

I n e o r i e

le gouvernement contemporain des corps (1965- ?) : un nouveau type d'administration du vivant et des populations

Virginie
Tournay

CREDAP
Université Paris I Sorbonne

*Remanié dans la forme, ce texte
a été présenté le 26 novembre 2001
à l'école doctorale de Paris 1 dans le cadre
d'une présoutenance de doctorat devant
Madame Dominique Memmi, en présence
de Messieurs Michel Dobry et Lucien Sfez.*

CREDAP, ronéoté.

Dès la deuxième partie du XX^e siècle, sont apparues de nouvelles manières de penser le corps, de le soigner et de l'expérimenter. Cette transformation a eu pour conséquence directe la réorientation de sa prise en charge institutionnelle et l'ancrage d'un type spécifique de gestion sociale du corps biologique.

Dans ce paysage, le complexe biomédical français est progressivement devenu la principale administration du vivant avec ses sirènes du progrès, son artillerie technique, ses dispositifs éthiques et ses comités d'expertise¹. Le déploiement et la multiplication des affaires mixant la connaissance, les intérêts divers et variés, la justice et le pouvoir politique sont patents². Du développement des organismes génétiques modifiés à celui de la fécondation in vitro, la volonté des pouvoirs publics est discutée, débattue au nom de la thérapie génique ou du traitement de la stérilité. Non seulement un idéal politique de production biologique incarne la nouvelle administration du vivant, mais surtout ces objets de la bio-industrie se voient *médicalisés* sans discussion. Témoins et acteurs d'une période bien particulière de l'Histoire marquée par un processus de médicalisation accru, nous assistons depuis une quarantaine d'années à la mise en place d'une nouvelle administration du vivant.

L'objectif de cet article est de montrer la médicalisation progressive de tout un nouvel ensemble d'objets et de pratiques, la participation de la bioéthique comme pivot à cette médicalisation du social, puis de caractériser historiquement l'émergence d'une administration contemporaine du vivant.

La bioéthique, retour à ses origines : un relais institutionnel à la médicalisation des objets biologiques

En quoi le savoir médical caractéristique de ces trente dernières années *impose* et *suppose* une mise en problématique à dimension publique ? Pourquoi une formulation sociale, voire politique, des aspects techniques de la médecine est particulièrement marquée depuis une vingtaine d'années et quels en sont les enjeux ? La question de l'utilisation thérapeutique des cellules souches ou celle des investissements accordés au déchiffrement du génome humain sont des illustrations remarquables de ce traitement politique et médiatique. Tout se passe comme si l'articulation existante entre la production des savoirs biomédicaux, leur qualification sociale et leur institutionnalisation se voyait renforcée ou rendue visible. Le constat est d'autant moins anodin que cette articulation a pris la tournure d'un champ disciplinaire autonome au début des années quatre-vingt, celui de la bioéthique. Un des versants institutionnels de la mise en politique des savoirs médicaux contemporains passe par la création du comité consultatif national d'éthique (CCNE) en 1983. Le phénomène bioéthique constitue une interface significative dans la négociation institutionnelle du contenu des savoirs médicaux³. Sans oublier le foisonnement d'agences étatiques de surveillance des bonnes pratiques expérimentales et de protection du corps de l'individu, des comités à la frontière de la production des "sages" et de l'expertise, cet ensemble institutionnel matérialise un véritable guide méthodologique de l'action administrative appliquée à la santé. L'histoire de la comitologie d'éthique médicale

accrédite l'idée que l'origine de cette discipline en France s'inscrit dans la perplexité grandissante du monde médical face à la percée des biotechnologies et au douloureux souvenir des expérimentations abusives mises en relief dès la Seconde Guerre. Et comment ne pas arrêter sa pensée, en effet, sur les chamboulements occasionnés par une nouvelle culture matérielle scientifique. Impossible de minimiser cette causalité endogène sur le contenu, les discours de la bioéthique, mais qu'en est-il de son contenant, des conditions d'émergence de cette nouvelle discipline ? Un commencement d'éclaircissement serait peut-être de rattacher cette symptomatique sociale à l'émergence d'une nouvelle administration du vivant et des populations. Dès lors, l'hypothèse avancée serait de corréler l'émergence de la bioéthique française à la multiplication des disciplines médicales et de ses médiateurs sur le terrain social durant ces cinquante dernières années. À partir des discours éthiques de la corporation médicale, on constate que la légitimité du médecin à intervenir dans le social est concomitante à l'inflation de la dimension éthique.

