. Les malades, les fous, les infirmes, les épileptiques, les incurables, les enfants trouvés, les agonisants, ceux que l'on venait d'amputer, ceux qui mouraient littéralement de faim, tout ce monde était parqué pêle-mêle, sans considération d'âge ni de sexe, à tel point entassé qu'il y avait plusieurs occupants par lit. Les opérations se pratiquaient dans les allées ménagées entre les paillasses. La nourriture était assurée par le seul produit des aumônes. Des prêtres ou de pieux laïcs venaient offrir leurs consolations, les médecins faisaient des visites de charité, tandis que - de nombreux tableaux en témoignent - les dames de la société trouvaient une distraction dans la contemplation des mourants et des aliénés. Les remèdes ne représentaient que 3 % du maigre budget, dont plus de la moitié passait à nourrir chichement la population hospitalière. Les religieuses qui prenaient soin des malades n'étaient généralement pas logées à meilleure enseigne que ceux-ci : elles partageaient leur ordinaire, et étaient souvent aussi incultes qu'eux. La séquestration thérapeutique n'avait pas encore été inventée. Personne ne voyait dans la réclusion spécialisée, prison, hôpital ou maison d'internement, un instrument susceptible d'améliorer l'état du pensionnaire³. On comprend que les Montagnards soient allés au-de-

2 Pour un historique de l'hôpital, voir Mary Risley, *House of Healing. The Story of the Hospital*, Garden City, NY, Doubleday, 1961 ; M. Rochaix, *Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours*, Saintes, Fédération hospitalière de France, 1959 ; Jean Imbert, *Les Hôpitaux en France*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1958 ; F. Steudler, *Le Système hospitalier. Évolution et transformation*, Paris, Centre d'études des mouvements sociaux, 1973, mimeog. ; Janine Ferry-Pierre et Serge Karsenty, *Pratiques médicales et système hospitalier*, Paris, CEREBE, janvier 1974 ; Dieter Jetter, *Geschichte des Hospitals*, Wiesbaden, Steiner Verlag, 1966, Südhoff Archiv, Beihefte, 5, qui présente en plusieurs volumes solidement architecturés un panorama clair et exhaustif ; Henry Burdett, *Hospitals and Asylums of the World : Their Origin, History, Construction, Administration... and Legislation*, Londres, 1893 : un très grand classique.

3 Pour un historique de l'« enfermement » réparateur, voir David Rothman, *The Discovery of the Asy-*

là des recommandations faites par le Comité de mendicité. Certains d'entre eux demandèrent la suppression pure et simple de tous les hôpitaux, faisant valoir que ces lieux où s'entassaient les malades engendraient inévitablement la misère et la flétrissure. Selon eux, si une société continuait à avoir besoin d'hôpitaux, c'est que sa révolution avait échoué. « L'hôpital, comme la civilisation, dit Foucault, reprenant la description de Tenon, est un lieu artificiel où la maladie transplantée risque de perdre son visage essentiel. Elle y rencontre tout de suite une forme de complications que les médecins appellent fièvre des prisons ou des hôpitaux : asthénie musculaire, langue sèche, saburrale, visage plombé, peau collante, dévoiement digestif, urine pâle, oppression des voies respiratoires, mort du huitième au onzième jour, au plus tard le treizième. »

L'influence de Rousseau se manifeste assurément dans ce désir de ramener la maladie à son « état de nature », cette nature « sauvage » qui se définit elle-même et qu'on peut supporter sans faiblir ; le pauvre sera alors à même de se soigner chez lui, privilège jusqu'alors réservé uniquement au riche. Dans cette perspective, la maladie ne devient complexe, irrémédiable et insupportable que lorsque l'exploitation vient désunir la famille. Elle ne devient maligne et dégradante qu'avec l'apparition de l'urbanisation et de la civilisation.

S'appuyant sur un riche appareil de textes, Foucault montre que cette idée fixe d'éliminer la maladie, tare sociale qui doit disparaître comme toutes les autres, s'accompagne d'une multitude d'initiatives pour isoler et classer les maladies afin de mieux les cerner dans leur vérité essentielle. Tous les projets pour instaurer une société jouissant de la santé comportent ainsi une double exigence : d'un côté une restructuration de la société qui éliminera la maladie en même temps que les autres maux de la civilisation, de l'autre une recherche scientifique portant sur la nature de la maladie et ressortissant à la compétence médicale.

L'effort entrepris pour améliorer la santé, ce « mirage de la santé » selon le terme de Dubos, a donc eu, initialement, la forme d'un programme politique en deux points. Il s'agit maintenant de déterminer par quels cheminements l'idéologie industrielle s'est emparée de ce double courant, et de montrer comment la synergie entre l'action sur le milieu et l'action sur l'homme, parvenue à un certain point, s'est inversée pour devenir négative.

La notion d'intervention biomédicale sur l'individu ou sur son environne-

lum, Boston, Little Brown and Co, 1971 ; Milton Kotler, *Neighborhood Government : The Local Foundations of Political Life*, New York, Bobbs-Merrill Co, 1969 : donne un très sérieux aperçu sur l'expérience de Boston ; Gerald N. Grob, *Mental Institutions in America, Social Policy to 1875*, New York, The Free Press, 1973.

ment était tout à fait étrangère au discours public des années 1790. C'est seulement avec la Restauration que l'on en vint à définir l'élimination de la maladie comme une tâche technique devant être confiée à la profession médicale. Dans la période qui suit le congrès de Vienne, les hôpitaux se multiplient, les étudiants affluent dans les écoles de médecine. La description des maladies se précise : vers 1770, l'omnipraticien ne connaissait guère d'autres maladies que la peste et la variole⁴ ; vers 1860, l'homme de la rue pouvait au moins en citer une douzaine sous leur dénomination médicale. Si le médecin a émergé soudainement en tant que sauveur, héros de la civilisation et thaumaturge, ce n'est pas parce que la nouvelle technologie médicale avait fait ses preuves, mais parce que l'on ressentait le besoin d'un rituel magique donnant créance à une quête dans laquelle la révolution politique avait échoué. Pour que le budget de la nation prenne en charge la « maladie » et la « santé », il fallait rendre ces concepts opérationnels. Les affections devaient devenir des maladies objectives. Il convenait, à cet effet, de les distinguer et de les définir cliniquement, afin de fournir des catégories propres à un classement administratif dans les établissements hospitaliers, les archives, les budgets. La cause du traitement médical, définie par une idéologie politique nouvelle, bien que souterraine, acquérait le statut d'entité en soi, indépendante du médecin comme du patient.

Nous avons tendance à oublier à quel point les maladies entités sont d'origine récente. Au milieu du XIX^e siècle, il était encore banal de citer comme allant de soi cette sentence attribuée à Hippocrate : « Il n'est pas de pesée, pas de conformation et pas de calcul dont on puisse faire un critère de la santé et de la maladie. Il n'existe, dans l'art de la médecine, aucune certitude, si ce n'est dans les sens des médecins. » La maladie était encore regardée par le praticien comme la souffrance qu'éprouvait un être. La transformation de cette image médicale en entité clinique représente, dans la médecine, un événement comparable à la révolution copernicienne dans l'astronomie : l'homme cessait d'être le centre de son univers pour être catapulté à ses confins.

Il avait fallu trois siècles de maturation avant cette soudaine émergence de la maladie. L'espoir d'amener la médecine à un point de perfection égal à celui où Copernic avait conduit l'astronomie remonte à l'époque de Galilée. Descartes devait définir les conditions de mise en œuvre du projet. Sa description du corps humain en fait un véritable mécanisme d'horlogerie et établit une nouvelle distance, non seulement entre l'âme et le corps, mais encore entre le mal du patient et le regard du médecin. À l'intérieur de ce cadre, la douleur

4 François Millepierres, *La Vie quotidienne des médecins au temps de Molière*, Paris, Hachette, 1964.

devenait un signal et la maladie un ennui mécanique. Il était désormais possible de procéder à une classification des maladies. De même que l'on savait classer les minéraux et les végétaux, on pouvait isoler les maladies et en organiser la liste. Dans le cadre logique ainsi défini, la médecine se découvrait un nouveau but. La maladie fut placée au centre du système médical et soumise de plein droit a) à la vérification opérationnelle par le recours aux mesures ; b) à l'étude et l'expérimentation cliniques ; c) à l'évaluation conformément aux normes techniques.

Les contemporains de Galilée avaient été les premiers à faire entrer, sans grand succès d'ailleurs, la mesure dans les actes médicaux⁵. Depuis que Galien avait enseigné que l'urine était sécrétée dans la veine cave, et que sa composition indiquait directement la nature du sang, les médecins avaient procédé à l'examen olfactif et gustatif de l'urine, complété par l'examen oculaire à la lumière du soleil et à celle de la lune. Les alchimistes du xvi^e siècle savaient mesurer assez précisément le poids spécifique, et ils appliquaient cette méthode à l'urine des malades. Des dizaines d'interprétations différentes s'attachaient aux modifications de son poids spécifique. Sur ce modèle les médecins en vinrent à tirer des conséquences diagnostiques et curatives de toute nouvelle mesure qu'ils apprenaient à effectuer.

Cet usage de la quantification préparait la voie à la conviction que les maladies existent en elles-mêmes, indépendamment de la perception qu'en ont le médecin et le patient. Le recours à la statistique renforçait cette conviction. Celle-ci montrait que les maladies, étant présentes dans l'environnement, pouvaient donc s'attaquer aux hommes et les infecter. La première utilisation de statistiques médicales fut effectuée aux États-Unis en 1721 et publiée à Londres l'année suivante ; elle prouvait que la variole menaçait le Massachusetts, et que ceux qui avaient été « inoculés » contre cette maladie la contractaient moins souvent. L'initiateur de ce travail était le docteur Cotton Mather, dont la postérité a surtout retenu le nom pour l'intérêt inquisitorial qu'il prit aux procès des « sorcières » de Salem, mais on ne connaît guère son ardente défense de la « variolisation ».

5 Pour un historique de la pratique des mesures, consulter deux symposiums : (sous la direction de) Harold Woolf, *Quantification : A History of the Meaning of Measurements in the Natural and Social Sciences*, Bobbs Merrill, 1961 ; et Daniel Lerner, *Quantity and Quality. The Hayden Colloquium on Scientific Method and Concept*, New York, Free Press of Glencoe, 1961. Voir particulièrement in Harold Woolf l'article de Richard H. Shryock, « The history of quantification in medical science », p. 85-107. Pour un historique de l'application des mesures au domaine humain non médical, voir S.S. Stevens, « Measurement and man », *Science*, vol. CXXVII, n° 3295, 21 février 1958, p. 383-389, et *Handbook of Experimental Psychology*, New York, John Wiley & Sons, 1988.

Durant le ^{xvii}^e et le ^{xviii}^e siècle, les médecins qui recouraient à des mesures dans leurs examens risquaient fort de passer pour des charlatans aux yeux de leurs confrères. À la fin du ^{xviii}^e siècle, les praticiens anglais n'accordaient que peu de foi à la thermométrie clinique. Celle-ci n'a acquis droit de cité, concurremment à la prise systématique du pouls, que vers 1845, trente ans après la première mise en usage du stéthoscope par Laennec.

L'intérêt du médecin se déplaçant du malade vers le mal, l'hôpital devint un musée de la maladie. Les salles regorgeaient d'indigents venus offrir le spectacle de leur corps à tout médecin disposé à les soigner⁶. C'est vers la fin du ^{xviii}^e siècle que l'on commença à entrevoir que l'hôpital était logiquement un lieu propice à l'étude et à la comparaison des « cas ». Les médecins allaient dans les hôpitaux pour s'exercer, dans le pêle-mêle des patients, à reconnaître plusieurs « cas » de la même maladie. C'est devant le lit du malade que se forgea dès lors leur vision, leur regard clinique. Au cours des premières décennies du ^{xix}^e siècle, l'attitude médicale à l'égard de l'hôpital passa par une nouvelle étape. Jusqu'alors, la formation des médecins s'était fondée principalement sur les conférences, les démonstrations et les controverses. Désormais, c'est au chevet du malade que les futurs praticiens s'exerçaient à voir et à reconnaître les maladies. L'approche clinique donnait naissance à un nouveau langage sur les maladies et à une réorganisation de l'hôpital afin qu'elles puissent être aisément présentées aux étudiants.

L'hôpital accédait au rang d'établissement éducatif. Il n'allait pas tarder à constituer un laboratoire d'expérimentation des traitements puis, au début du siècle suivant, un lieu de guérison⁷. Au lazaret du passé s'était substituée une entreprise de réparations aux ateliers bien cloisonnés.

Mais tout cela s'était fait par étapes. La clinique, au ^{xix}^e siècle, fut pendant un temps le grand rassemblement des porteurs de maladies, lesquelles y étaient

6 Lorsque la maladie est devenue une entité distincte de l'homme et relevant en soi du traitement médical, d'autres aspects de l'homme ont soudainement pu être séparés de celui-ci, recevoir une affectation, faire l'objet d'une vente. Un motif littéraire typique au ^{xix}^e siècle est celui de l'homme qui a perdu ou vendu son ombre : A. von Chamisso, *Histoire merveilleuse de Peter Schlemil*, 1814. - Un docteur démoniaque peut ravir à un homme son reflet : E.T. A. Hoffmann, « L'histoire du reflet perdu », in *Les Aventures de la nuit de la Saint-Sylvestre*, 1815. Chez W. Hauff, « Le cœur de pierre », in *L'Auberge du Spessart*, 1828, le héros troque son cœur contre un cœur de pierre afin de se sauver de la ruine. Dans les deux générations qui suivent, on va, dans la littérature, vendre son appétit, son nom, sa jeunesse et ses souvenirs. Voir Elisabeth Frenzel, Schlemil, in *Stoffe der Weltliteratur*, Stuttgart, Kroner Verlag, 1970, p. 667-669. Il convient de remarquer que cette « vente » typique du ^{xix}^e siècle est tout à fait différente de l'ancien thème de Faust qui fait de l'âme, après la mort, la proie du Diable.

7 Emanuel Berghoff, *Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes*, Vienne, Maudrich, 1947.

identifiées, recensées, comptabilisées. Bien avant que la pratique médicale ne passe par l'hôpital, la vision médicale était déjà hospitalière. L'établissement spécifique prôné par les révolutionnaires français dans l'intérêt du patient est devenu une réalité parce que l'intérêt des médecins était de classer la maladie. Durant tout le XIX^e siècle, la pathologie a surtout consisté dans la classification des anomalies anatomiques. Ce ne fut que dans les toutes dernières années du siècle que les disciples de Claude Bernard entreprirent de définir et de cataloguer la pathologie des fonctions⁸.

La santé acquit, parallèlement à la maladie, un statut clinique : elle devint l'absence de symptômes cliniques. La bonne-santé fut associée aux standards cliniques de la normalité⁹.

Jamais la maladie n'aurait pu être associée à l'anormal si, en l'espace de deux siècles, la valeur des standards universels n'en était venue progressivement à être reconnue dans tous les domaines. La montée et l'expansion des États n'ont fait qu'accroître la force de ces normes opérationnelles. La première forme de comportement soumise à la standardisation fut le langage. En 1635, sous l'impulsion du cardinal de Richelieu, le roi de France fondait une Académie de quarante membres, réunissant les esprits tenus pour les plus distingués des lettres françaises, afin de protéger et de purifier la langue. Comme on pouvait s'y attendre, les académiciens imposèrent le langage de la bourgeoisie naissante qui, dans le même temps, acquérait la maîtrise des instruments de production, eux-mêmes en plein développement. La langue de la nouvelle classe de producteurs capitalistes devint la norme pour toutes les classes. L'autorité de l'État avait outrepassé son droit de légiférer jusqu'à faire jurisprudence dans les moyens d'expression. Les citoyens apprirent à se soumettre au pouvoir normatif d'une élite dans des domaines où, jusqu'alors, ni l'Église ni les codes juridiques nationaux n'avaient pénétré. Les hérésies grammaticales portaient en elles-mêmes leur propre sanction : qui les commettait se mettait par là même à sa place, c'est-à-dire là où le privilège ne s'exerce pas. Le bon français, c'était ce qui répondait aux normes académiques, tout comme la bonne santé allait bientôt être ce qui répondait à la norme clinique.

Le mot latin *norma* signifie « équerre » - l'équerre du charpentier. Jusqu'aux

8 Mirko D. Grmek, « La conception de la maladie et de la santé chez Claude Bernard », in Alexandre Koyré, *Mélanges Alexandre Koyré. L'aventure de la science*, vol. I, Paris, Hermann, 1964, p. 208-227.

9 Georges Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1972 : thèse sur l'histoire de l'idée de normalité dans la pathologie du XIX^e siècle ; achevée en 1943, elle est complétée par une postface de 1966. Sur l'historique de la « normalité » en psychiatrie, voir Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.

années 1830 le mot anglais *normal* avait le sens d'«orthogonal». Au cours des années 1840, il en vint à désigner les objets conformes à un type courant. Dans les années 1880, il prit en Amérique la signification d'état ou de condition habituels, non seulement pour les choses mais aussi pour les gens. Puis, au ^{xx} siècle, il a été employé à l'évaluation des êtres. Il est vrai qu'en France il était passé depuis déjà un siècle de la géométrie dans la société. L'«école normale» désignait l'école où les enseignants de l'Empire recevaient leur formation. C'est vers 1840 qu'Auguste Comte a donné à ce mot sa première connotation médicale. Il exprimait par là son espoir que, lorsque les lois relatives à l'état normal de l'organisme seraient connues, il serait possible d'entreprendre l'étude de la pathologie comparée.