Le premier congrès d'éthique médicale du Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNO)⁴ succède à la controverse américaine du vaccin contre la poliomyélite du milieu des années cinquante, controverse qui remettait en cause la prudence de la recherche biomédicale. Loin de la bioéthique contemporaine qui s'attache à la santé au sens large, cette éthique se comprenait à l'époque de façon restreinte puisqu'il s'agissait d'une éthique de la médecine, et à proprement parler, d'une éthique professionnelle des médecins. Dès le premier congrès d'éthique

médical en 1955, s'affirme une rationalité proprement médicale qui s'appuie sur des compétences morales et techniques. Au deuxième Congrès de 1966, la compétence médicale s'articule sur une hypersensibilité des risques rattachés aux nouvelles technologies médicales. Ce diptyque compétence-risque technologique fait apparaître le concept de responsabilité. Sa récurrence est nette dans les propos liés à la spécialisation médicale. L'apparition et le développement des thématiques autour de la responsabilité marqueraient véritablement les premières manifestations de la bioéthique contemporaine. Etant donné le poids d'une segmentation professionnelle de plus en plus importante et l'augmentation concomitante des spécialisations médicales, une dissociation s'opère entre les pratiques médicales et le sens donné à celles-ci. En effet, la spécialisation des connaissances médicales sur ces cinquante dernières années a eu pour conséquence la multiplication des schémas interprétatifs sur le fonctionnement de l'organisme humain. Le concept de responsabilité semble phagocyter ce sens perdu, il donne une cohérence à la fragmentation disciplinaire de cette nouvelle médecine. De plus, la responsabilité implique un sujet derrière, ce qui permet de rétablir le lien entre les pratiques médicales et leur signification sociale. Ce concept de responsabilité est donc un concept éminemment social, il participe à médicaliser des objets du social. Par exemple, l'utilisation des contraceptifs est devenue un problème médical dès lors que la responsabilité médicale y a été associée. Avant, le CNO considérait le problème de limitation des naissances comme un problème extra-médical. D'une responsabilité médicale largement

présente au congrès de 1966, la responsabilité sociale s'affirme au troisième congrès de 1991. Au sujet du diagnostic anténatal, sont abordées les questions du conseil génétique, de la transmission de l'information, de la normalité, ensuite celles relatives à la maîtrise des dépenses de santé publique, au statut des éléments du corps humain face à l'harmonisation européenne et en bref, les problématiques de la bioéthique contemporaine.

Plus précisément, la transition des années 70-90 s'avère particulièrement révélatrice de cette médicalisation des objets biologiques en France à partir des discours éthiques. Elle va de pair avec la multiplication des idéologies biotechnologiques autour de la gestion de la santé⁵. L'événement caractéristique de cette médicalisation se rattache à la grande controverse des recombinaisons génétiques *in vitro* dans le milieu des années soixante-dix⁶. Cette problématique des risques génétiques s'est concrétisée en France par le déploiement d'institutions, telle que la commission nationale de classement et une commission nationale d'éthique spécialisée sur ses objets génétiques. Contrairement au contexte américain, cette controverse a beaucoup moins impliqué le public. Leurs intérêts n'ont pas été représentés au sein de la controverse technique puisque la commission est restée composée exclusivement de scientifiques. Or, ces objets génétiques qui relevaient d'enjeux purement internes à la recherche médicale avant 1975 ont été traduits en France, par la suite, en termes de clinique médicale. Les premières recherches compétitives sur un plan international ont été entreprises en 1977 à l'Institut Pasteur, ces objets génétiques

sont donc progressivement passés du pôle fondamental au pôle industriel. Par cette reconfiguration des acteurs avec le médecin-clinicien en chef de file, les manipulations génétiques qui renvoyaient à la crainte de propagation des pathologies cancéreuses, apparaissent dorénavant comme des moyens de lutte contre ces maladies.

La plaque tournante réside dans l'importance typiquement française du médecin-clinicien comme médiateur assurant le passage recherche fondamentale-recherche appliquée. Elle est manifeste au lancement du Projet Génome au début des années quatre-vingt. Loin de constituer un dessein novateur, le Projet Génome, emblématique de la nouvelle médecine scientifique, existait déjà dans les années soixante-dix. Il était figuré alors par un petit projet d'action dont l'optique était d'organiser le déchiffrement structural du matériel génétique humain autour des biologistes moléculaires français⁷. La médiatisation d'un choix technologique n'est donc pas immédiatement reliée au contexte de sa découverte, elle suppose la transformation et la circulation de ses énoncés. En conséquence, notre biomédecine est bien une invention⁸ relativement contemporaine, ne datant pas plus d'une quarantaine d'années. Invention au sens où il devient impossible de considérer la médecine contemporaine comme le pur produit d'une histoire progressiste caractérisée par la montée de la rationalité scientifique conjuguée à l'effacement des croyances et de l'ignorance. Un constat simple s'impose comme ancrage à ce postulat : les controverses qui se développent autour de cette question de l'"applicabilité" des biotechnologies

à une population interviennent bien souvent avant leur réalisation effective, et toujours avant que les processus biologiques manipulés par ces biotechnologies soient véritablement connus et précisés par les scientifiques⁹. Par exemple, l'appellation clonage thérapeutique pulvérise la distinction entre l'action biologique d'un praticien et l'acte thérapeutique dans son acception première, lequel se rapporte à la manière de traiter les maladies. L'action consistant à mettre en culture des cellules souches embryonnaires comme base à l'élaboration de lignées cellulaires différenciées est directement corrélée à des perspectives thérapeutiques, telles que les greffes cellulaires. Or, nous savons bien que si les embryons clonés se développent très rarement, c'est parce qu'ils sont affectés de graves anomalies cellulaires. Comment peut-on alors présupposer de l'efficacité thérapeutique de cellules dont la plupart risquent d'être anormales sans qu'il soit possible de les déterminer par avance ? Le cas de la thérapie génique représente également une bonne illustration du brouillage de nos cadres d'interprétation. À partir d'un cadre théorique fragile et d'un bricolage cellulaire à portée aléatoire, les premiers essais cliniques sur les êtres humains ont commencé dès les années 90¹⁰. Si l'encadrement et la mise en pratique du protocole de thérapie génique sont discutés, le lien établi entre son action au niveau du génome d'une cellule humaine et les perspectives thérapeutiques envisagées n'est pas véritablement questionné. Ce qui relève politiquement du médical se forge dans des éléments du discours et non pas dans la seule praxis, ce ne sont pas les performances statistiques d'une biotechnologie qui définissent



son appartenance au champ médical mais le récit constitué sur celle-ci avec ses conséquences hypothétiques, ses dangers et ses espoirs aussi...

Les premières mises en politique du savoir médical

Pour comprendre en quoi notre actuel gouvernement des corps constitue une nouvelle forme d'administration du vivant et des populations, il convient de resituer cette analyse dans une longue durée historique. Comment en sommes-nous arrivés là ? Peut-on retrouver sur une période donnée un processus similaire, "brutal" et significatif de médicalisation des objets du social ?

Un bref regard sur l'histoire de la médecine indique que les politiques de santé existantes sont très limitées jusqu'en 1750. La transition 1775-1785 constitue une période-clef à partir de laquelle on assiste à un basculement générateur d'un système d'action sociale à l'attention de la santé des populations, avec pour effet l'apparition et le développement d'un système de santé publique sans précédent¹¹. La première grande enquête administrative sur la santé des populations se dessine en 1776, son origine s'inscrit à un moment où le gouvernement est inquiet devant les mesures à prendre face aux épidémies varioliques de 1775. Des médecins, des chirurgiens et des administrateurs vont être chargés de fournir des informations sur la pathologie des épidémies. Composée principalement de médecins, elle prend la forme, deux ans plus tard, de la Société Royale de Médecine (SRM). C'est le premier système organisé, permanent et hiérarchisé de santé mis