Durant la dernière décennie du ^{xix} siècle, les normes et les types devinrent les critères fondamentaux du diagnostic et de la thérapeutique. Il n'était pas nécessaire, en l'occurrence, que tous les traits anormaux soient considérés comme pathologiques : il suffisait que tous les traits pathologiques soient considérés comme anormaux. La maladie en tant que déviation d'une norme rendait l'intervention médicale légitime en fournissant une orientation pour la thérapie.

La perception de la maladie en tant que déviation de la norme transforme à présent pour la troisième fois le rapport médecin-hôpital¹⁰. Je pense que nous nous trouvons actuellement à mi-chemin de cette transformation. Cotton Mather avait d'abord fait concourir les statistiques à la mesure de la maladie. La médecine, aujourd'hui, en fait un usage toujours plus large pour la formulation du diagnostic et la détermination de la thérapeutique. Le mot «clinique», dont le sens premier était «au chevet du malade» et qui en était venu à qualifier le regard détaché du médecin, désigne à présent un lieu où l'on se rend pour savoir si l'on doit, ou non, se considérer comme malade. La société n'est plus qu'une vaste clinique et tous les citoyens sont des patients dont on surveille et régularise constamment la pression artérielle afin qu'elle demeure «dans» les limites normales.

L'âge de la médecine hospitalière, qui, de bout en bout, n'aura pas duré plus d'un siècle et demi, arrive à présent à son terme¹¹. Les problèmes aigus

10 Office of Health Economics, «Efficiency in the hospital service», OHE Publications, Studies on *Current Health Problems*, n° 22, 1967, Londres.

11 Pour l'histoire des idées médicales au cours du ^{xix} siècle : P. Lain Entralgo, *La medicina Hipocratica*, Revista de Occidente, Alianza, 1970 ; Werner Leibrand, *Heilkunde. Eine Problems-geschichte der Medizin*, Fribourg-en-Brisgau, Alber Verlag, 1953 ; F. Hartmann, *Der ärztliche Auftrag. Die Entwicklung der Idee des abendländischen Arzttums aus ihren weltanschaulich-anthropologischen Voraussetzungen bis zum Beginn der Neuzeit*, Göttingen, 1956 ; Maurice Merleau-Ponty, «L'œil de l'esprit», *Les Temps modernes*, nos 184-185, Paris, 1961, p. 193 sq. ; *Id.*, *Phéno-*

de personnel, de trésorerie, de gestion et de capacité d'admission qui partout assaillent les hôpitaux peuvent s'interpréter comme les symptômes d'une nouvelle crise dans le concept de maladie. Il s'agit bien d'une crise puisqu'elle admet deux solutions opposées, l'une comme l'autre reléguant nos hôpitaux actuels dans le passé. La première est une surmédicalisation des prestations sanitaires accentuant encore la mainmise de la profession médicale sur les bien-portants. La seconde est une démedicalisation critique et scientifiquement fondée du concept de maladie.

La solution saine de cette crise passe beaucoup plus par l'épistémologie que par la biologie ou la technologie médicale. C'est elle qui devrait clarifier le statut logique et la nature sociale du diagnostic et de la thérapie, essentiellement dans le domaine de la maladie physique - par opposition à la maladie mentale. Toute maladie est une réalité créée au sein de la société. Ce qu'elle signifie et la riposte qu'elle suscite ont déjà une histoire. L'étude de cette histoire peut nous permettre de comprendre à quel point nous sommes prisonniers de l'idéologie médicale qui nous a été inculquée dès le berceau.

Nombre d'auteurs ont tenté, dans une période récente, de dépouiller les troubles mentaux de leur statut de «maladie». Paradoxalement ils ont rendu plus - et non moins - difficile de soulever la même question à propos de la maladie en général. Ronald Leifer, Erving Goffman, Thomas Szasz, Ronald Laing entre autres se sont tous penchés sur la genèse politique de la maladie mentale et sur son usage à des fins politiques¹². Tous mettent en opposition, à l'appui de leur thèse, la «fausse» maladie mentale et la «vraie» maladie physique.

Pour ces auteurs, le langage des sciences naturelles qui s'applique à toutes les conditions étudiées par les médecins n'a de validité que dans le domaine de la maladie physique. Concernant uniquement le corps, celle-ci affecte un contexte anatomique, physiologique et génétique. L'existence «réelle» de

ménologie de la perception, Paris, Gallimard, 1945 ; Werner Leibrand, *Spekulative Medizin der Romantik*, Hambourg, 1956 ; Hans Freyer, «Der Arzt und die Gesellschaft», in *Der Arzt und der Staat*, Leipzig, 1929 ; René Fulop-Miller, *Kulturgeschichte der Hellkunde*, Munich, Bruckmann, 1937 ; K.E. Rothsuh, *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung*, Wege der Forschung, vol. CCCLXII, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft : 18 études critiques du xixe et du xx^e siècle qui ont fait date dans l'épistémologie de la maladie, et notamment celles de C.W. Hufeland, R. Virchow, R. Koch et F. Alexandre. R. Toellner va publier un ouvrage parallèle, *Erfahrung und Denken in der Medizin*.

12 Thomas Szasz, *Myth of Mental Illness*, New York, Harper and Row, 196 ; *Id.*, *Manufacture of Madness : A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, New York, Harper and Row, 1970. Ronald Leifer, *In the Name of Mental Health : Social Functions of Psychiatry*, Science, 1969. - Erving Goffman, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968. - Ronald Laing et Aaron Esterson, *L'Équilibre mental, la folie et la famille*, Paris, F. Maspero, 1971.

ces conditions est confirmée par les dosages et mesures, et par l'expérimentation. Cette vérification opérationnelle de la « vraie » maladie peut être effectuée - au moins théoriquement - sans référence quelconque à un système de valeurs. Or rien de tout cela ne s'applique à la maladie mentale : son statut de « maladie » repose entièrement sur le jugement psychiatrique. Le psychiatre opère en tant qu'agent d'un milieu social, éthique et politique. Les quantifications et les expérimentations portant sur ces conditions « mentales » ne peuvent être conduites que dans le cadre de données idéologiques, lesquelles dérivent leur substance des préjugés sociaux généraux du psychiatre. L'extension de la maladie est imputée à la vie dans une société aliénée et l'on considère qu'une restructuration de la société pourrait éliminer une notable part de la maladie psychique, alors qu'elle assurerait simplement à ceux qui sont physiquement malades un traitement meilleur et plus équitable. Cette antipsychiatrie, qui légitime le statut non politique de la maladie physique en refusant à l'aberration mentale le caractère pathologique, est relativement minoritaire en Occident, alors que dans la Chine moderne, où la maladie mentale est perçue comme une réaction politique, elle représente une doctrine quasi officielle. C'est à des responsables maoïstes qu'est confié le soin des déviants psychotiques. Gregorio Bermann¹³ rapporte que les Chinois s'élèvent contre la pratique révisionniste qui consiste à dépolitiser la déviation politique des ennemis de classe en les enfermant dans des hôpitaux et en les traitant comme s'ils avaient une maladie infectieuse. Pour eux, seule l'approche inverse peut donner des résultats ; il faut procéder à la rééducation politique intensive de ceux qui, peut-être inconsciemment, sont actuellement des ennemis de classe. Leur autocritique les rendra politiquement actifs - donc sains. Ici également, l'insistance portée sur la nature essentiellement non clinique de l'aberration mentale renforce la conviction que la maladie d'un autre type est une entité matérielle¹⁴.

Pour pouvoir fonctionner, la société industrielle doit donner à ses membres de multiples occasions d'être médicalement reconnus comme souffrant d'une maladie réelle et concrète en tant qu'entité distincte. Une société surindustrialisée est morbide dans la mesure où les hommes ne parviennent pas à s'y adapter. En fait, les hommes cesseraient de la tolérer si le diagnostic médical

13 Gregorio Bermann, *La Santé mentale en Chine*, traduit de l'espagnol par A. Barbaste, Paris, F. Maspero, 1974 (original : *La salud mental en China*, Buenos Aires, Éd. Jorge Alvarez, 1970).

14 Peter Sedgwick, « Illness, mental and otherwise. All illnesses express a social judgement », *Hastings Center Studies*, vol. I, n° 3, 1973, p. 19-40 : fait ressortir que l'événement ne constitue la maladie qu'à partir du moment où l'homme la définit comme une déviation (condition qui est du ressort du contrôle social).

n'identifiait leur incapacité à s'en accommoder à un ébranlement de leur santé. Le diagnostic est là pour expliquer que s'ils ne la supportent pas, ce n'est pas le fait d'un environnement inhumain, mais parce que leur organisme est défaillant. Ainsi la maladie tire-t-elle effectivement sa propre substance du « corps » de l'homme. Le médecin la caractérise et la dénomme à l'intention du patient. La classification des maladies qu'adopte une société reflète sa structure institutionnelle, et la maladie qu'engendre cette structure est interprétée pour le patient dans le langage lui-même engendré par les institutions. L'origine sociale des entités morbides réside dans le besoin que les populations industrialisées ont d'exonérer leurs institutions. Plus les gens pensent avoir besoin d'être soignés, et, moins ils se révoltent contre la croissance industrielle.

Lorsque l'on ne considérait pas encore la maladie comme une anomalie organique ou du comportement, le patient pouvait espérer trouver dans les yeux de son médecin un reflet de sa propre angoisse. Ce qu'il y rencontre à présent, c'est le regard fixe du technocrate absorbé par un calcul coûts/avantages¹⁵. Sa maladie lui est ravie pour devenir la matière première d'une entreprise institutionnelle. Sa condition est interprétée conformément à un jeu de règles abstraites dans un langage qu'il n'entend pas. On apprend au malade qu'il y a des entités ennemies et que le médecin les combat, mais on ne lui en dit pas plus que ce que le médecin juge nécessaire pour s'assurer qu'il coopérera à sa propre manipulation. Les docteurs s'adjugent le langage : le malade est dépossédé des mots signifiants par lesquels exprimer une angoisse que renforce encore la duperie linguistique.

La iatrogenèse due à la mainmise du médecin sur le langage de ceux qui souffrent est l'un des principaux remparts des privilèges de la profession. Toute évaluation de l'efficacité médicale formulée en langage courant fait aussitôt apparaître que le diagnostic et le traitement, si efficaces soient-ils, ne dépassent pas la compréhension que tout profane peut acquérir. Le recours constant au langage spécialisé interdit, *de facto*, la déprofessionnalisation de la médecine¹⁶.

15 Joachim Israël, « Humanisierung oder Bürokratisierung der Medizin », *Neue Gesellschaft*, 1974, p. 397-404.

16 Pour des écrits sur l'histoire du vocabulaire employé à propos de la santé, de la guérison, de la maladie et des dysfonctionnements physiques, voir Franz Dornseif, *Der deutsche Wortschatz nach Sachgruppen*, Berlin, De Gruyter & Co, 1970, sections 2.16-2.22 et 2.41-2.45. Pour les synonymes indogermaniques, voir Carl D. Buck, *A Dictionary of Selected Synonyms in the Principal Indo-European Languages*, Chicago et Londres, University of Chicago Press, 1949, 3^e édition, 1971, sections 4.83-4.84. - Otto E. Moll, *Sprichwörter-Bibliographie*, Francfort-sur-le-Main, Vittorio Klostermann, 1958 : offre 58 recueils de proverbes dans toutes les langues ayant trait à « la

L'énorme majorité des diagnostics et des interventions thérapeutiques qui, statistiquement, servent plus le patient qu'ils ne lui nuisent ont en commun deux caractéristiques : ils sont peu coûteux, et ils peuvent être aisément appliqués de façon autonome au sein de la cellule familiale. Selon une étude canadienne, le coût des soins qui améliorent réellement la santé est si bas que l'Inde elle-même, avec toutes les sommes qu'elle gaspille aujourd'hui au profit de la médecine moderne, pourrait soigner efficacement et économiquement toute sa population. D'un autre côté, les connaissances requises pour diagnostiquer les affections le plus généralement répandues et déterminer le traitement adéquat sont si élémentaires que toute personne ayant à cœur d'observer soigneusement les instructions qui seraient fournies obtiendrait probablement au niveau de l'efficacité curative des résultats auxquels aucune pratique médicale patentée ne peut prétendre. Quant aux cas qu'il resterait à prendre en charge, la plupart seraient encore mieux soignés par des médecins «aux pieds nus» zélés et responsables que par tous les professionnels assemblés : médecins, psychiatres, dentistes, sages-femmes, physiothérapeutes ou oculistes.

Lorsque l'on fait valoir la possibilité d'une médecine moderne simple et efficace, les partisans de la médicalisation élèvent généralement deux objections. D'une part, le malade, en proie à l'inquiétude, n'a pas la sérénité requise pour se soigner lui-même rationnellement : les médecins eux-mêmes n'appellent-ils pas un collègue en consultation lorsque leurs enfants sont malades ? D'autre part, des amateurs malintentionnés pourraient assez vite s'instituer les gardiens exclusifs d'un savoir médical rare et précieux. Ces objections sont tout à fait valables concernant une société dans laquelle la règle est de satisfaire les demandes des consommateurs, où la pratique hospitalière sert de modèle au corps médico-pharmaceutique, où la mythologie de l'efficacité médicale prédomine. Mais elles n'auraient pratiquement pas de raison d'être dans un monde orienté vers la rationalité.

Un bon exemple de déprofessionnalisation des interventions biologiques est certainement celui, tout récent, de l'avortement. Le test de grossesse représente le degré le plus élevé de technologie qui soit aujourd'hui offert à l'emploi direct par le profane. La méthode de l'aspiration a fait de l'interruption de

santé, la maladie, la médecine, l'hygiène, la bêtise et la paresse», p. 534-537. - Johannes Steudel, *Die Sprache des Arztes. Etymologie und Geschichte medizinischer Termini* : est une histoire du langage médical. - Dietlinde Goltz, *Krankheit und Sprache*, in *Südoffs Archiv* 53, 3, 1969, p. 225-269 : compare le langage usité par le peuple chez les Babyloniens, les Grecs et les Germains. Le langage bureaucratique de la maladie qu'emploient les médecins diverge de plus en plus du langage courant dans lequel le malade exprime ce dont il souffre. Voir aussi : Bargheer, « Krankheit, Krankheitsnamen », in *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, vol. V, p. 377-378.

grossesse un acte peu coûteux, simple et sans risque. La technologie récente a donc rendu l'interdiction légale de l'avortement aussi inefficace que peuvent l'être les lois puritaines, encore en vigueur dans la Nouvelle-Angleterre, sanctionnant la masturbation. La législation qui confie au corps médical le monopole de l'avortement apparaît maintenant aussi discutable que les anciennes lois de l'Église qui ne toléraient l'adultère que s'il était commis dans des bordels avec des prostituées avérées.

La déprofessionnalisation de la médecine n'implique pas la disparition des thérapeutes spécialisés et l'auteur n'a jamais préconisé pareille chose. On ne doit pas davantage voir dans cette thèse une négation de la compétence réelle ou un refus de la dénonciation publique et de la sanction des fautes professionnelles. Mais c'est une prise de position contre la duperie du public, contre la cooptation au sein d'un corps qui s'est lui-même institué guérisseur, contre le soutien public à une corporation médicale et à ses institutions. La déprofessionnalisation de la médecine ne signifie pas que les fonds publics ne doivent pas être affectés à des prestations curatives, mais que la direction et le contrôle de ces dépenses ne doivent pas être confiés aux membres de la corporation. La déprofessionnalisation ne signifie pas l'abolition de la médecine moderne. Elle signifie que le professionnel n'aura plus le pouvoir de prodiguer préférentiellement à un client un volume de soins plus important qu'à un autre. Enfin, la déprofessionnalisation de la médecine ne signifie pas la méconnaissance des besoins spécifiques qui se manifestent à différents moments de la vie des hommes : naissance, fracture d'une jambe, infirmité, proximité de la mort. Vouloir briser le monopole aujourd'hui souverainement détenu par le corps médical sur un ensemble d'actes ne signifie pas que, dès lors, le contrôle de ses membres échappera à la société, mais au contraire que l'appréciation de leurs services sera beaucoup plus exacte venant de clients avertis que de leurs propres pairs. Le refus de voir affecter les fonds publics aux plus coûteuses aventures techniques de la magie médicale ne signifie pas qu'il revient à l'Etat de prémunir les citoyens contre leur exploitation par les prêtres des cultes médicaux ; il signifie seulement que les contribuables ne feront plus les frais du financement des rituels. La déprofessionnalisation de la médecine signifie que sera démasqué le mythe selon lequel le progrès technique exige une spécialisation constamment accrue des tâches, des manipulations toujours plus abstruses et une démission sans cesse grandissante de l'homme, rivé à son droit d'être traité dans des institutions impersonnelles au lieu de placer sa confiance dans ses semblables et dans lui-même.