en place depuis la capitale. À ce moment, le problème des maladies contagieuses et des survenues épidémiques va faciliter le réflexe d'une vigilance généralisée, sortir le savoir médical de son espace clos et faire émerger la conscience centralisée de la maladie. La SRM souhaite escorter tous les événements épidémiques et la mise au point des thérapies, son école statistique développe progressivement l'institution hospitalière (comme condition d'une action thérapeutique). Un statut politique est donné à la médecine dans le dernier quart du XVIII^e siècle. Cette nouvelle mouvance amorce la grande époque de l'hygiène publique qui débute en 1820, dans laquelle se développe un mouvement de topographie et de géographie médicale plus connu sous le nom d'hygiénisme. L'enquête météorolo-médicale s'appuie sur les préceptes aéristes de Sydenham, lequel fonde l'apparition des épidémies sur des paramètres écologiques liés au climat, il discerne à ce titre les épidémies automnales, de celles qui sont printanières¹².

L'organisation administrative ne se limite alors plus au triptyque police, justice et finance puisque le *bien public* doit dorénavant tenir compte de la liaison médecine-météorologie. À partir de cette attitude, les objets qui constituent le domaine d'intervention de la médecine ne se cantonnent plus aux seules maladies¹³. De nombreuses composantes diverses et variées de l'environnement vont alors être médicalisées puisque l'hygiéniste prétend agir sur la nourriture, l'urbanisme, l'éducation et les éléments tels que l'air, la lumière, la chaleur, le sol et l'eau. "Si tout peut causer la maladie, rien ne peut être négligé ; il faut pouvoir agir sur

tout et partout à la fois"¹⁴. Résultat : Médicalisation de la famille, de l'hôpital¹⁵, du corps de l'individu, de la masse de la population et du contrôle social. L'étendue du réseau d'objets médicalisés marque le succès de cette médecine sociale, bien plus que l'efficacité de ses trouvailles ou le réel enracinement administratif d'une organisation sanitaire. Surtout, les mesures inspirées des données de la topographie médicale sont bien plus que sanitaires, elles sont économiques. L'observation permet d'obtenir des informations relatives à l'état de prévision des récoltes et donc de supputer sur les rentrées fiscales. Les préventions sanitaires visent principalement à protéger la bourgeoisie de la propagation des fléaux.

De l'hygiénisme à la bioéthique, une percolation des cartes du savoir

Si le procès de Nuremberg témoigne de l'ampleur de la crise de l'éthique médicale au XX^e siècle, il n'est pas possible de s'en tenir à cette période pour saisir les conditions de possibilités de cette crise dans l'histoire occidentale. Bien que la structuration d'un système de contrôle social de la recherche médicale dépende fortement de cette mémoire, force est de constater qu'elle s'inscrit dans le prolongement d'une histoire des mentalités bien antérieure. La grande marche de la bioéthique est perçue à la manière d'une entreprise prométhéenne de lutte contre le scandale de l'inégalité biologique, voire d'interventionnisme dans cette jungle "naturelle". Jacques Léonard marque le début de notre époque contemporaine avec cette idée de gérer la race en contenant sa sauvagerie instinctive, d'humaniser la vie. Troublant

antipode du XIX^e siècle qui constitue l'inégalité biologique en vérité implacable. Un siècle oui, un siècle non, il est toujours question de la qualité de vie des individus ou d'une population. Hygiénisme solidariste au début du XX^e siècle pour conjurer l'adversité naturelle du "struggle for life", bioéthique humaniste à la fin de ce même siècle pour affirmer la légitimité des différences biologiques, thèse et antithèse, synthèse ; belle mécanique hégélienne qui montre la continuité d'un même dispositif symbolique dans l'administration du vivant. Seul petit glissement dans sa synthèse, une dialectique de l'inégalité biologique qui aboutit à l'énoncé de la différence biologique. Tout comme la naissance de l'hygiénisme, l'émergence de la bioéthique se situe à la croisée d'une convergence entre une idéologie politique, une fonction stratégique et une technologie médicale. Son processus est également marqué par la médicalisation d'entités sociales.

À ce petit déplacement des significations du biologique, une nouvelle méthodologie administrative correspondant à cette biopolitique émergente se dessine, du traitement statistique des indices de natalité, morbidité et mortalité des populations, on passe à une valorisation de la casuistique dans l'utilisation des technologies procréatives, dans l'administration des soins et dans l'accompagnement en fin de vie. À partir de là, il serait possible de définir la bioéthique, cette mise en politique des savoirs actuels de la biologie et de la médecine à la manière d'une manifestation contemporaine de l'hygiénisme. Elle forme un relais institutionnel à la médicalisation de nouveaux objets biologiques et s'inquiète du devenir de l'individu et du renou-

Caractéristiques de la rationalité hygiéniste du XIX^e siècle

Médicalisation du social

- Rôle moteur des élites du savoir médical, de surcodeurs maîtrisant les codes du milieu médical et politique,
- Émergence de disciplines scientifiques nouvelles avec le recrutement, le concours d'agents professionnels (Par exemple, les architectes au XIX^e siècle, les spécialistes en physique nucléaire au XX^e siècle) dont les compétences ne sont pas initialement rattachées au champ médical,
- Implantation sociale d'un référentiel appliqué au contrôle des incertitudes dans la gestion du corps biologique (gestion permanente des épidémies à partir d'un observatoire sanitaire, gestion des risques génétiques à partir d'une commission d'experts),
- Affirmation d'un nouveau régime de vérité sur la maladie : le référentiel clinique, importance du fait individuel dans la catégorisation des maux.

Similitudes institutionnelles

- Le caractère consultatif des commissions (d'hygiène au XIX^e, de bioéthique au XX^e siècle) et centralisateur (comité consultatif d'hygiène publique institué en 1848, comité consultatif national d'éthique fondé en 1983),
- La mise en place d'un cadre législatif spécifique (lois relatives à l'assainissement des logements insalubres, de santé publiques puis un siècle plus tard, de bioéthique),
- Une logique para-juridique et juridique située entre l'expertise et l'éthique,
- Un problème de délimitation entre sphère privée et ordre public,
- Une forme de bio-légitimité plutôt qu'un bio-pouvoir,
- Une organisation et une délibération sous l'égide des politiques de santé,
- Une forte imbrication du processus de médicalisation et des enjeux économiques.

Points communs dans les discours des hygiénistes et des bio-éthiciens

- Une forte dimension pédagogique,
- Importance des échanges et des délibérations qui fabriquent et intensifient l'identité professionnelle,
- Des principes moraux communs et des données scientifiques considérées comme irréfutables,
- Une association forte entre la morale individuelle, un fonctionnement organique optimal et la richesse.

Différences

- Évolution des concepts de santé et de maladie,
 - Déplacement du contrôle social de la médecine des fluides au contact de l'organisme (XIX^e siècle) vers tout objet de l'environnement (1950- ?)¹⁶,
 - Transformation des idéologies politiques (individu producteur, hygiénisme solidariste, la santé pour tous),
 - Impact du facteur technique, donc de la culture matérielle,
 - Remaniement des catégories professionnelles bien distincte.
-

vement de la population. À ce titre, il ne serait pas inutile de s'intéresser dans une perspective socio-historique aux institutions qui assurent l'impératif hygiéniste de nos jours. Les activités bioéthiques qui consistent à réguler les possibilités d'accès artificiels à la vie ou bien à la mort, qui consistent à réguler les conditions d'emprise des produits et des éléments du corps humain ne font pas autre chose que répondre à cette ordonnancement du biologique. Si la figure de l'hygiéniste microbiologiste, ingénieur, statisticien, urbaniste et éducateur est effacée, il faut peut-être changer d'observatoire et suivre les déplacements du contrôle social de la médecine pour la retrouver chez notre expert ethicologue.