La mort escamotée

Dans toute société, l'image dominante de la mort détermine la conception de la santé¹. Cette image de la mort, cette anticipation socioculturelle d'un événement certain appelé à survenir à une date incertaine, est modelée par les structures institutionnelles, les mythes profondément enracinés, la texture sociale. L'image qu'une société se fait de la mort reflète le degré d'indépendance de ses membres, donne la mesure de leurs réactions, de leur autonomie et de leur vouloir-vivre individuels². Partout où a pénétré la civilisation médi-

1 Robert G. Oison, article «Death», in *Encyclopædia of Philosophy*, vol. II, New York, Macmillan, 1967, p. 307-309 : donne une introduction brève et claire à la connaissance de la mort et à la peur de la mort. - Herman Feifel (sous la direction de), *The Meaning of Death*, New York, McGraw Hill, 1959 : a donné, aux États-Unis, un élan capital à la recherche psychologique sur la mort. - Robert Fulton, *Death and Identity*, New York, Wiley Inc., 1965 : est une remarquable anthologie de courts articles dont l'ensemble reflète le stade où en était la recherche de langue anglaise en 1965. - Paul Landsberg, *Essai sur l'expérience de la mort*, suivi de : *Le Problème moral du suicide*, Paris, Seuil, 1951 : analyse classique. - José Echeverría, *Réflexions métaphysiques sur la mort et le problème du sujet*, Paris, J. Vrin, 1957 : brillante tentative de phénoménologie de la mort. - Christian von Ferber, «Soziologische Aspekte des Todes. Ein Versuch über einige Beziehungen der Soziologie zur philosophischen Anthropologie», *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, vol. VII, 1963, p. 338-360 : une argumentation solide pour faire à nouveau de la mort un problème public. L'auteur pense que réprimer la mort, en faire un événement solitaire et une question ressortissant uniquement au domaine des spécialistes renforce, dans la société, la structure d'exploitation de classe. Article très important. Voir aussi Vladimir Jankélévitch, *La Mort*, Paris, Flammarion, 1966, et Edgar Morin, *L'Homme et la mort*, Paris, Seuil, 1970.

2 Pour l'étude de l'image antique de la mort dans notre contexte général, on lira utilement Fielding H. Garrison, «The Greek cult of the dead and the chthonian deities in ancient medicine», *Annals of Medical History*, 1971, I, p. 35-53. - Alice Walton, «The cult of Asklepios», in *Cornell Studies in Classical Philology*, n° III, New York, Johnson Reprint Corp., 1965, 1^{re} édition, 1894. - Ernst Benz, *Das Todesproblem in der stoischen Philosophie*, Stuttgart, Kohlhammer, 1929, XI, Tübinger Beiträge zur Altertumswiss., 7. - Ludwig Wachter, *Der Tod im alten Testament*, Stuttgart, Calwer Verlag, 1967. - Jocelyn Mary Catherine Toynbee, *Death and Burial in the Roman World*, Londres, Thames and Hudson, 1971. - K. Sauer, *Untersuchungen zur Darstellung des Todes in der griechisch römischen Geschichtsschreibung*, Francfort, 1930. - J. Kröll, *Tod und Teufel in der Antike*, Verhandlungen der Versammlung deutscher Philologen, 56, 1926. - Hugo Blummer, «Die Schilderung des Sterbens in der griechischen Dichtkunst», in *New Jahrbücher des klassischen Alter-*

cale des pays avancés, une nouvelle image de la mort s'est implantée. Dans la mesure où celle-ci procède des techniques nouvelles et de l'*ethos* correspondant, elle a un caractère supranational. Mais en elles-mêmes ces techniques ne sont pas culturellement neutres car, ayant pris leur forme concrète au sein des civilisations occidentales, elles constituent l'expression d'un *ethos* occidental. L'image que l'homme blanc s'est faite de la mort s'est répandue avec la civilisation médicale et a puissamment contribué à la colonisation culturelle.

C'est un idéal relativement récent que celui de la « mort naturelle », c'est-à-dire d'une mort devant survenir chez des êtres médicalement « suivis », bien portants et avancés en âge³. En cinq siècles, la mort est passée par cinq stades distincts, et elle se trouve à présent au seuil d'une sixième mutation. Chaque stade a trouvé son expression iconographique : 1. la « danse des morts » au ^{xiv}^e siècle ; 2. la danse conduite par un squelette, ou « danse macabre », à la Renaissance ; 3. le trépas du vieux débauché dans le confort de sa chambre à coucher sous l'Ancien Régime ; 4. la bataille que livre le médecin aux spectres de la consommation et de la peste au ^{xix}^e siècle ; 5. la médecine, en la personne du médecin, s'interposant entre le patient et sa mort au milieu du ^{xx}^e siècle et 6. la mort sous traitement hospitalier intensif. À chaque stade de son évolution, l'image de la mort naturelle a suscité un nouveau jeu de ripostes dont le caractère médical n'a cessé de s'accroître. L'histoire de la mort naturelle, c'est l'histoire de la médicalisation de la lutte contre la mort⁴.

LA DANSE DES MORTS

À partir du ^{iv}^e siècle l'Église combat la tradition païenne qui déchaîne dans

tums, 1917, p. 499-512.

3 Je suis fortement redevable, pour ce chapitre, aux essais magistraux de Philippe Ariès. Voir Philippe Ariès, « Le culte des morts à l'époque moderne », *Revue de l'Académie des sciences morales et politiques*, 1967, p. 25-40 ; « La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales », *Archives européennes de sociologie*, vol. VIII, n° 2, 1967 ; « La vie et la mort chez les Français d'aujourd'hui », *Ethnopsychologie*, 27 (I), mars 1972, p. 39-44 ; « La mort et le mourant dans notre civilisation », *Revue française de sociologie*, XIV, I, janvier-mars 1973 ; « Les techniques de la mort », in *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le ^{xviii}^e siècle*, Paris, Seuil, 1971, p. 373-398.

4 Ce dont je traite au premier chef dans ce chapitre, c'est de l'image de la « mort naturelle ». J'emploie l'expression « mort naturelle » parce que je l'ai trouvée largement en usage entre le ^{xvi}^e siècle et le début du ^{xx}^e siècle. Je l'oppose à la « mort primitive », résultant de l'intervention d'un agent surnaturel ou divin. Je me préoccupe ici de l'image de cette mort naturelle et de son évolution durant les quatre siècles où elle fut commune aux civilisations occidentales. Je dois l'idée de cette approche à Werner Fuchs, *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*, Francfort-sur-le-Main, Suhrkamp, 1969. Voir, à la note 44, le point où je ne m'accorde pas avec cet auteur.

les cimetières de frénétiques danses où les participants, dépouillés de leurs vêtements, brandissent des glaives. La constante réitération des interdictions témoigne assez qu'elles furent peu entendues et, pendant près de mille ans, les cimetières virent se dérouler des danses. La mort était l'occasion de réaffirmer la vie. La danse avec les morts et sur leurs tombes mêmes était l'occasion de proclamer la joie d'être vivant, et nombre de chansons et de poèmes érotiques s'en font l'écho⁵. Vers la fin du xiv^e siècle, il semble que le sens de ces danses se modifie⁶, la rencontre entre les vivants et les morts devient l'occasion d'une méditation introspective. C'est en 1424 qu'est peinte sur le mur d'un cimetière parisien la première « danse des morts ». L'original du cimetière des Innocents n'a pas été conservé, mais nous le connaissons par de bonnes copies ; nous y voyons le roi, le paysan, le pape, le clerc, la jeune fille, chacun dansant avec un cadavre. Dans son costume et dans ses traits, chaque partenaire est le reflet de l'autre. « Jederman⁷ » porte sa propre mort et danse sa vie durant avec elle. À la fin de la période médiévale, l'homme affronte sa mort immanente⁸ ; chaque mort porte le symbole correspondant au rang de sa vic-

5 Thomas Ohm, *Die Gebetsgebärden der Völker und das Christentum*, Leyde, Brill, 1948, p. 372 sq., particulièrement p. 389-390 : réunit des documents avérant les danses dans les cimetières et la lutte que leur livraient les autorités. Une étude médicale de la chorémanie religieuse occidentale : E.L. Backman, *Religious Dances in the Christian Church and in Popular Medicine*, Stockholm, 1948 (traduction anglaise par E. Classen, Londres, Allen and Unwin, 1952). Bibliographie des aspects religieux de la danse : Émile Bertaud, « Danse religieuse », in *Dictionnaire de spiritualité*, fasc. XVIII-XIX, p. 21-37 ; A. Schimmel, « Tanz. I. Religionsgeschichtlich », in *Die Religion in Geschichte und Gegenwart*, Tübingen, 1962, vol. VI, p. 612-614. Pour une histoire des danses autour et à l'intérieur des églises, voir L. Gougoud, « La danse dans les églises », *Revue d'histoire ecclésiastique*, t. XV, 1914, p. 5-22 et 229-245 ; J. Baloch, « Tänze in Kirche und Kirchhöfen », in *Niederdeutsche Zeitschrift für Volkskunde*, 1928 ; H. Spanke, « Tanzmusik in der Kirche des Mittelalters », *Neuphilosophische Mitteilungen*, 31, 1930. Pour les précédents germaniques des danses dans les cimetières chrétiens : R. Wolfram, *Schwerttanz und Männerbund*, Cassel, 1937 (partiellement épuisé) ; Werner Danckert, « Totengräber », in *Unehrliche Leute. Die verfehmten Berufe*, Berne, Franck Verlag, 1963, p. 50-56.

6 Jan Huizinga, « La vision de la mort », in *Le Déclin du Moyen Âge*, Paris, Payot, 1932, chap. xi, p. 164-180.

7 Jederman (Everyman, Eickerlijk, Ognuno) : personnage d'une « moralité » célèbre qui fut repris dans des légendes, « miracles », « mystères » et représentations sacrées, dont le thème est le contraste formé par la joie de vivre et l'arrivée brutale de la mort. Le personnage de Jederman est également le protagoniste du drame homonyme en vers publié en 1911 par Hugo von Hofmannsthal. Voir Lafont-Bompiani, *Dictionnaire des personnages littéraires et dramatiques de tous les temps et de tous les pays*, p. 336, article « Jederman », Société d'édition de dictionnaires et encyclopédies, 1970.

8 Gerhart B. Ladner, *The Idea of Reform. Its Impact on Christian Thought and Action in the Age of the Fathers*, Harvard University Press, 1959. Voir p. 163 pour les deux courants au sein de l'Église à propos de la relation entre la mort et la nature à partir du iv^e siècle. Pour Pélagie, la mort n'était pas le châtiment du péché, et si Adam n'avait pas péché, il n'en serait pas moins mort. Pélagie diffère par là de la doctrine augustinienne selon laquelle Dieu avait conféré l'immortalité à Adam

time : une couronne pour le roi, pour le paysan une fourche. Alors que précédemment l'on dansait sur la tombe des aïeux, et avec eux, on se tourne à présent vers la représentation d'un monde où, durant toute sa vie, l'homme va danser avec sa propre mortalité. La mort n'est pas dépeinte comme une figure anthropomorphe mais comme une macabre conscience de soi, comme un rappel constant de la tombe béante. On n'en est pas encore au squelette du siècle suivant qui, au son de la musique, va conduire la danse pendant tout le déclin du Moyen Âge, mais la confrontation se fait avec le propre reflet décrépît et putréfié de l'homme⁹. C'est l'époque où le miroir prend une grande importance dans la vie quotidienne et, saisie dans le « miroir de la mort », la vie revêt un hallucinant mordant. Avec Chaucer et Villon, la mort devient aussi familière et sensuelle que le plaisir et la douleur.

Dans les sociétés primitives, la mort résultait d'une intervention étrangère maléfique. La mort n'y était pas personnalisée. Elle était l'aboutissement d'une intention maligne : ce pouvait aussi bien être le voisin envieux qui vous a regardé du « mauvais œil » que la sorcière, l'ancêtre qui revient pour vous prendre, le chat noir sur votre chemin¹⁰. Pendant tout le Moyen Âge chrétien

comme un don particulier, et encore plus des Pères de l'Église grecque selon qui Adam, avant sa transgression, avait un corps spirituel ou « résurrectionnel ».

9 Jusque-là, le défunt apparaissait sans âge sur son monument funéraire ; il est maintenant figuré comme un cadavre putréfié : Tricot-Royer, « Les gisants macabres de Boussu, Bruxelles, Vilvorde, Strasbourg, Beaune, Troyes, Enkhuysen », *Bull. Soc. Franc. Hist. Med.*, vol. XX, p. 85-99 et 199-205 ; J.-P. Hornung, *Ein Beitrag zur Ikonographie des Todes*, Diss. Fribourg, 1902. La rencontre entre les vivants et les morts prend de l'importance dans un nouveau genre littéraire : Stefan Glixelli, *Les Cinq Poèmes des trois morts et des trois vifs*, Paris, 1914 ; S.J. Egilsrud, *Le Dialogue des morts dans les littératures française, allemande et anglaise*, Paris, 1934 ; Kaulfuss-Diesch, « Totengespräche », in *Reallexicon der deutschen Literaturgeschichte*, 3, p. 379 sq. La rencontre prend aussi une nouvelle expression visuelle : K. Künstle, *Die Legende der drei Lebenden und der drei Toten*, 1908 ; Willy Rotzler, *Die Begegnung der drei Lebenden und der drei Toten. Ein Betrag zur Forschung über mittelalterliche Vergänglichkeitsdarstellung*, Winterthur, Keller, 1961 ; Pierre Michault, *Pas de la mort*, Éd. Jules Petit, Soc. des bibliophiles de Belgique, 1969 ; Albert Freybe, *Das memento mori in deutscher Sitte, bildlicher Darstellung und Volksglauben, deutsche Sprache, Dichtung und Seelsorge*, Gotha, 1909. Le fait que, vers 1500, la mort revêt, en même temps qu'une nouvelle autonomie, les traits fortement accentués d'un squelette ne signifie pas qu'elle n'avait jamais revêtu de traits anthropomorphes, sinon dans l'art, du moins dans la légende et dans la poésie : Paul Geiger, « Tod. 4. Der Tod als Person », in *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, vol. VIII, p. 976-985.

10 Pour une bibliographie contemporaine des attitudes envers la mort chez les primitifs, voir Edgar Herzog, *Psyche und Tod. Wandlungen des Todesbildes in Mythos und in den Träumen heutiger Menschen*, Zurich, 1960 (traduction anglaise : *Psyche and Death*, Putnam, 1967). La mort est toujours envisagée comme le résultat de l'intervention d'un agent. La nature de l'agent n'importe pas dans la discussion que je poursuis. Bien qu'il date, l'ouvrage de Robert Hertz, « Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort », *L'Année sociologique*, 10, 1905/1906, p. 48-137, demeure, sur ce point, la meilleure source pour la littérature plus ancienne. On trouvera

et le Moyen Âge islamique, la mort n'a pas cessé d'être tenue pour le résultat d'une intervention personnelle et intentionnelle de la divinité. Au chevet du moribond, ce n'est pas « une » mort qui apparaît, mais un ange et un démon qui se disputent l'âme s'exhalant de ses lèvres. Il faut attendre le xv^e siècle pour que, les conditions étant réunies, cette image se transforme¹¹ et qu'apparaisse ce qui sera plus tard appelé la « mort naturelle ». La « danse des morts » en constituait les prodromes. Désormais, la mort peut être partie intégrante et inéluctable de la vie de l'homme, et non plus le résultat d'une décision externe. Devenue autonome, la mort va coexister pendant trois siècles en tant qu'entité distincte, avec l'âme immortelle, la divine providence, les anges et les démons.

LA DANSE MACABRE

Un nouveau costume et un nouveau rôle sont dévolus à la mort dans les « moralités¹² ». Dès la fin du xv^e siècle, elle cesse d'être une image-reflet et prend la tête des quatre « fins dernières », précédant le jugement, le paradis et l'enfer¹³. Elle n'est plus l'un des quatre cavaliers de l'Apocalypse des sculptures romanes, non plus que la mégère-vampire dévoreuse d'âmes du campo santo de Pise, ou simplement le messenger des ordres du Très-Haut. La mort est devenue un personnage en soi, revendiquant chaque être, homme, femme, enfant, d'abord comme messenger de Dieu puis bientôt au seul nom de ses propres droits souverains. En 1538, Hans Holbein le Jeune¹⁴ avait déjà publié

une utile lecture complémentaire dans Hartland, Langdon, De La Vallée Poussin *et al.*, « Death and disposal of the dead », in *Encyclopaedia of Religion and Ethics*, vol. IV, p. 411-511. - Rosalind Moss, *The Life after Death in Oceania and the Malay Archipelago*, 1925 (reprod. University Microfilms, Ann Arbor, 1972) montre que les modalités de l'enterrement tendent à influencer les croyances à propos de la cause de la mort et de la nature de la vie d'outre-tombe. - Hans Kelsen, « Seele und Recht », in *Aufsätze zur Ideologiekritik*, Neuwied-am-Rhein et Berlin, 1964 : suggère que la crainte universelle du pouvoir des ancêtres de tuer les vivants sous-tend le contrôle social. Voir aussi James George Frazer, *Man, God and Immortality*, Londres, Macmillan, 1927 ; *The Belief in Immortality and the Worship of the Dead*, vol. I : *La Croyance chez les aborigènes d'Australie, des îles du Déroit de Torres, de Nouvelle-Guinée et de Mélanésie*, Londres, Macmillan, 1913 ; *Fear of the Dead in Primitive Religion*, Londres, Macmillan, 1936. - Claude Lévi-Strauss, *La Pensée sauvage*, Paris, Plon, 1962, particulièrement p. 44-46 et 314-333. - Sigmund Freud, *Totem et Tabou*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, n° 77, 1970.

11 Robert Bossuat, *Manuel bibliographique de la littérature française du Moyen Âge*, Danse macabre, n°s 3577-3580 ; 7013.

12 Pour l'évolution du motif de Jederman, voir H. Lindner, *Hugo von Hofmannsthals « Jederman » und seine Vorgänger*, Diss. Leipzig, 1928.

13 Alberto Tenenti, *Il senso della morte e l'amore della vita nel Rinascimento ?*, Turin, Einaudi, 1957 ; *La Vie et la mort à travers l'art du xv^e siècle*, Paris, A. Colin, 1962.

14 Hans Holbein le Jeune, *The Dance of Death. A Complete Facsimile of the Original 1538 Edition*

le premier livre d'images de la mort, qui allait connaître un immense succès : la *Danse macabre* sur bois gravé¹⁵. Débarrassés de leurs chairs putréfiées, les danseurs ne sont plus, désormais, que des squelettes nus. La représentation de l'homme enlaçant sa propre mortalité est devenue une épuisante et frénétique étreinte d'une force de la nature. Au reflet intime, empreint de la «nou-

of *Les Simulachres et Histories Faces de la mort*, New York, Dover, 1971.

- 15 Walter Rehm, *Der Todesgedanke in der deutschen Dichtung vom Mittelalter bis zur Romantik*, Tübingen, Max Niemeyer Verlag, 1967 : montre le changement capital de l'image de la mort dans la littérature vers 1400 puis, à nouveau, vers 1520. Voir aussi E. Dubruck, *The Theme of Death in French Poetry of the Middle Age and the Renaissance*, La Haye, 1964 ; et L.P. Kurtz, *The Dance of Death and the Macabre Spirit in European Literature*, New York, 1934, - Pour la nouvelle image de la mort chez les classes moyennes naissantes à la fin du Moyen Âge, voir Erna Hirsch, *Tod und Jenseits in Spätmittelalter. Zugleich ein Beitrag zur Kulturgeschichte des deutschen Bürgertums*, Berlin, 1927, XIII, Diss. Univ. Marburg. Spécifiquement sur la danse macabre : Hellmut Rosenfeld, *Der mittelalterliche Totentanz. Entstehung, Entwicklung, Bedeutung*, Münster et Cologne, 1954, Bohlau Verlag, IX, illustré (Beihefte zum Archiv für Kulturgeschichte H. 3), Besprechung bei Frederick P. Pickering : «Der Totentanz in Deutschland, Frankreich und Italien», *Littérature moderne*, 5, 1954, p. 62-80. On trouve chez Rosenfeld la meilleure introduction à la recherche sur ce sujet ainsi qu'une bibliographie copieuse et à jour. Pour les ouvrages plus anciens, compléter avec H.F. Massman, *Literatur der Totentänze*, Beitrag zum Jubeljahr der Buchdruckerkunst. Aus dem Serapeum besonders abgedruckt, Leipzig, T.O. Weipel, 1850. Voir aussi Gert Buchheit, *Der Totentanz, seine Entstehung und Entwicklung*, Berlin, 1926 ; Wolfgang Stammeler, *Die Totentänze des Mittelalters*, Munich, 1922 ; et James M. Clark, *The Dance of Death in the Middle Ages and the Renaissance*, 1950. Les trois volumes de Stephen P. Kozaky, *Geschichte der Totentänze*, I : *Anfänge der Darstellungen des Vergänglichkeitsproblems*, II : *Danse macabre* (avec 27 illustrations), Introduction : *Die Todesdidaktik der Vortotentanzzeit*, III : *Der Totentanz von heute*, Budapest, 1936, 1941, 1944, Bibliotheca Humanitatis Historica I, V, VII, contiennent une masse de renseignements, des citations d'ouvrages anciens et près de 700 représentations de la danse macabre jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. - J. Saugnieux, *L'Iconographie de la mort chez les graveurs français du XVI^e siècle*, 1974 ; *Danses macabres de France et d'Espagne et leurs prolongements littéraires*, fasc. XXX, Bibl. de la faculté des lettres de Lyon, Paris, Les Belles Lettres, 1972. - Dietrich Briesenmeister, *Bilder des Todes*, Unterscheidheim, 1970, Verlag W. Elf : les reproductions sont très nettes et répertoriées selon les différents thèmes. - Alfred Scott Warthin, *The Physician of the Dance of Death*, cinq parties, publiées in *Annals of Medical History*, nouvelle série, vol. II, n° 4, juillet 1930, p. 351-371 ; vol. II, n° 5, septembre 1930, p. 453-469 ; vol. II, n° 6, novembre 1930, p. 697-710 ; vol. III, n° 1, janvier 1931, p. 75-109 ; vol. III, n° 2, mars 1931, p. 134-165 : traite uniquement du médecin dans la danse macabre. - Werner Block, *Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrhunderten*, Stuttgart, Enke Verlag, 1966 : étudie la confrontation du médecin avec la mort, dans le cadre de la danse et en dehors de ce cadre. Voir les iconographies classiques de l'art chrétien occidental : Karl Künstle, *Iconographie der christlichen Kunst*, Fribourg, Herder, 1926-1928 (2 vol.) et Émile Male, *L'Art religieux à la fin du Moyen Âge en France. Étude sur l'iconographie du Moyen Âge et sur ses sources d'inspiration*, chap. II, p. 346 : «La mort» (voir aussi ses trois autres volumes sur l'art religieux en France). Comparer avec l'iconographie orientale (mont Athos) : M. Didron, *Manuel d'iconographie chrétienne, grecque et latine*, avec une introduction et des notes de M. Didron, traduit d'un manuscrit byzantin, *Le Guide de la peinture* par P. Durand, Paris, Imprimerie royale, 1845. - T.S.R. Boase, *Death in the Middle Ages. Mortality, Judgement and Remembrance*, Londres, Thames and Hudson, 1972.

velle foi» des mystiques allemands, s'est substituée une force de la nature, égalitaire, exécutrice d'une loi qui fauche et emporte chacun dans son tourbillon. La mort, qui était une rencontre de tous les instants de la vie, est devenue l'événement d'un instant.

La mort devient le point où le temps linéaire mesurable s'arrête et où l'homme affronte l'éternité, alors que durant tout le Moyen Âge celle-ci avait été, conjointement à la présence de Dieu, immanente à l'histoire. Le monde n'est plus la consécration de cette présence, avec Luther il est devenu un séjour de corruption dont le salut viendra de Dieu. La prolifération des horloges symbolise ce changement qui s'opère dans la conscience. Avec la prédominance du temps divisible, le souci de sa mesure exacte et la reconnaissance de la simultanéité des événements, s'élabore le cadre nouveau où peut être reconnue l'identité personnelle. Celle-ci est maintenant liée à une séquence d'événements plutôt qu'à la plénitude d'une vie dans sa durée totale. La mort n'est plus la fin d'un tout, elle devient rupture de la séquence¹⁶.

Pendant les cinquante premières années de la gravure sur bois, ce sont les squelettes qui prédominent sur les pages de titre des livres, comme, aujourd'hui, les femmes nues sur les couvertures des magazines. La mort tient un sablier ou sert de jaquemart à l'horloge du beffroi¹⁷, employant souvent un os en guise de maillet. Le nouveau mécanisme, qui peut diviser le temps en longueurs égales, de jour comme de nuit, soumet également les hommes à une loi égale pour tous. Aux jours de la Réforme, la vie après la mort n'est plus le prolongement transfiguré de la vie ici-bas mais l'enfer, effroyable châtiment, ou le paradis, don divin absolument immérité. La grâce intérieure est devenue la justification par la foi, et par elle seule. Ainsi, au cours du xvi^e siècle, la mort cesse d'être considérée comme un passage vers l'autre monde et l'ac-

16 Voir Helmuth Plessner, «On the relation of time to death», in J. Campbell (sous la direction de), *Man and Time*, 1951, Papers from the Erasmian Yearbook, Bollingen series XXX, 3, Pantheon Books, 1957, p. 233-263, particulièrement p. 255. Sur l'importance du temps dans l'image française de la mort, voir Richard Glasser, *Time in French Life and Thought* (traduction C.G. Pearson), Manchester Univ. Press, 1972, particulièrement p. 158 et chap. III : «The concept of time in the later middle ages», p. 70-132. Sur l'influence croissante de la conscience du temps sur le sentiment de la finitude et de la mort, voir Alois Hahn, *Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit. Eine soziologische Untersuchung*, Stuttgart, Enke Verlag, 1968, particulièrement p. 21-84. - Joost A.M. Kerloo, «The time sense in psychiatry», in J.T. Fraser (sous la direction de), *The Voices of Time*, New York, George Braziller, 1966, p. 235-252. - Siegfried Giedion, *Space, Time and Architecture. The Growth of a New Tradition*, 4^e édition revue, Harvard, 1962

17 Jurgis Baltrusaitis, *Le Moyen Âge fantastique. Antiquités et exotisme dans l'art gothique*, Paris, A. Colin, 1955.

cent se déplace vers la fin de la vie terrestre¹⁸. La tombe ouverte bée beaucoup plus largement que les portes du paradis ou de l'enfer. La rencontre avec la mort est une certitude beaucoup plus grande que l'immortalité, elle est plus juste que le roi, le pape et même Dieu. La mort n'est plus le but de la vie, elle en est la fin.

La finitude, l'immanence et la familiarité avec la mort personnelle ne participaient pas seulement du sens naissant de l'heure mais aussi de l'émergence d'un nouveau sentiment de l'individualité. Quand elle était le chemin menant le pèlerin de l'Église terrestre militante à l'Église triomphante des cieux, la mort avait représenté, pour beaucoup, un événement participant de l'une et l'autre communauté. Désormais, l'homme affrontait lui-même sa mort et sa fin. La mort étant ainsi devenue une puissance naturelle, il convenait de la maîtriser en apprenant l'art et la manière de mourir. L'*Ars moriendi*, un des premiers manuels imprimés à se répandre, devait connaître dans différentes versions la faveur populaire pendant près de deux siècles. Beaucoup apprirent à lire en déchiffrant ses pages. Soucieux d'offrir un guide au « gentilhomme accompli », Caxton publiait en 1491, sur les presses de l'imprimerie de Westminster, son *Art and Craft to knowe ye well to dye*. Imprimé dans la plus pure des typographies gothiques, il a connu une diffusion populaire extraordinaire. Avant l'an 1500, bien plus de cent éditions en avaient paru, tirées à partir des bois originaux et avec des caractères d'imprimerie mobiles. Ouvrage de petit format, il faisait partie d'une collection destinée à enseigner la « Contenance noble et dévote », depuis l'art de manier son couteau pendant le repas, l'art de faire la conversation, de verser des larmes, de se moucher, de jouer aux échecs et jusqu'au savoir-mourir.

Cet ouvrage n'enseignait pas à se préparer à une mort lointaine par une vie vertueuse, pas plus qu'il ne rappelait au lecteur le déclin inéluctable de sa force physique ou la menace constante d'une mort inopinée. C'était, au sens moderne du terme, un « guide » enseignant l'art et la manière de mourir, une méthode à assimiler dans la force de l'âge pour la connaître sur le bout du doigt lorsque viendrait l'heure à laquelle nul n'échappe. Le livre ne s'adresse pas aux moines ou aux ascètes mais aux hommes « charnels et séculiers » pour qui les secours du clergé étaient inaccessibles. Il a servi de modèle à des instructions du même genre, souvent rédigées dans un esprit beaucoup moins prosaïque, par des hommes tels que Savonarole, Luther et Jeremy Taylor. Les hommes se sentaient responsables de l'expression que revêtirait leur visage

18 Luther, interprétation du psaume 90 WA 40/III, 485 sq.

dans la mort¹⁹.

Tandis qu'un nouveau sens s'attache à la putréfaction du corps, les premiers portraits royaux authentiques font leur apparition dans l'art européen ; ils sont exécutés afin de rendre présente, lors de ses funérailles, la personnalité individuelle et intemporelle du souverain défunt. Les humanistes de l'époque n'évoquent pas leurs morts en tant que fantômes ou âmes, saints ou symboles, mais en tant que présences historiques continues²⁰.

La dévotion populaire se prend d'une curiosité nouvelle pour la vie future. Des récits fantastiques et terrifiants, dont les protagonistes sont des trépassés, se multiplient ainsi que les représentations artistiques du purgatoire²¹. Le goût grotesque du ^{xvii}^e siècle pour les fantômes et les âmes dénote l'anxiété croissante d'une culture affrontant l'appel du trépas bien plus que le jugement de Dieu²². En maints fiefs du monde chrétien, la danse des morts devient le thème décoratif des porches d'église. Importé en Amérique par les Espagnols, le squelette s'y greffe sur l'idole de la mort aztèque. Faisant retour en

19 La réaction à la « mort naturelle » fut une profonde transformation du comportement à l'heure de la mort. Pour des textes du temps, voir Mary Catherine O'Connor, *The Art of Dying Well. The Development of the Ars Moriendi*, New York, AMS Press, 1966 ; L. Klein, *Die Bereitung zum Sterben, Studien zu den evangelischen Sterbebüchern des 16. Jahrhunderts*, Diss. Göttingen, 1958. Pour les coutumes, voir Placidus Berger, « Religiöses Brauchtum im Umkreis der Sterbeliturgie in Deutschland », *Zeitschrift für Missionswissenschaft und Religionswissenschaft*, V. 48, p. 108-248 ; Philippe Ariès, « La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales », art. cité, p. 169-195 ; p. 175 : « L'homme du second Moyen Âge et de la Renaissance (par opposition à l'homme du premier Moyen Âge, l'âge de Roland, qui se survit chez les paysans de Tolstoï) tenait à participer à sa propre mort, parce qu'il voyait dans cette mort un moment exceptionnel où son individualité recevait sa forme définitive. Il n'était le maître de sa vie que dans la mesure où il était le maître de sa mort. Sa mort lui appartenait et à lui seul. Or, à partir du ^{xvii}^e siècle, il a cessé d'exercer seul sa souveraineté sur sa propre vie et, par conséquent, sur sa mort. Il l'a partagée avec sa famille. Auparavant sa famille était écartée des décisions graves qu'il devait prendre en vue de la mort, et qu'il prenait seul. » Voir aussi Manfred Bambeck, *Tod und Unsterblichkeit. Studien zum Lebensgefühl der französischen Renaissance nach dem Werke Ronsard* (MS), 177, VI, Bl. Diss. Univ. Francfort-sur-le-Main, 1954 ; Hildegard Reifschneider, *Die Vorstellung des Todes und des Jenseits in der geistlichen Literatur des XII. Jh.* (MS), 177, 76 B I, Tübingen, Diss., 1948 ; Eberhard Klass, *Die Schilderung des Sterbens im mittelhochdeutschen Epos. Ein Betrag zur mittelhochdeutschen Stilgeschichte*, Oderberg (Mark) 99 S. Diss. Univ. Greifswald, 1931.

20 Gustav Künstler, *Das Bildnis Rudolfs des Stifters, Herzogs von Österreich, und seine Funktion*, extrait de « Mitteilungen der Österreichischen Galerie 1972 » sur le tout premier portrait de ce type.

21 G. et M. Vovelle, « La mort et l'au-delà en Provence d'après les autels des âmes du purgatoire. ^{xv}^e-^{xx}^e siècle », *Annales, économies, sociétés, civilisations*, 1969, p. 1602-1634. - H. Patch, *The Other World According to Description in Medieval Literature*, Harvard, 1950.

22 Pour le « jugement » dans l'histoire des religions, voir Sources orientales, *Le Jugement des morts*, Paris, Seuil, 1962 ; Leopold Kretzenbacher, *Die Seelenwaage. Zur religiösen Idee von Jenseitsgericht auf der Schicksalwaage in Hochreligionen, Bildkunst und Volksglaube*, 1958.

Europe, leur descendant métissé²³ influence le visage de la mort dans tout l'empire des Habsbourg, des Pays-Bas jusqu'au Tyrol. Après la Réforme, la mort européenne est devenue et restera macabre.

Simultanément, la médecine populaire multiplie les pratiques qui doivent aider l'homme à affronter dignement son trépas. On invente des procédés magiques pour reconnaître si la maladie dont on est atteint exige de se préparer à la mort, ou s'il convient de la soigner. Si la fleur jetée dans le bassin d'un sanctuaire n'y surnage pas, inutile de dépenser son argent en remèdes. Les hommes essaient de se préparer à la venue de la mort, de bien savoir les pas de la dernière danse. Sans doute connaît-on des drogues contre l'agonie douloureuse, mais la décision de les administrer revient uniquement au mourant. Un nouveau rôle lui est dévolu, et il le joue lucidement. Les enfants peuvent aider leurs parents à mourir, mais à condition de ne pas les retenir par leurs pleurs. Il incombe au mourant d'indiquer à quel moment il faut le retirer de son lit, le déposer sur le sol qui bientôt se refermera sur lui et donner le signal des prières. L'assistance sait qu'elle doit tenir les portes ouvertes afin de faciliter l'entrée de la mort, s'abstenir de tout bruit afin que celle-ci pénètre sans crainte et finalement détourner respectueusement ses regards du mourant pour qu'il puisse affronter seul cet événement tout personnel²⁴.

Au xv^e et au xvi^e siècle, ni prêtre ni médecin ne sont censés assister l'homme pauvre qui se meurt. La littérature médicale du temps assigne au thérapeute deux devoirs opposés : il peut aider à la guérison ou, au contraire, adoucir et hâter la mort. Il lui revient de reconnaître le *facies hippocratica*²⁵, les traits particuliers dénotant que le patient est déjà la proie de la mort. Qu'il aide à guérir ou à mourir, le médecin s'efforce de collaborer étroitement avec la nature. La question de savoir si la médecine pourra jamais « prolonger » la vie fait

23 Merlin H. Forster (sous la direction de). *La muerte en la poesía Mexicana. Prólogo y selección de Merlin Forster*, Mexico, Editorial Diógenes, 1970. - Emir Rodríguez Monegal, *Death as a Key to Mexican Reality in the Works of Octavio Paz*, Yale Univ., mimeog.

24 Ces coutumes ont survécu dans les régions rurales : Arnold Van Gennep, *Manuel de folklore français contemporain*, 1^{er} volume, I et II, *Du berceau à la tombe*, Paris, Picard, 1943-1946 ; Lenz Kriss-Rettenbeck, « Tod und Heilserwartung », in *Bilder und Zeichen religiösen Volksglaubens*, Munich, Verlag Georg Callwey, 1963, p. 49-56. Voir les articles : « Sterbegeläute », « Sterben », « Sterbender », « Sterbekerze », « Tod », « Tod ansagen », « Tote (der) », « Totenbahre », par Paul Geiger, *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, Berlin, 1936/1937, vol. VIII. - Albert Freybe, *Das alte deutsche Leichenmahl in seiner Art und Entartung*, 1909.