N · O · T · E · S

1. J.-P. Gaudillière, *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, 2002, Ed. La Découverte. L'auteur retrace l'émergence du régime d'innovation biomédical qui a dominé les Trente Glorieuses, il restitue notamment le procès de "molécularisation" des savoirs du vivant.
2. B. Latour, *Nous n'avons jamais été modernes – Essai d'anthropologie symétrique*, 1997, La Découverte. D'après ce modèle explicatif, l'énoncé relatif au séquençage du génome humain par exemple fait intervenir l'ensemble de la communauté de bio-informaticiens traitant ces données, du flou juridique concernant la protection des inventions biotechnologiques, des perspectives attendues par le ministre de la recherche et de la coordination internationale dans sa mise en œuvre.
3. V. Tournay, "Le contrôle des facteurs d'incertitude dans la gestion du corps biologique", *Quaderni*, n°48, automne 2002, pp. 101-110.
4. *Premier Congrès international de morale médicale*, 1955, Rapport de l'Ordre national des médecins – actes et contributions, Paris Imprimerie H. Gaignault et fils. *Deuxième Congrès International de morale médicale*, 1966, Ordre national des Médecins en présence du Général de Gaulle, Imprimerie Gaignault. Un troisième congrès international d'éthique médicale a eu lieu en 1991, les actes sont accessibles à la documentation du Conseil National de l'Ordre.
5. L. Sfez, *La Santé Parfaite – Naissance d'une utopie*, 1995, Seuil.
6. Cette controverse qui concerne un type particulier de manipulation génétique alimenta la scène internationale sur ces manipulations de 1974 au début des années quatre-vingt. Pour situer le contexte

scientifique national de l'époque, il s'agissait de comprendre le fonctionnement des gènes chez les organismes supérieurs. Un appel fut lancé par des biologistes américains spécialisés en génétique moléculaire. Ils dénonçaient le risque de déclencher des épidémies de cancer par des bactéries manipulées. À ce sujet, lire M. Blanc, *L'ère de la génétique*, 1986, Ed. La Découverte.

7. V. Tournay, "La bioéthique, une mise en politique des savoirs biologiques et médicaux", Colloque *Santé en question*, IEP Paris, le 14 juin 2002. L'idée d'un déchiffrement structural du matériel génétique est présente dans les rapports d'actions concertées "biologie moléculaire" de 1972. P. Rabinow montre que la génétique française se construit avec la participation du scientifique, du médecin clinicien et du malade tandis que la génétique américaine est principalement constituée de scientifiques insérés dans les structures de la biotechnologie. P. Rabinow, *Bridging Cultures. An anthropological Study of the CEPH*, texte inédit.

8. Inspiré du titre de l'ouvrage J.-P. Gaudillière, *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, *Ibid.*

9. Dans un article original, Eve Seguin montre que le discours de la science biologique "produit" l'évidence de l'expansion des nouvelles technologies de la reproduction. E. Seguin, "L'invincibilité discursive des nouvelles technologies de la reproduction", in "Discours sur la bioéthique", *Mots/Les langages du politique*, septembre 1995, pp. 41-56.

10. À ce sujet, l'œuvre d'André Pichot nous montre bien la construction sociale des postulats théoriques de la génétique et de toutes les pratiques qui en dérivent.

11. Pour une histoire des hygiénistes et de l'hygiénisme en France et à l'étranger, lire P. Bourdelais, *Les hygiénistes : enjeux, modèles et*

pratiques, 2001, Belin. L. Murard, *L'hygiène dans la République – La santé publique ou l'utopie contrariée (1870-1918)*, 1996, Fayard. Sur le versant médical, on se référera à l'intégralité de l'œuvre de Jacques Léonard.

12. Les raisons profondes de l'épidémie sont déterminées par ce qu'on appelle les *constitutions*, c'est-à-dire le temps et le lieu. La nature de l'air est générative du bien ou du mal ; bien que cette corrélation soit erronée, les médecins des lumières ont néanmoins constitué une masse documentaire concernant la morbidité et une autre concernant la météorologie.

13. M. Foucault, *Dits et écrits II, 1976-1988*, 2001, Gallimard, p. 49.

14. Une belle lecture du travail de Pasteur, de ses effets sur la redéfinition du corps social se trouve chez B. Latour, *Pasteur : guerre et paix des microbes suivi de irréductions*, 2001, La Découverte, p. 39.

15. À la fin du XVIII^e siècle, la transformation de l'hôpital comme lieu de l'intervention médicale est concomitante au développement d'un régime de vérité spécifique sur la maladie, le savoir clinique, M. Foucault, *Naissance de la Clinique*, 2000, Quadrige. Surtout, nous définissons un référentiel clinique par opposition à un référentiel botanique issu de la médecine classificatrice et montrons que cette économie de la connaissance médicale participe à définir un statut politique à la médecine. Présoutenance Virginie Tournay, CREDA, ronéoté.

16. Intervention de D. Armstrong au colloque de l'association française de Science Politique, 8-9 mars 2001.