25 Magnus Schmid, « Zum Phänomen der Leiblichkeit in der Antike dargestellt an der "Facies Hippocratica" », *Sudhoff Arch.*, 1966, Beiheft 7, p. 168-177. - Karl Sudhoff, « Eine kleine deutsche Todesprognostik », *Arch. Gesch. Med.*, 1911, 5, p. 240 : « Abermals eine deutsche Lebens- und Todesprognostik », *Arch. Gesch. Med.*, 1911, 6, p. 231.

l'objet d'ardentes disputes dans les écoles de médecine de Palerme, de Fès et même de Paris. La plupart des docteurs juifs et arabes lui déniaient purement et simplement ce pouvoir, tenant pour blasphématoire toute intervention dans l'ordre de la nature²⁶.

Le zèle du praticien tempéré par la résignation du philosophe transparaît clairement dans les écrits de Paracelse²⁷. « La nature connaît les limites de sa marche. Selon le terme qu'elle a fixé elle-même, elle confère à chacune de ses créatures la durée de vie qui lui revient, si bien que ses énergies se consomment entre l'instant de sa naissance et sa fin prédéterminée [...] la mort de l'homme n'est que la fin de son labeur quotidien, l'expiration de son souffle, l'épuisement de son pouvoir balsamique de guérison personnelle, l'extinction de la lumière rationnelle de la nature, et une grande séparation des trois : corps, âme et esprit. La mort est un retour à la matrice. » Sans exclure la transcendance, la mort est devenue un phénomène naturel et il n'est plus nécessaire d'en accuser un agent maléfique.

La nouvelle image de la mort a contribué à réduire le corps de l'homme au rang d'objet. Jusqu'alors, le cadavre avait été considéré comme distinct de toute autre chose : on le traitait quasiment à l'égal d'une personne. La loi lui reconnaissait un statut, le mort pouvait poursuivre et être poursuivi en justice, les poursuites criminelles contre les morts étaient courantes. Le pape Urbain VIII, empoisonné par son successeur, fut exhumé, solennellement jugé pour simonie, condamné à avoir la main droite tranchée et à être jeté dans le Tibre. Descendue de la potence, la dépouille du voleur pouvait ensuite être décapitée pour trahison. Le mort était parfois cité comme témoin. La veuve avait licence de répudier son défunt époux en déposant sur son cercueil ses clefs et sa bourse. La législation moderne reconnaît encore des droits posthumes : l'exécuteur testamentaire agit au nom du mort et l'on parle de la « profanation » d'une tombe ou de la sécularisation d'un cimetière lorsqu'on le désaffecte pour en faire un jardin public. Il a fallu qu'apparaisse la mort naturelle pour que le cadavre soit privé de la majeure partie de son statut légal²⁸.

26 Joshua O. Leibowitz, « A responsum of Maimonides concerning the termination of life », *Koroth, A quarterly Journal devoted to the History of Medicine and Science*, Jérusalem, vol. V, 1-2 septembre 1963.

27 Paracelse, *Œuvres médicales*, Paris, PUF, 1968 (choisies, traduites et présentées par Bernard Gorceix).

28 Heinrich Brunner, *Deutsche Rechtsgeschichte*, vol. I, Von Duncker und Humboldt, 1961, particulièrement p. 254 sq. - Paul Fischer, *Strafen und Sichernde Massnahmen gegen Tote im germanischen und deutschen Recht*, Düsseldorf, 1936. - H. Fehr, « Tod und Teufel im alten Recht », *Zeitschrift der Savigny Stiftung für Rechtsgeschichte*, 67, Germ. Abt. 1950, p. 50-75. - Paul Gei-

L'arrivée de la mort naturelle a également frayé la voie aux nouvelles attitudes envers la mort et la maladie qui allaient se répandre à la fin du ^{xvii}^e siècle. Durant tout le Moyen Âge, le corps humain avait été sacré ; à présent, le médecin portait le scalpel sur le cadavre. L'humaniste Gerson avait jugé cette dissection comme « une profanation sacrilège, une cruauté inutile des vivants envers les morts²⁹ ». Mais au moment où la mort commence à se dresser devant « Jederman » dans les « moralités », le cadavre apparaît dans l'amphithéâtre de l'université de la Renaissance comme un matériel d'enseignement. Une dissection publique ayant été autorisée pour la première fois à Montpellier en 1375, cette nouvelle pratique savante fut aussitôt déclarée obscène et il s'écoula plusieurs années avant que n'en soit opérée une seconde. Une génération plus tard, l'autorisation était accordée pour une dissection annuelle dans les limites du Saint Empire romain germanique. Pareillement, l'université de Bologne était habilitée à disséquer un corps par an, juste avant Noël : la cérémonie s'ouvrait par une procession, s'accompagnait d'exorcismes et durait trois jours. Au cours du ^{xv}^e siècle, l'université de Lérida avait droit, tous les trois ans, à réclamer la dépouille d'un criminel, la dissection devant s'opérer en présence d'un notaire désigné par l'inquisition. En 1540, il fut fait droit aux universités anglaises de requérir annuellement quatre corps auprès de l'exécuteur des hautes œuvres. L'attitude évolua si rapidement qu'en 1561 le Sénat de Venise pouvait ordonner au bourreau de déférer à la réquisition du docteur Fallopius afin qu'il puisse disposer de cadavres propres à « anatomiser ». En 1632, Rembrandt peignit la *Leçon d'anatomie du docteur Tulp*. La dissection publique entra au nombre des thèmes favoris des peintres, tandis qu'aux Pays-Bas la pratique devenait commune d'en exécuter publiquement lors des foires. C'était le premier pas vers la retransmission, télévisée ou filmée, d'interventions chirurgicales. Le médecin avait beaucoup avancé dans sa connaissance de l'anatomie et, en même temps, dans la démonstration de son habileté ; mais son pouvoir curatif n'avait pas fait les mêmes progrès. Les rituels médicaux aidaient à orienter, réprimer ou apaiser la crainte et l'angoisse engendrées par une mort qui était devenue macabre.

Les planches anatomiques de Vésale rivalisaient avec la *Danse macabre*,

ger, « Leichte », in *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, Berlin, 1932/33, t. V. - Karl König, *Die Behandlung der Toten in Frankreich im späteren Mittelalter und zu Beginn der Neuzeit (1350-1550)*, XVII, 94 S. (MS), Diss. Univ. Leipzig, 1921. Hans von Hentig, *Der nekrotopie Mensch : vom Totenglauben zur morbiden Totennahe*, Stuttgart, 1964. - Paul-J. Doll, « Les droits de la science après la mort », *Diogenes*, n° 75, juillet-septembre 1971.

29 Maurice Bariety et Charles Coury, « La dissection », in *Histoire de la médecine*, Paris, Fayard, 1963, p. 409-411.

plus ou moins comme les ouvrages sur la sexualité rivalisent de nos jours avec *Playboy* ou *Lui*.

LA MORT BOURGEOISE

La mort baroque était le contrepoint d'un paradis organisé sur le modèle aristocratique³⁰. On voyait, aux voûtes des églises, des jugements derniers distinguant, au moyen d'espaces séparés, les sauvages, les roturiers et les nobles, mais en dessous la danse des morts montrait la Faucheuse tranchant de sa lame arquée, sans distinction de rang ou d'office. Et c'est précisément parce que l'égalité macabre abolissait, en dernier ressort, tous les privilèges de ce monde qu'ils se justifiaient d'autant plus³¹. Mais un terme va être mis à l'égalité devant la mort avec l'ascension de la famille bourgeoise³²; ceux qui en ont les moyens commencent à payer pour la faire reculer.

Francis Bacon fut le premier à parler de la prolongation de la vie comme d'un nouveau devoir des médecins. Selon lui, la médecine avait un triple office : « Premièrement, la préservation de la santé ; deuxièmement, la guérison des maladies et troisièmement, la prolongation de la vie », et il exaltait « le troisième office qui, bien que nouveau et encore mal accompli, était le plus noble de tous ». La profession médicale, quant à elle, ne voulait nullement affronter cette tâche et ne la fit sienne, en fait, qu'un siècle et demi plus tard, à l'incitation toujours plus considérable d'une clientèle décidée à rétribuer ce genre de prestation. Ce nouveau type de client est un homme riche qui se refuse de mourir, il veut aller jusqu'au bout de ses forces et mourir en pleine activité. Il n'accepte la mort que si elle le trouve en bonne santé, avancé en âge mais toujours vaillant. Montaigne avait déjà raillé l'outrecuidance qu'il y a à vouloir « mourir de vieillesse » : « C'est la dernière et extrême forme de mourir. [...] Quelle rêverie est-ce de s'attendre de mourir d'une défaillance

30 Hermann Bauer, *Der Himmel in Rokoko : das Fresko im deutschen Kirchenraum im 18. Jahrhundert*, Pustet, 1965.

31 Sur le reflet de la mort dans la littérature du XVII^e et du XVIII^e siècle : Richard Sexau, *Der Tod in deutschen Drama des 17. und 18. Jahrhunderts* (von Gryphius bis zum Sturm und Drang), Berlin, 1906 ; *Volkständige Dissertation*, n° 9 von « Untersuchungen zur neueren Sprach- und Literatur Geschichte », Berne, 1907. - Friedrich-Wilhelm Wentzlaff-Eggebert, *Das Problem des Todes in der deutschen Lyrik des 17. Jahrhunderts*, Erster Hauptteil und Schluss Palaestra 171. Untersuchungen und Texte aus der Deutschen und Englischen Philologie, Leipzig, 1931. - W.M. Thompson, *Der Tod in der englische Lyrik des 17. Jahrhunderts*, Breslau, 1935.

32 Philippe Ariès, « La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales », *Archives européennes de sociologie*, vol. VIII, n° 2, 1967, p. 169-195. Voir la citation à la note 19.

de forces que l'extrême vieillesse apporte, et de se proposer ce but à notre durée. [...] Nous l'appelons seule naturelle, comme si c'était contre nature de voir un homme se rompre le col d'une chute, s'étouffer d'un naufrage, se laisser surprendre à la peste ou à une pleurésie. [...] On doit appeler plutôt naturel ce qui est général, commun et universel³³. » De son temps, de tels hommes étaient encore l'exception ; vers 1839, on ne les comptait plus. Le prédicateur qui espérait aller au ciel, le philosophe qui niait l'existence de l'âme et le négociant qui voulait une fois encore doubler son capital s'accordaient à penser que la seule mort conforme à la nature était celle qui les trouverait à leur table de travail³⁴. Rien alors ne prouvait que l'espérance de vie de la grande majorité des individus ayant atteint la soixantaine se fût élevée au milieu du XVIII^e siècle, mais il est sûr que les nouveaux apports technologiques permettaient aux vieillards fortunés de se maintenir sur la brèche en poursuivant toutes leurs activités. L'amélioration de leurs conditions de vie et de travail permettait aux nantis de se cramponner à leur poste. Quant aux faibles, aux mal-portants et aux vieux, la révolution industrielle commençait à leur créer des possibilités d'emploi. Longtemps rare, le travail sédentaire acquérait droit de cité³⁵. La croissance de l'esprit d'entreprise et du capitalisme favorisait le patron qui avait eu le temps d'accumuler le capital et l'expérience. Les routes s'étaient améliorées : un général goutteux pouvait à présent commander une bataille sans descendre de sa voiture et des diplomates décrépits circuler entre Londres, Vienne et Moscou. La centralisation des États-nations exigeait un corps de fonctionnaires et une bourgeoisie toujours plus importants. La nouvelle classe restreinte des vieillards voyait s'accroître ses chances de survie car sa vie familiale, sociale et professionnelle n'était plus aussi éprouvante physiquement. Vieillir devenait une façon de capitaliser la vie. Les longues années passées au bureau, au comptoir ou à l'école commençaient à rapporter des intérêts. Pour la première fois les classes moyennes faisaient faire des études à leurs enfants, qu'ils fussent doués ou non, ce qui permettait aux vieillards de demeurer aux commandes. Mise ainsi financièrement en mesure d'éliminer la « mort sociale » en évitant la retraite, la bourgeoisie inventait l'« enfance »,

33 *Essais*, livre I, chap. LVII.

34 G. Peignot, *Choix de testaments anciens et modernes, remarquables par leur importance, leur singularité ou leur bizarrerie*, Paris, Renouard, 1929. - Michel Vovelle, *Mourir autrefois. Attitudes collectives devant la mort aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Archives Gallimard-Julliard, 1974 ; *Piété baroque et déchristianisation en Provence au XVIII^e siècle : les attitudes devant la mort d'après les clauses des testaments*, Paris, Plon, 1974. - Pollock et Maitland, « The last will », in *The History of English Law*, Cambridge Univ. Press, 1968, vol. II, chap. VI, p. 314-356.

35 Philippe Ariès, « Les techniques de la mort », in *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII^e siècle*, Paris, Seuil, 1971, p. 373 (1^{re} édition, 1948).

afin de garder la haute main sur ses jeunes³⁶.

Parallèlement à la croissance de leur statut économique, les gens d'âge voyaient nouvellement appréciée leur personne physique. Au xvi^e siècle, «vieillard qui prend femme jeune à voir la mort bientôt s'apprête», et au xvii^e siècle, «vieillards qui les fillettes adorent dansent déjà avec la mort». À la cour de Louis XIV, le barbon jouait un personnage ridicule ; au sommet du congrès de Vienne, il était devenu objet d'envie. Mourir en courtisant la maîtresse de son petit-fils devenait la fin rêvée.

Un nouveau mythe prenait forme, celui de la valeur sociale de la vieillesse. Alors que toutes les populations nomades et les populations primitives vivant de la chasse ou de la récolte avaient eu coutume de tuer leurs vieillards, alors que les paysans les confinaient dans des réduits³⁷, le patriarcat apparaissait à présent comme un idéal littéraire. La sagesse lui était attribuée uniquement à cause de son âge. Il devint d'abord tolérable, puis souhaitable, que les vieillards soient les gardiens des rites jugés nécessaires pour maintenir leur vie chancelante. Il n'y avait pas encore de gériatres et la tâche dépassait la compétence de l'apothicaire ou de l'herboriste, du barbier ou du chirurgien, du médecin diplômé de l'université ou du charlatan. Aussi est-ce cette exigence particulière qui contribua à créer le nouveau type de guérisseur, l'«empirique³⁸».

36 Philippe Ariès, *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Plon, 1960, chap. II, p. 23 sq. : «La découverte de l'enfance» (rééd. au Seuil, 1974).

37 La suppression des vieillards fut une coutume largement répandue et s'est perpétuée jusqu'à une période récente : John Koty, *Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern*, 1934, *Forschgn. z. Völkerpsychologie und Soziologie*, Hrsg. v. Thurnwald 13. - W.E. Peuckert, «Altentötung», in *Handwörterbuch der Sage. Namens des Verbandes der Vereine für Volkskunde*, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1961. - J. Wisse, *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern*, Zutphen, 1933. L'infanticide est demeuré suffisamment répandu pour influencer sur les courbes de croissance des populations jusqu'au ix^e siècle : Emily R. Coleman, «L'infanticide dans le haut Moyen Âge» (traduit de l'anglais par A. Chamoux), *Annales, économies, sociétés, civilisations*, Paris, A. Colin, n° 2, mars-avril 1974, p. 313-335.

38 Erwin H. Ackerknecht, «Death in the history of medicine», *Bulletin of the History of Medicine*, vol. XLII, 1968. La mort est demeurée un problème marginal dans la littérature médicale depuis l'Antiquité grecque jusqu'à Giovanni Maria Lancisi (1654-1720) au cours de la première décennie du xviii^e siècle. Puis, soudainement, les «signes de la mort» acquirent une importance extraordinaire. La mort «apparente» devint un des maux les plus redoutés des Lumières : Margot Augener, «Scheintod als medizinisches Problem im 18. Jahrhundert», *Mitteilungen zur Geschichte der Medizin*, Kiel, n° 6 et 7, 1967. Ce sont précisément les philosophes, qui pourtant constituaient le noyau de ceux qui niaient absolument la survie de l'âme, qui développèrent une crainte séculière de l'enfer qui pourrait les menacer s'ils étaient enterrés simplement en état de mort apparente. Des philanthropes, afin d'aider ceux qui couraient le risque d'être ainsi enterrés, fondèrent des sociétés vouées au secours des noyés ou des grands brûlés, et des tests de réaction furent mis au point afin de s'assurer qu'ils étaient réellement morts : Elizabeth Thomson, «The role of the physician in human societies of the 18th century», *Bulletin of the History of Medicine*, 37, 1963, p. 43-51.

Jusqu'alors, l'obligation de demeurer aux commandes jusqu'au dernier jour n'était faite qu'au pape et au roi. Eux seuls consultaient la Faculté, les médecins arabes de Salerne au Moyen Âge ou, à la Renaissance, les praticiens de Padoue et de Montpellier. Quant aux médecins de la cour, ils rendaient au monarque les mêmes soins que les barbiers au commun, ils le saignaient et le purgeaient, mais aussi le protégeaient contre les empoisonnements. Il n'entrait pas dans le dessein des rois de vivre plus vieux que le commun des mortels, et ils n'attendaient pas non plus de leurs médecins privés qu'ils donnent aux années de leur déclin physique une dignité particulière. Au contraire, la nouvelle classe des vieillards voyait dans la prolongation de la vie le prix absolu correspondant à une valeur économique absolue³⁹. Le négociant vieillissant désirait un docteur qui fasse reculer la mort, qu'au moment prescrit il en fût « abandonné » dans les règles et que lui fût servi son dernier repas arrosé de la cuvée spéciale réservée pour cette occasion. Ainsi se créait le rôle du valétudinaire, source de la puissance économique du médecin contemporain.

La capacité de survivre plus longtemps, le refus de céder devant la mort et le recours à l'intervention médicale, même dans les cas incurables, ont par leur conjonction fait naître une nouvelle conception de la maladie qui est alors devenue le type de santé auquel la vieillesse pouvait aspirer. Juste avant la Révolution française, seuls les riches et les puissants sont à même d'y prétendre. En une génération, la maladie chronique devient à la mode parmi la jeunesse et les snobs, les stigmates de la consommation⁴⁰ se lisent comme les signes d'une sagesse précoce, la nécessité de séjourner sous des climats plus chauds s'interprète comme un indice de génie. Le traitement médical prolongé, quelque inopportune que puisse être l'issue de la maladie, est tenu pour une marque de distinction.

À l'inverse, les maladies des pauvres, celles qui n'ont cessé de les décimer, peuvent à présent être définies comme des affections non traitées. Peu importe que le traitement administré par le médecin ne parvienne pas toujours

Un de ces réactifs consistait à souffler de la trompette dans l'oreille du mort. Avec la Révolution française, l'hystérie suscitée par la mort apparente disparut aussi soudainement qu'elle était apparue au début du siècle. Les docteurs commencèrent à s'intéresser aux techniques de réanimation un siècle avant qu'elles soient employées en vue de prolonger l'espérance de vie des vieillards. Voir aussi Hildegard Steingiesser, *Was die Ärzte aller Zeiten vom Sterben wussten*, Arbeiten der deutsch-nordischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, der Zahnheilkunde und der Naturwissenschaften, Univ. Verlag Ratsbuchhandlung L. Bamberg, Greifswald, 1936.

39 Theodor W. Adorno, *Minima Moralia. Reflexionen aus dem beschädigten Leben*, Suhrkamp, 1970.

40 E. Ebstein, *Die Lungenschwindsucht in der Weltliteratur*, Zs. f. Bücherfreunde, 5, 1913. - J.N. Weisfert, « Das Problem des Schwindsuchtskranken in Drama und Roman », *Deutscher Journalistenpiegel*, 3, 1927.

à entraver la progression du mal, l'absence d'une intervention médicale chez les pauvres commençait à signifier qu'ils étaient condamnés à mourir d'une mort non naturelle, idée qui correspondait bien à l'image que la bourgeoisie se faisait d'eux : inéduqués et improductifs. Dès lors, la faculté de mourir d'une mort « naturelle » sera l'apanage d'une classe sociale : la classe de ceux qui auront les moyens de mourir dans la condition de patients.

La santé devint le privilège d'attendre la mort « opportune », quelles que fussent les prestations médicales requises à cet effet. La mort médiévale avait brandi un sablier. Dans les bois gravés le squelette et le spectateur ricanaient lorsque la victime refusait la mort. À présent la bourgeoisie s'emparait de l'horloge, appointait des médecins pour dire à la mort si le moment était venu de frapper. Le siècle des Lumières attribuait au médecin un nouveau pouvoir, mais sans savoir s'il avait ou non acquis une nouvelle maîtrise sur l'issue des maladies dangereuses.

LA MORT CLINIQUE

La Révolution française marqua une brève interruption dans la médicalisation de la mort. Pour ses idéologues, la mort inopportune ne pouvait survenir dans une société bâtie sur le triple idéal révolutionnaire. Mais le regard clinique que commençait alors à porter le médecin lui faisait considérer la mort dans une nouvelle perspective. Alors qu'au XVIII^e siècle c'étaient les marchands qui avaient déterminé la vision de la mort avec le secours des charlatans qu'ils rétribuaient, les cliniciens commençaient à présent à modeler la vision du public. Nous avons vu la mort, d'abord résultat d'une intervention divine, se transformer en événement « naturel », puis en « force de la nature » ; dans une nouvelle mutation, elle est considérée comme « inopportune » si elle ne survient pas chez des individus à la fois bien portants et âgés. Elle est devenue l'issue de maladies spécifiques certifiées par le médecin.

Détrônée par les « maladies mortelles », la mort n'est plus qu'une figure allégorique. La « force de la nature », célébrée comme la mort, s'est transformée en une légion de causes spécifiques responsables du trépas clinique. Partout dans le monde rôdent « des » morts et non plus « la » mort. Dans des ouvrages de bibliothèques de médecins à la fin du XIX^e siècle, beaucoup de gravures montrent le praticien luttant, au chevet du patient, avec des maladies incarnées. L'espoir qu'avaient les médecins de pouvoir traiter des maladies spécifiques a donné naissance au mythe de leur pouvoir de régir la mort. Les nouveaux pouvoirs attribués à la profession ont donné naissance au nou-

veau statut du clinicien.

Tandis que dans les villes le médecin devenait clinicien, le médecin rural tout d'abord se sédentarisait, puis pénétrait dans l'élite locale. Au moment de la Révolution française, il appartenait encore à la vaste catégorie des professions itinérantes. Revenus des guerres napoléoniennes riches d'une vaste expérience, les chirurgiens aux armées cherchèrent à s'établir. Formés sur le champ de bataille, ces anciens militaires devinrent bientôt les premiers professionnels du soin non itinérants en France, en Italie et en Allemagne. Les gens simples se défiaient un peu de leurs méthodes et les bourgeois respectables étaient choqués de la rudesse de leurs manières, mais leur compétence médicale attirait cependant la clientèle. Ils envoyèrent leurs fils dans les nouvelles écoles de médecine qui naissaient alors dans beaucoup de villes et ceux-ci, une fois formés, créèrent la figure du médecin de campagne qui ne devait plus se modifier jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. Leur rôle de docteur de famille auprès d'une bourgeoisie amplement pourvue leur assurait un revenu régulier. Dans les villes, bien que certains riches aient acquis du prestige comme patients d'éminents cliniciens, la concurrence la plus vive à laquelle était soumis le médecin, au début du XIX^e siècle, était encore celle des anciens praticiens, la sage-femme, l'arracheur de dents, le vétérinaire, le barbier, parfois même l'infirmier du dispensaire public, qui étaient toujours très sollicités.

De son côté, en dépit de la nouveauté de son rôle et des résistances qu'il rencontrait en haut comme en bas, le médecin de campagne, à la même époque, était devenu en Europe un membre de la classe moyenne. Il vivait confortablement, faisait sa cour au châtelain, fréquentait les autres notables, visitait occasionnellement les malades d'humble condition, et adressait les cas difficiles à son collègue clinicien de la ville. Alors que l'idée de la mort « opportune » avait eu pour origine la conscience de classe naissante de la bourgeoisie, l'idée de la mort « clinique » émergea dans la conscience professionnelle naissante du nouveau médecin, nanti d'une formation scientifique. Dès lors la « mort opportune », assortie de symptômes cliniques, devint l'idéal de la bourgeoisie ; elle allait bientôt s'incorporer à l'objectif social des syndicats.

Il est revenu à notre siècle de considérer pour la première fois comme un droit civique le fait, pour un valétudinaire, de mourir sous traitement médical aux mains d'un clinicien patenté. L'assistance médicale aux vieillards a été inscrite dans les conventions syndicales. Le privilège capitaliste de s'éteindre naturellement par épuisement dans un fauteuil directorial a cédé la place à l'exigence prolétarienne de prestations médicales pour le retraité. À l'espérance bourgeoise de poursuivre, toujours aux leviers de commande, une vie

de vieillard libidineux s'est substitué le rêve d'une vie sexuelle active garantie par la Sécurité sociale dans une paisible retraite villageoise. L'assistance médicale à perpétuité, pour quelque condition clinique que ce soit, est devenue l'exigence absolue pour accéder à la mort naturelle. L'institution de prestations médicales illimitées est devenue un service dont la société est redevable envers tous ses membres.

La « mort naturelle » fait son entrée dans les dictionnaires. Une des plus grandes encyclopédies allemandes, publiée en 1909, la définit par ses contraires : « La mort anormale est l'opposé de la mort naturelle parce qu'elle résulte de la maladie, de la violence, ou de troubles mécaniques et chroniques. » Un très sérieux dictionnaire des idées philosophiques déclare que « la mort naturelle survient sans maladie préalable, sans cause spécifique définie ». C'est cette macabre et hallucinante conception de la mort qui se tisse à l'idée du progrès social. La revendication légale de l'égalité devant la mort clinique a disséminé les contradictions de l'individualisme bourgeois dans la classe ouvrière. Le droit à la mort naturelle a été formulé comme une revendication d'égalité de consommation des prestations médicales plutôt que comme une demande de limitation du travail industriel malsain ou comme une nouvelle liberté pour l'individu de veiller à sa propre santé. Cette conception syndicale d'une « mort clinique égale » est ainsi l'exact opposé de l'idéal proposé en 1792 à Paris devant l'Assemblée nationale, c'est un idéal profondément médicalisé.

En premier lieu, cette nouvelle image de la mort justifie un nouveau degré de contrôle social. La société est devenue responsable de la prévention de la mort de chacun de ses membres ; le traitement médical, efficace ou non, peut être assimilé à un devoir. Toute mort survenant en l'absence d'un traitement médical est susceptible d'intéresser la justice. La confrontation avec le médecin devient presque aussi inexorable que l'affrontement à la mort. Je connais une femme qui, ayant raté son suicide, fut conduite à l'hôpital dans le coma, avec deux balles logées dans la colonne vertébrale. Le chirurgien s'acharna héroïquement à la maintenir en vie et il considère, en ce qui le concerne, avoir réussi à deux titres : elle a survécu et elle est atteinte de paralysie générale, ce qui exclut toute crainte d'une tentative ultérieure de suicide.

Notre nouvelle image de la mort s'insère également bien dans l'*ethos* industriel. La bonne mort est irrévocablement devenue celle du consommateur type de soins médicaux. Au tout début du siècle, l'homme commençait par être écolier : originellement inculte, il devait passer par une scolarité de huit années avant d'être capable de s'insérer dans la vie productive. Aujourd'hui l'homme

commence, dès sa naissance, par être un patient qui, s'il veut vivre correctement, devra recourir à une infinité de prestations médicales. De même que la consommation obligatoire de l'instruction est devenue un facteur de discrimination professionnelle, la consommation de soins médicaux est devenue un palliatif à l'insalubrité du travail, à la saleté des villes, à la fièvre des transports⁴¹. Pourquoi se préoccuper de rendre moins meurtrier l'environnement puisque les médecins sont équipés industriellement pour sauver les vies humaines !

Finalement, la « mort sous traitement obligatoire » encourage la résurgence des illusions les plus primitives au sujet des causes de la mort. Comme nous l'avons vu, les hommes primitifs ne meurent pas de leur propre mort, ils ne portent pas en eux leur finitude, ils sont encore proches de l'immortalité subjective de l'animal. Pour eux, la mort requiert toujours une explication surnaturelle, quelqu'un doit en être accusé : la malédiction d'un ennemi, le sort jeté par un sorcier, le fil de la Parque qui se rompt, ou l'ange de la mort dépêché par la divinité. Mais, en entrant dans la danse avec son propre reflet, la mort européenne s'est transformée en un événement indépendant d'une volonté extérieure, en une inexorable force de la nature qu'affrontait seul l'individu. L'imminence de la mort était un rappel exquis et constant de la fragilité et de la tendresse de la vie. À la fin du Moyen Âge, la découverte de la mort « naturelle » constitue l'une des sources principales de la poésie et du théâtre en Europe. Mais cette même imminence de la mort, perçue d'abord comme une menace extrinsèque émanant de la nature, représente un défi capital pour l'ingénieur dont la fonction émerge alors. Si l'ingénieur civil a appris à régir la terre, et l'éducateur-devenu-pédagogue à régir la connaissance, pourquoi le médecin-biologiste ne régirait-il pas la mort ? Quand le médecin est parvenu à s'interposer entre l'humanité et la mort, cette dernière a perdu l'immédiateté et l'intimité qu'elle s'était acquises quatre siècles auparavant.

La modification de la relation mort-médecin est bien illustrée par le traitement iconographique du thème⁴². À l'époque de la danse des morts, le médecin est rarement présent : dans la seule représentation que j'aie pu trouver, la mort traite le médecin comme un collègue, elle tient un vieil homme par la main et, de l'autre, élève un flacon d'urine, semblant demander au médecin de confirmer son diagnostic. À l'époque de la danse macabre, le thérapeute est la cible des railleries du squelette. Dans la période précédente, lorsque la mort

41 Siegfried Giedion, *Mechanization Takes Command: A Contribution to Anonymous History*, New York, Norton, 1969. Sur la mécanisation et la mort, voir p. 209-240.

42 Particulièrement Werner Block, Alfred Scott Warthin et Dietrich Briesenmeister. Voir note 15.

était encore revêtue de quelques lambeaux de chair, elle invitait le médecin à vérifier, en se regardant dans le miroir, ce qu'il pensait saisir sur l'intérieur du corps humain. Elle se moquait de l'impuissance du médecin, plaisantait à propos de ses honoraires ou refusait de les lui verser, dispensait des médicaments aussi pernicioeux que ceux qu'il prescrivait et le traitait à l'égal de tout autre mortel en l'entraînant dans la danse. La mort baroque semble s'immiscer constamment dans les activités du médecin, se gausse de lui tandis qu'il débite ses drogues dans une foire, interrompt ses consultations, se fabrique des sabliers avec ses fioles de médicaments, ou prend sa place pour la visite d'un lazaret. Au XVIII^e siècle apparaît un nouveau motif : la mort taquine le médecin à cause de son diagnostic pessimiste et elle semble se réjouir de renoncer aux malades qu'il a condamnés. Jusqu'au XIX^e siècle, c'est toujours la mort qui mène le jeu vis-à-vis du médecin ou du malade. Les adversaires se tiennent aux deux bouts du lit dans lequel gît le patient. Il faut attendre que la maladie clinique et la mort clinique aient connu un développement considérable pour voir les premières images où l'initiative de l'action revient enfin au médecin qui s'interpose entre le patient et la mort. Ce n'est qu'après la Première Guerre mondiale que nous voyons le médecin luttant avec le squelette, dégageant de son étreinte une jeune femme ou lui arrachant sa faux des mains. Vers 1930, un homme en blanc, souriant, se jette sur un squelette geignard et l'aplatit comme une mouche entre deux tomes du *Lexicon of Therapy* de Marle. Sur d'autres images le médecin enserre d'une main les poignets d'une jeune femme étendue dont la mort a agrippé les pieds et bannit cette dernière d'un geste vengeur. Max Klinger, quant à lui, représente le médecin rognant les plumes d'un géant ailé. Dans d'autres compositions le médecin met la mort en cage ou même botte son postérieur décharné. Beaucoup plus que le patient, c'est surtout le médecin qui à présent lutte contre la mort. Comme dans les cultures primitives, il y a de nouveau quelqu'un à accuser si la mort triomphe ; une fois de plus, ce quelqu'un n'a pas de visage mais il a un statut, ce n'est pas une personne mais une classe.

Aujourd'hui, la protection contre la mort est un droit social et c'est donc dans la société que rôde le coupable. Ce peut être l'ennemi de classe qui a privé le travailleur de soins médicaux suffisants, le médecin qui a refusé de répondre à un appel nocturne, le trust multinational qui a haussé le prix des médicaments, le gouvernement révisionniste ou capitaliste qui n'a plus le contrôle de son personnel médical. La traditionnelle chasse aux sorcières que déclenche la mort du chef de tribu s'est modernisée. Pour toute mort prématurée ou cliniquement non nécessaire, on peut trouver la personne ou le groupe

irresponsable qui a retardé ou empêché l'intervention médicale.

Une grande partie des progrès de la législation sociale au cours de la première moitié du ^{xx}e siècle n'aurait pu s'effectuer sans l'usage révolutionnaire qui a été fait de cette image industrielle de la mort. Ni l'agitation nécessaire pour obtenir cette législation, ni les sentiments de culpabilité nécessaires pour qu'elle soit appliquée n'auraient pu être suscités sans ce fétiche. Mais la revendication de l'égalité des soins médicaux garantissant l'égalité qualitative de la mort a également renforcé la dépendance de nos contemporains à l'égard d'un système industriel en expansion illimitée.

LA MORT SOUS THÉRAPEUTIQUE INTENSIVE

On ne peut comprendre pleinement les racines structurelles profondes de notre organisation sociale si l'on néglige d'y voir un exorcisme multiforme contre toutes les « mauvaises » morts. Les grands rouages des institutions constituent un gigantesque programme de défense de l'« humanité » contre les facteurs de mort : hommes ou classes⁴³. C'est la guerre totale. La médecine, mais aussi l'assistance sociale, l'aide internationale, les programmes de développement, tous sont enrôlés dans cette lutte. Les bureaucraties idéologiques de toutes nuances participent à la croisade. Révolution, répression, et même guerres civiles et guerres entre États sont justifiées dès qu'il s'agit d'abattre les dictateurs ou les capitalistes accusés de produire ou simplement de tolérer la maladie et la mort⁴⁴.

43 Richard A. Kalish, « Death and dying. A briefly annotated bibliography », in Orville Brim *et al.*, éd., *The Dying Patient*, New York, Russel Sage Foundation, 1970, p. 327-380 : recension bibliographique de la littérature de langue anglaise sur la mort, limitée principalement aux textes ayant trait à l'activité professionnelle et à la technologie contemporaines. - Sharmon Sollito et Robert Veatch, *Bibliography of Society, Ethics and the Life Sciences, The Hasting Center*, 1973 : évaluation de ces activités du point de vue de l'éthique. - McKnight, *A Bibliography of 225 Items of Suggested Readings for a Course on Death in Modern Society in a Theological Perspective* : listes mimeog. des écrits chrétiens contemporains sur la mort dans une société industrielle. - Austin H. Kutscher, Jr., et Austin H. Kutscher, *A Bibliography of Books on Death, Bereavement, Loss and Grief: 1935-1968*, New York, Health Sciences Publishing Corp., 1969. - *Euthanasia Educational Fund, Euthanasia : An Annotated Bibliography*, New York, 250 West 57th Street, NY 10019. - John Riley, Jr. et Robert W. Habenstein, « Death. 1. Death and bereavement. 2. The social organization of death », in *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Londres, Macmillan, vol. IV, 1968.

44 Werner Fuchs, note 4, nie qu'il y ait une répression de la mort dans la société moderne. - Geoffrey Gorer, *Death, Grief and Mourning*, New York, Doubleday, 1965 : la thèse de Gorer énonçant que la mort a remplacé le sexe en tant que tabou majeur lui semble non fondée et erronée. La thèse de la répression de la mort est généralement mise en avant par ceux qui, étant fortement opposés au monde industriel, veulent démontrer par là l'impuissance que ressent, en dernière analyse,

Curieusement, la mort est devenue l'ennemi à abattre précisément au moment où la mégamort entre en scène. Ce n'est pas seulement l'image de la mort «non nécessaire» qui est nouvelle, mais également l'image de la fin du monde⁴⁵. La mort, la fin de *mon* monde, et l'apocalypse, la fin *du* monde, sont étroitement apparentées ; l'attitude envers l'une et l'autre a été profondément affectée par la situation atomique. L'apocalypse a cessé d'être simplement une conjecture mythique pour devenir une contingence réelle. Au lieu d'être le résultat de la volonté divine, de la culpabilité de l'homme ou des lois de la nature, Armageddon est devenu la conséquence virtuelle d'une décision directe de l'homme. Une analogie étrange existe entre la bombe atomique et la bombe au cobalt : l'une et l'autre sont estimées nécessaires au bien de l'humanité, l'une et l'autre investissent également l'homme du pouvoir de décréter la fin. Les rituels sociaux médicalisés constituent un aspect du contrôle social légitimé par une guerre sans issue contre la mort.

Pour Bronislaw Malinowski⁴⁶, la mort dans les populations primitives menace la cohésion de tout le groupe et par là met en péril sa survie. Elle déclenche une explosion de peur et des expressions irrationnelles de défense. Ce n'est qu'en faisant de l'événement naturel un rituel social que la solidarité du groupe peut être préservée. La mort d'un membre du groupe devient ainsi l'occasion d'une célébration exceptionnelle.

La prépondérance de l'industrie a rompu et souvent fait disparaître les liens de solidarité traditionnels. Les rituels impersonnels de la médecine industrialisée créent une unité factice du genre humain. Ils relient les individus au schéma identique d'une mort «désirable» en proposant le trépas en milieu hospitalier comme un objectif du développement économique. Le mythe du progrès de tous les peuples vers le même type de mort atténue le sentiment de culpabilité chez les «possédants», en transformant la «mauvaise mort»,

l'entreprise industrielle devant la mort. La thèse de la répression de la mort est largement mise à contribution pour étayer des apologies de Dieu et de l'au-delà. Le fait que l'homme doit mourir est avancé comme preuve qu'il ne contrôlera jamais seul la réalité. Pour Fuchs, toutes les théories qui nient la qualité de la mort sont des reliques du passé primitif. Il ne considère comme scientifiques que celles qui correspondent à son idée d'une structure sociale moderne. Son image de la mort contemporaine repose sur une étude du langage propre aux avis de décès allemands. Il pense que ce qui est appelé «répression» de la mort résulte de l'absence d'une acceptation réelle de la croyance, qui ne cesse de devenir plus générale, que la mort est une fin définitive et indiscutable.

45 L'approche irrationnelle d'une société à l'égard de la mort se reflète dans son incapacité à envisager l'apocalypse : Klaus Koch, *Ratlos vor der Apokalypstik*, Gütersloh, Gfittersloher Verlaghaus Gerd Mohn, 1970.

46 Bronislaw Malinowski, «Death and the reintegration of the group», in *Magic, Science and Religion*, New York, Doubleday, 1949, p. 47-53.

qui est le lot des « dé-possessionnés », en résultat d'un sous-développement auquel il convient de remédier par une expansion accrue des institutions médicales.

Bien entendu, la mort médicalisée⁴⁷ a une fonction différente dans les sociétés hautement industrialisées et dans les nations principalement agricoles. Dans une société industrielle, l'intervention médicale dans la vie quotidienne ne modifie pas l'image régnante de la santé et de la mort, mais plutôt la renforce. Elle répand parmi les masses l'image que l'élite médicalisée se fait de la mort et la fixe pour les générations à venir. Mais lorsque la « prévention de la mort » est mise en œuvre dans un contexte culturel autre que celui où les consommateurs se préparent religieusement au lit d'hôpital, le développement de la médecine hospitalière constitue inévitablement une forme d'intervention impérialiste. Une image sociopolitique de la mort est imposée, les hommes sont coupés de ce qui constitue leur vision traditionnelle de la santé et de la mort. L'image qu'ils ont d'eux-mêmes et qui donne à leur culture sa cohésion se dissout et les individus, atomisés, peuvent être incorporés dans une masse internationale de consommateurs de soins hautement « socialisés ». L'espérance de la mort médicalisée accroche les riches aux primes d'assurance illimitées et attire les pauvres dans un piège doré. Les contradictions de l'individualisme bourgeois sont corroborées par l'incapacité des gens à mourir en ayant une attitude réaliste envers leur mort⁴⁸. Un douanier, posté à la frontière entre la Haute-Volta et le Mali, m'a expliqué cette importance de la mort par rapport à la santé. Je voulais savoir comment les populations de la région du Niger pouvaient se comprendre entre elles alors que d'un village à l'autre la langue diffère. Pour lui, la langue n'était pas en question : « Ils coupent le prépuce de leurs fils comme nous, ils meurent comme nous, on se comprend très bien. »

J'ai vu bien souvent ce qui se passe dans les villages mexicains lorsque l'assistance sanitaire y est introduite. Pendant une génération, la population conserve ses croyances traditionnelles ; elle sait comment mourir et comment affronter le chagrin. Mais l'infirmière et le docteur, confiants dans leur savoir, ont commencé à leur enseigner ce que sont les mauvaises morts cliniques, et qu'il convient de les bannir en y mettant le prix. Au lieu d'améliorer et de moderniser le fonds des connaissances médicales de la popula-

47 Eric J. Cassel, « Dying in a technical society », in *Hastings Center Studies*, vol. II n° 2, mai 1974, p. 31-36 : « Il y a eu un glissement de la mort du sein de l'ordre moral à celui de l'ordre technique [...]. Je ne pense pas que les hommes étaient foncièrement plus moraux dans le passé lorsque l'ordre moral prévalait contre l'ordre technique. »

48 Edgar Morin, *L'Homme et la mort*, Paris, Seuil, 1970 : il développe cette argumentation.

tion, ils prônent l'idéal de la mort hospitalière. Les prestations qu'ils délivrent engagent les paysans dans une quête sans fin de la bonne mort conforme à la description internationale, quête qui fera d'eux des consommateurs à perpétuité.

Comme tous les grands rituels de la société industrielle, la pratique de la médecine prend la forme d'un jeu. La principale fonction du médecin devient celle d'arbitre. Il est l'agent ou le représentant du corps social, investi du devoir de veiller à ce que chacun respecte les règles du jeu⁴⁹. Celles-ci, bien entendu, interdisent d'abandonner la partie et de mourir de façon non spécifiée par l'arbitre. La mort, désormais, ne survient plus que comme la prophétie autoréalisatrice de l'homme de l'art⁵⁰.

Avec la médicalisation de la mort, le soin a accédé au rang de religion mondiale monolithique⁵¹, dont les dogmes font l'objet d'un enseignement obli-

49 L'humanité industrialisée a besoin de la thérapie du berceau jusqu'au lit de mort. Un nouveau genre de thérapeute des derniers instants est évoqué par Elizabeth Kubler-Ross, *On Death and Dying*, New York, Macmillan, 1969. L'auteur considère que le mourant passe par sept stades typiques et qu'un traitement approprié pourrait alléger ce processus en vue d'un « morituri » bien organisé. - Paul Ramsey, « The indignity of "death with dignity" », in *Hastings Center Studies*, vol. II, n° 2, mai 1974, p. 47-62. Les moralistes du début des années soixante-dix s'accordent de plus en plus à considérer que de nouveau la mort doit être acceptée et que tout ce que l'on peut faire pour le mourant, c'est lui tenir compagnie pendant son dernier passage. Mais derrière ce consensus il y a une interprétation de la vie humaine de plus en plus terrestre, naturaliste et anti-humaniste. - Robert S. Morison, « The last poem : the dignity of the inevitable and necessary. Commentary on Paul Ramsey », in *Hastings Center Studies*, vol. II, mai 1974, p. 62-66. Morison critique l'idée de Ramsey selon laquelle quiconque n'est pas capable de parler en tant que moraliste chrétien devrait cependant le faire au nom d'un « hypothétique dénominateur commun ».

50 David Lester, « Voodoo death : some new thoughts on an old phenomenon », *American Anthropologists*, 74, 1972, p. 386-390.

51 Pierre Delooz, « Who believes in the hereafter », in André Godin (sous la direction de), *Death and Presence*, Bruxelles, Lumen Vitae Press, 1972, p. 17-38 : montre qu'en France les orateurs religieux contemporains distinguent effectivement la croyance en Dieu et la croyance en l'au-delà. - Paul Danblon et André Godin, « How do people speak of death ? », in André Godin (sous la direction de), *ibid.*, p. 39-62. Danblon a étudié des entretiens de 60 personnages publics de langue française. Les analogies interdénominationnelles relevées dans leurs expressions, leurs opinions et leurs attitudes sont beaucoup plus fortes que les différences résultant de la disparité de leurs croyances et de leurs pratiques religieuses. - Joseph F. Fletcher, « Antidysthanasia : the problem of prolonging death », *The Journal of Pastoral Care*, vol. XVIII, 1964, p. 77-84 : argumente contre la prolongation irresponsable de la vie, du point de vue d'un aumônier d'hôpital : « Quant à moi, je m'accorde avec Pie XII et avec au moins deux archevêques de Canterbury, Land et Fischer, lorsque, se préoccupant de cette question, ils considèrent que le savoir technique du médecin, ses "intuitions professionnelles" et l'expérience devraient fonder la décision quant à l'existence d'un "espoir raisonnable". Cette détermination dépasse la compétence du profane [...]. Mais ayant déterminé que la condition est désespérée, je ne puis accorder qu'il soit prudent ni équitable envers le corps médical de lui infliger le fardeau de décider seul de laisser ou non disparaître le patient. »

gatoire dans des établissements spécifiques et dont les règles éthiques sont appliquées à la restructuration bureaucratique de l'environnement : la sexualité devient une matière au programme et partager sa bouchée de pain est rejeté au nom de l'hygiène. La lutte contre la mort, qui domine le style de vie des riches, est traduite par les agences de développement en un ensemble de règles que seront contraints d'observer tous les pauvres du monde.

La commercialisation de l'image de la mort que je viens de décrire ne pouvait procéder que d'une culture propre à des sociétés hautement industrialisées⁵². Dans sa forme extrême, la « mort naturelle » est maintenant le seuil au-delà duquel l'organisme humain refuse tout traitement additionnel. Les gens meurent lorsque l'encéphalogramme plat témoigne de l'inactivité définitive de leurs cellules cérébrales. Ils ne rendent pas leur dernier soupir, ils ne meurent pas parce que leur cœur a cessé de battre. La mort qu'approuve la société, c'est celle qui survient lorsque l'homme est devenu inutile non seulement en tant que producteur mais aussi en tant que consommateur. C'est le moment où un consommateur, formé à grands frais, doit finalement passer dans les pertes sèches. La mort est devenue la forme ultime de résistance du consommateur⁵³.

Traditionnellement, la personne la mieux protégée contre la mort était celle que la société avait condamnée à perdre la vie. La société ressentait comme une atteinte que cette personne se pendît dans sa cellule. Qu'elle se supprimât avant le terme prescrit, et l'autorité était bafouée. Aujourd'hui, l'homme

La thèse est courante. Elle montre que même les Églises soutiennent le jugement professionnel. Cette convergence au plan matériel, entre la pratique médicale et la pratique chrétienne est en opposition absolue avec l'attitude envers la mort dans la théologie chrétienne. - Ladislaus Boros, *Mysterium mortis. Der Mensch in der letzten Entscheidung*, Fribourg-en-Brisgau, Walter Verlag, 1962. - Karl Rahner, *Zur Theologie des Todes*, Herder, Fribourg, 1963.

52 Daniel Maguire, « The Freedom to Die », *Commonweal*, 11 août 1972, p. 423-428. En travaillant de façon créative, en trouvant des modalités auxquelles on n'a pas encore pensé, la caste des mourants et des grands malades pourrait devenir une force salvatrice dans la société. - Jonas B. Robitscher, « The right to die. Do we have a right not to be treated? », *Hastings Center Report*, vol. II, n° 4, septembre 1972, p. 11-44.

53 Orville Brim, Howard Freeman, Sol Levine et Norman Scotch, éd., *The Dying Patient*, New York, Russel Sage Foundation, 1960. Ils traitent tout d'abord de l'éventail de l'analyse technique et de la prise de décision que parcourent les professionnels de la santé lorsqu'ils sont confrontés à la tâche de déterminer les circonstances dans lesquelles devrait survenir la mort d'un individu. Ils fournissent une série de recommandations quant à ce qui pourrait être fait pour rendre ce processus mécanisé « relativement moins ingrat et moins déplaisant pour le patient, pour sa famille et, avant tout, pour le personnel qui y préside ». Dans cette anthologie, le macabre tourne à l'obscurité professionnellement gérée. Voir aussi David Sudnow, « Dying in a public hospital », in Orville Brim *et al.*, *ibid.*, p. 191-208.

le mieux protégé contre la possibilité de fixer l'heure de sa propre mort est le patient atteint d'une maladie grave. La société, agissant par l'entremise du système médical, décide quand et après quelles indignités et quelles mutilations il mourra⁵⁴. La médicalisation de la société a mis fin à l'ère de la mort naturelle. L'homme occidental a perdu le droit de présider à l'acte de mourir. La santé, ou le pouvoir d'affronter les événements, a été expropriée jusqu'au dernier soupir. La mort technique est victorieuse du trépas⁵⁵. La mort mécanique a conquis et annihilé toutes les autres morts.

54 David Sudnow, *ibid.*, rapporte dans son étude sur l'organisation sociale : «[...] on a vu une infirmière essayer, pendant deux ou trois minutes, de fermer les yeux d'une patiente. Elle expliqua que celle-ci était en train de mourir. Elle tentait d'obtenir que les paupières demeurent closes. Elle ne réussit qu'après plusieurs tentatives infructueuses, disant, avec un soupir de satisfaction : "Ils sont bien maintenant." Quand on l'interrogea sur ce qu'elle venait de faire, elle expliqua que les yeux d'un patient doivent être fermés après sa mort, afin que le corps semble dormir. Or il était beaucoup plus difficile de les fermer, expliqua-t-elle, une fois que les muscles et la peau avaient commencé à se tendre. Aussi essayait-elle toujours de fermer les yeux *avant* la mort. Cela simplifiait les opérations lorsque le personnel chargé des morts venait pour ensevelir le corps. C'était un geste de ménagement à l'égard de ces employés qui tenaient à manipuler le moins possible les cadavres», p. 192-193.

55 Anthelme Brillat-Savarin, «Méditation XXVI, De la mort», in *Physiologie du goût*. Brillat-Savarin était au chevet de sa grand-tante, âgée de quatre-vingt-treize ans, lorsqu'elle mourut. «Elle avait conservé toutes ses facultés et on ne s'était aperçu de son état qu'à la diminution de son appétit et à l'affaiblissement de sa voix. Es-tu là, mon neveu ? Oui ma tante, je suis à vos ordres, et je crois que vous feriez bien de prendre un peu de bon vin vieux. Donne, mon ami, le liquide va toujours en bas. Je lui fis avaler un demi-verre de mon meilleur vin. Elle se ranima à l'instant et, tournant sur moi des yeux qui avaient été fort beaux, grand merci, dit-elle, de ce dernier service ; si jamais tu viens à mon âge, tu verras que la mort devient un besoin tout comme le sommeil. Ce furent ses dernières paroles et une demi-heure après elle s'était endormie pour toujours.»

Némésis : la matérialisation du cauchemar

Depuis toujours, l'homme est cause de la plupart des souffrances. Les annales de cette persécution de l'homme par l'homme ont été tenues et transmises. L'histoire n'est qu'une longue chronique de l'esclavage et de l'exploitation, léguée à la postérité par les chants épiques des vainqueurs et par les élégies des victimes. Au cœur du récit l'on trouve toujours la guerre et son cortège d'atrocités : le pillage, la famine et la peste. Naguère encore, c'était aux luttes opposant les nations ou les classes qu'étaient imputables ces maux infligés à l'homme par l'homme. Aujourd'hui, et les statistiques en témoignent, les conséquences des entreprises « pacifiques » sont aussi destructrices, dans les domaines physique, social et psychologique, que les guerres.

L'homme est le seul animal dont l'évolution ait eu à dépendre de l'adaptation sur plus d'un seul front. Lorsqu'il ne succombait pas devant les prédateurs ou les forces de la nature, il lui fallait encore affronter les us et les abus des membres de son espèce. Dans cette lutte contre les éléments et contre son semblable, la personnalité et la culture de l'homme se façonnaient, tandis que dépérissaient ses instincts.

Les animaux réagissent par l'évolution aux changements de leur environnement naturel. Seul l'homme peut répondre consciemment au défi. Sa réaction aux êtres et aux événements prend la forme d'une action rationnelle, d'une riposte délibérée. L'homme peut organiser ses rapports avec la nature et avec ses semblables, il peut survivre même si son entreprise échoue partiellement. L'homme est un animal capable de supporter patiemment les épreuves et d'en tirer les leçons. Il est le seul être qui connaisse ses propres limites et qui les accepte. S'il peut prendre en main sa sauvegarde, c'est parce qu'il réagit consciemment à la douleur, à l'altération de sa santé et, finalement, à la mort. Se révolter et persévérer, endurer et se résigner, tout cela est partie intégrante de la santé de l'homme.

Mais alors même qu'il lui faut se garder sur deux fronts, contre la nature

et contre son voisin, il existe un troisième front d'où sa propre humanité le menace. L'homme doit survivre à son rêve malsain, celui auquel, dans toutes les cultures antérieures à la nôtre, les mythes ont donné forme et limites. L'homme n'a pu se réaliser que dans une société dont les mythes bornaient les cauchemars. Le mythe a toujours eu la fonction de rassurer l'homme sur ce troisième front, pourvu qu'il ne franchisse pas les limites sacrées. Le péril de succomber à ce vertige n'existait que pour le petit nombre de ceux qui tentaient de duper les dieux. Le commun des mortels mourait d'une infirmité ou de violence. Seul celui qui transgressait la condition humaine devenait la proie de Némésis pour avoir porté ombrage aux dieux.

Prométhée n'est pas homme mais héros. Mû par une ambition suprême (*pleonexia*), il dépasse les mesures humaines (*aitia* et *mesotes*) et, dans sa présomption sans bornes (*hybris*), dérobe le feu céleste. Dès lors Némésis s'attache inéluctablement à lui. La rancune de l'Olympe enchaîne Prométhée à un rocher du Caucase et tout le jour un vautour lui dévore le foie qui sans cesse repousse sous l'action impitoyable de divinités réparatrices. Ce châtiement est de ceux que Zeus réservait aux demi-dieux, non aux hommes. La souffrance sans fin et sans espoir rappelle à jamais que le héros ne peut éluder la revanche cosmique.

L'apparence de Némésis a changé, non pas sa nature. Le langage cybernétique masque la racine onirique de la rétroalimentation destructrice que le mythe révèle. Avec l'industrialisation du désir et la ritualisation opérationnelle des réactions, l'*hybris* est devenue collective et la société est la réalisation matérielle du cauchemar. L'*hybris* industrielle a brisé le cadre mythique qui fixait des limites à la folie des rêves. L'ingénieur les a matérialisés en se servant de la science pour les justifier et de la politique pour confirmer l'adéquation destructrice entre fournisseur et client. L'inéluctable choc en retour du progrès industriel, c'est Némésis pour les masses, le monstre matériel né du rêve industriel. Anonyme, insaisissable dans le langage de l'ordinateur, Némésis s'est annexé la scolarisation universelle, l'agriculture, les transports en commun, le salariat industriel et la médicalisation de la santé. Elle plane sur les chaînes de télévision, les autoroutes, les supermarchés et les hôpitaux. Les garde-fous que constituaient les mythes traditionnels ont cédé. La procédure juridique ne peut remplacer les tabous dans une société qui proclame le droit de tout le monde à la réalisation du même cauchemar. Or, si l'espèce veut survivre à l'éclipse du mythe, il lui faut précisément apprendre à maîtriser politiquement ses rêves de convoitise, d'envie, de paresse. Il faudra que se substitue aux anciennes barrières du mythe une limitation politique de la

croissance industrielle. Il reviendra au politique de fixer les limites du mode de production industriel en se fondant sur l'examen et la détermination des conditions matérielles nécessaires pour garantir l'égalité et l'efficacité.

Némésis est devenue structurelle et endémique. L'effet indirect d'entreprises vouées à protéger l'homme contre un environnement hostile et contre l'injustice pratiquée à ses dépens par l'élite a été de réduire l'autonomie et d'accroître la misère de l'humanité. La source principale de la souffrance, de la maladie et de la mort, c'est à présent le harcèlement technique, délibéré ou non. Les principales maladies, le désarroi, l'injustice, dérivent des stratégies mises en œuvre pour améliorer l'instruction, le logement, l'alimentation ou la santé.

Lorsqu'un certain seuil d'expansion des institutions est atteint, l'*Homo economicus*, mû par l'appât des avantages marginaux, se transforme en *Homo religiosus* se sacrifiant sur l'autel de l'idéologie industrielle. Les effets techniques et même les effets sociaux des grandes branches industrielles s'estompent par rapport à leur fonction symbolique. C'est ce qui se passe lorsque l'on en vient à demander aux membres de la société de dépenser toujours plus pour acquérir ce qui est défini industriellement comme nécessaire, en dépit du fait que toute acquisition procure un surcroît de souffrances. L'aspiration à l'avoir étouffe l'espoir. L'espérance se réduit aux attentes normalisées. La gestion industrielle des besoins castre la fantaisie. Le nécessaire devient irrationnel. Le cauchemar monopolise le rêve. Les souffrances que l'homme s'inflige à lui-même dépassent tous les outrages que lui cause la nature et toutes les violences de son voisin. L'*hybris* industrialisée inspire un comportement de masse autodestructeur. Némésis classique était le châtiment d'un téméraire abus des privilèges. Némésis industrialisée est le salaire d'une politique de participation obligatoire à la poursuite de rêves standardisés. Le mythe ne les éclaire plus, le tabou ne les encadre plus et l'éthique ne les refrène plus.

La guerre et la famine, la peste et les catastrophes naturelles, la torture et la folie continuent à accompagner l'homme, mais Némésis qui le domine leur impose une nouvelle *Gestalt*. Plus le progrès économique d'une communauté est grand, plus est important le rôle de Némésis industrielle dans la génération du mal. Plus la dépendance à l'égard des réalisations techniques est intense, plus le taux de déchet, du blocage et de la paralysie s'élève, plus alors s'impose, pour les combattre, le recours à des techniques encore plus neuves. De cette façon, les efforts indispensables au ramassage des détritiques, au délestage des déchets et au traitement sanitaire des populations deviennent parasitaires. L'étude raisonnée de Némésis devrait constituer le domaine clef de la recherche pour tous ceux dont l'office est de soigner, de guérir, de consoler.

Ayant été invité à partager le festin des dieux, Tantale, roi de Lydie, dérobe à leur table l'ambrosie, breuvage qui rend immortel. En châtimement ils lui confèrent l'immortalité, mais aux enfers, où il est constamment en proie à la faim et à la soif. Les eaux de la rivière se retirent dès qu'il se penche sur elles, la branche de l'arbre élève hors de sa portée le fruit qu'il y veut cueillir. Les éthologues et les cybernéticiens diraient que Némésis médicale lui a programmé un comportement autodérégulé et que son milieu se comporte de façon contre-intuitive.

La soif d'ambrosie, c'est aujourd'hui le commun des mortels qui l'éprouve. L'euphorie scientifique et l'euphorie politique concourent à propager cette « addiction ». Les prêtres de Tantale qui s'en sont faits les zéloteurs promettent à l'homme une amélioration médicale illimitée de sa santé. Mais, bien qu'ils se prétendent disciples d'Esculape le guérisseur, les membres de ce corps ne sont que des pourvoyeurs d'ambrosie. La production professionnelle de cette soif inextinguible du magique breuvage, c'est Némésis médicale.

Némésis médicale est plus que la somme de toutes les fautes professionnelles, des négligences, du cynisme de caste, de l'injuste répartition des soins décrétée par les médecins, de l'invalidité par diktat médical. C'est plus que la dégradation malsaine des structures sociales par la surmédicalisation tentaculaire. C'est plus même que l'encouragement médical de l'impuissance de l'homme face à la douleur, la maladie et la mort. Némésis médicale, c'est l'autodérégulation institutionnelle de l'homme vers le cauchemar. C'est l'expropriation du vouloir-vivre de l'homme par un service d'entretien qui se charge de le maintenir en état de marche au bénéfice du système industriel.

Némésis industrielle, sous ses diverses formes, a pris aujourd'hui une telle prééminence que l'on en vient à croire qu'elle a toujours été attachée à la condition humaine. Cette banalisation de Némésis engendre l'incapacité à reconnaître son origine dans la contre-productivité paradoxale de l'entreprise industrielle. Cette trivialisation de l'absurde interdit de chercher le remède dans une réduction radicale de la production hétéronome et sa limitation à un niveau suffisamment bas pour permettre sa synergie positive avec l'action autonome.

Devant l'imminence du désastre, c'est encore dans la réorganisation de la production hétéronome que l'on va chercher la riposte à l'escalade du contresens qu'elle produit. Le syndrome est reconnu, mais son étiologie continue à être attribuée à une défaillance de la technologie aggravée par une gestion égoïste de Wall Street ou du Parti. On ne voit pas que Némésis est l'incarnation sociale de la convoitise, de l'envie, de la paresse. On ne comprend pas

qu'elle est une illusion délirante entretenue par la texture rituelle et non technique de nos grandes structures industrielles. De même que les contemporains de Galilée se refusaient à observer au télescope les satellites de Jupiter dans la crainte qu'en soit altérée leur vision géocentrique du monde, nos contemporains se refusent à reconnaître l'origine onirique de Némésis parce qu'ils se sentent incapables de centrer leurs structures sociopolitiques autour du mode autonome de production et non autour du mode industriel.

L'humanité a toujours reconnu la puissance de la dimension symbolique, la menace du cauchemar. Cette menace limitait les pouvoirs du roi et du sorcier, et aussi ceux de l'artisan et du technicien. Selon Malinowski, aucune société, sauf la nôtre, n'a jamais consenti à ce que les outils qu'elle possède soient utilisés au maximum de leur efficacité. Jusqu'à présent, une des bases fondamentales de l'éthique a été la reconnaissance de la dimension sacrée. Après les avoir vouées à l'oubli pendant plusieurs générations, nous voici effrayés par les multiples limites de la nature. L'écologie aspire à l'hégémonie dans les sciences. Je considère que ce serait une grave erreur, dans l'actuelle période de crise, d'assigner à l'action humaine des limites dictées par une idéologie écologique qui ne serait qu'une version pseudo-scientifique de l'antique sacralisation de la nature. Seul un accord général sur les procédures susceptibles de garantir également l'autonomie de l'homme postindustriel pourra permettre de déterminer les limites auxquelles doit se tenir l'activité humaine.

Dans un monde où les normes sont produites par l'ingénieur ou le pédagogue, l'action humaine se dénature et perd ses coordonnées traditionnelles¹. Jusqu'à présent, tous les systèmes éthiques reposaient sur le présupposé que l'action humaine n'est pas extérieure à la condition humaine. Étant donné qu'ils impliquaient tous, tacitement ou explicitement, que cette condition humaine était plus ou moins donnée une fois pour toutes, le champ d'action de l'homme était étroitement circonscrit. La nature était considérée comme relativement invulnérable et toute transgression de ses frontières entraînait un châtement, que l'intrus se nommât Icare, Œdipe, Prométhée ou même Xerxès. La distinction était nette entre les outils dont les dieux avaient fait don à l'humanité, et qui fonctionnaient au sein d'un nexus cosmique harmonieux, et les autres types de machines, telles les ailes d'Icare, inventées pour déjouer l'ordre de ce nexus de forces. *Tekhnê*, l'art qui avait produit les outils, était un tribut à la nécessité et non un bâton magique permettant la poursuite effrénée des rêves. On affrontait les dieux, on leur attribuait un dessein, on perce-

¹ Hans Jonas, « Technologie et responsabilité ; pour une nouvelle éthique », *Esprit*, septembre 1974, p. 163-184.

vait par là même l'intentionnalité de l'action divine comme définie et illuminée par ce qui était inscrit dans un ordre supérieur.

À l'ère industrielle, ce n'est pas seulement l'objet de l'action humaine qui est nouveau mais encore sa nature même. Nous ne sommes plus affrontés aux dieux qui agissent mais au fonctionnement des forces aveugles de la nature. Or, au lieu de prendre en compte les limites dynamiques d'un univers maintenant connu, nous agissons comme si celles-ci ne se traduisaient pas en seuils critiques pour l'action humaine. Traditionnellement, l'impératif catégorique pouvait définir et valider l'action comme étant véritablement humaine ; fixant directement des limites à l'action de chacun, il exigeait donc le respect d'une égale liberté pour les autres.

Indirectement, cet impératif reconnaissait les limites de l'action fixées par la condition humaine. La perte d'une « condition humaine » normative introduit une nouveauté non seulement dans l'acte humain, mais également dans l'attitude de l'homme à l'égard du cadre dans lequel il opère. Pour demeurer humaine alors même que le caractère sacré de son cadre a disparu, il faut à cette action un fondement éthique reconnu au sein d'un nouveau type d'impératif. Ce dernier ne peut se ramener qu'à une seule formulation : « Agis de telle sorte que ton action soit compatible avec la permanence de la vie authentiquement humaine. » On ne pourra jamais formuler un tel impératif aussi longtemps que le concept de « vie authentiquement humaine » continuera à être considéré comme extrêmement élastique et indéfiniment redéfinissable par un expert.

Est-il possible, se demande Hans Jonas, sans restaurer la catégorie du sacré, de parvenir à une éthique qui, seule, mettrait l'homme à même d'accepter la rigoureuse discipline de ce nouvel impératif ? Sans doute, parfois la crainte aide à préserver l'austérité pourvu que les conséquences néfastes d'une action soient suffisamment évidentes et imminentes. Seule la peur du sacré s'est avérée efficace pour imposer à l'action des contraintes qui obligent riches et pauvres même quand l'intérêt matériel et la nécessité logique ne sont pas évidents. Les tabous se sont émoussés. Le rituel de l'école, du transport ou de la médecine engendre chez leurs fidèles qui s'engagent dans la production contre-productive le mythe de l'irrationalité des tabous. L'invocation du sacré est hors de question dans la crise que nous vivons actuellement. Le recours à la foi fournirait certes une échappatoire aux croyants, mais il ne pourrait fonder un impératif moral puisque la foi, on l'a ou on ne l'a pas. De ne pas l'avoir, le croyant ne peut blâmer le non-croyant. Il n'est pas nécessaire, il n'est probablement pas réalisable et il n'est certainement pas souhaitable de fonder la

limitation des sociétés industrielles sur un système partagé de dogmes écologiques dont il faudrait, dans l'intérêt général, qu'un pouvoir policier impose l'observance.

La prise de conscience de Némésis ajoute à la tentation de l'acharnement technique contre la iatrogenèse clinique et à celle de la gestion totalitaire de la iatrogenèse sociale une troisième tentation : l'inquisition idéologique s'exerçant sur la matérialisation des mauvais rêves individuels. Cette inquisition prend facilement de nos jours la forme d'une tolérance répressive. Ce sont là trois tentatives pour étouffer la conscience de l'origine onirique de l'aventure industrielle.

Une seule démarche peut éveiller l'homme à la conscience de l'origine onirique des institutions productrices de lâcheté, de vanité, de violence, d'envie, et en même temps l'engager dans la maîtrise des sources du mirage industriel : c'est la lutte politique pour le droit à l'intensité de l'acte productif personnel.

L'entreprise qui brisera la programmation autodérégulée de notre système de production se fondera nécessairement sur le respect des ressources inattendues de l'action personnelle.

La contre-productivité globale de la médecine est un phénomène évident. La lutte politique dans ce domaine, pour la liberté de l'information, pour la liberté de l'exercice des soins et pour la libre disposition de son corps, pourra jouer le rôle d'étincelle, déclenchant un processus général de libération dans d'autres domaines où l'expansion du système hétéronome a également atteint des niveaux morbides.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	4
Introduction	6

PREMIÈRE PARTIE LA IATROGENÈSE CLINIQUE

1. L'efficacité technique de l'acte médical	9
Une histoire douteuse	14
Une réalité pénible	21
Une nouvelle épidémie qui résiste à la médecine	26

DEUXIÈME PARTIE LA IATROGENÈSE SOCIALE

2. Le masque sanitaire d'une société morbide	35
La médicalisation du budget	35
L'invasion pharmaceutique	42
Le contrôle social par le diagnostic	47
L'entretien par le mage préventif	51
L'enrôlement dans une liturgie macabre	55
L'investissement thérapeutique du milieu	60
3. Les deux dimensions de la contre-productivité institutionnelle	65
4. Cinq remèdes politiques administrés en pure perte	80
Les drogués se regroupent en associations de consommateurs	83
Le législateur s'efforce de contrôler les fournisseurs	88
L'automédication illusoire de la bureaucratie médicale	93
La séparation de la médecine orthodoxe et de l'État	96
La capitulation du médecin devant le polytechnicien	99

TROISIÈME PARTIE
LA IATROGENÈSE STRUCTURELLE

5. La colonisation médicale	104
6. L'aliénation de la douleur	108
7. La maladie hétéronome	123
8. La mort escamotée	136
La danse des morts	137
La danse macabre	140
La mort bourgeoise	148
La mort clinique	152
La mort sous thérapeutique intensive	157
9. Némésis : la matérialisation du cauchemar	163