



HAL
open science

La médecine sociale et ses enjeux politiques à partir de Michel Foucault

Sylvain Vladimir Asse Menyengue

► **To cite this version:**

Sylvain Vladimir Asse Menyengue. La médecine sociale et ses enjeux politiques à partir de Michel Foucault. Sciences de l'Homme et Société. 2017. dumas-01670950

HAL Id: dumas-01670950

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01670950>

Submitted on 21 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

UNIVERSITE DE LILLE 3 CHARLES-DE-GAULLE

UFR HUMANITES

DEPARTEMENT DE PHILOSOPHIE

Mémoire présenté en vue de la validation de la deuxième année de
Master Philosophie
Parcours Éthique, Politique et Société

Sylvain Vladimir ASSE MENYENGUE

Thème :

La médecine sociale et ses enjeux politiques à partir de Michel Foucault

**Mémoire de Master 2 sous la direction de M. Philippe Sabot, soutenu le 30 juin 2017 en
présence de Mme. Milena Doytcheva**

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PREMIERE PARTIE : GENEALOGIE DE LA MEDECINE SOCIALE ET LES LOGIQUES CONTEMPORAINES DE NORMATION..... | 8 |
| CHAPITRE I : L'EMERGENCE LA MÉDECINE SOCIALE ET SES CHAMPS D'APPLICATIONS..... | 9 |
| 1.1.Cadre d'émergence de la médecine sociale : les prémisses d'une approche sur la médecine sociale..... | 9 |
| 1.1.1. Nature et portée sociale de la médecine : médecine et société, comment penser leur articulation ?..... | 11 |
| 1.1.2. Trajectoire et développement de la médecine sociale..... | 12 |
| 1.1.3. De la relation entre le savoir et pouvoir médical chez Foucault..... | 14 |
| 1.1.4. Ivan Illich et la Nemesis médicale : de la critique de la médecine traditionnelle à l'apparition de la médecine sociale..... | 18 |
| CHAPITRE II : ENJEUX ET DIMENSIONS POLITIQUES DE LA MEDECINE SOCIALE : NORMES ET DES TECHNOLOGIES DE CONTRÔLE DU CORPS SOCIAL..... | 20 |
| 2.1. La médecine sociale comme mécanisme de contrôle social : les technologies de contrôle du corps social..... | 20 |
| 2.1.1. La spatialisation : la politique des espaces comme support de la médicalisation..... | 21 |
| 2.1.2. La spatialisation de l'hôpital moderne : l'hôpital comme instrument de médicalisation..... | 23 |
| 2.1.3. L'extension de l'hôpital à l'intérieur des milieux de vie : la ville comme espace de médicalisation..... | 25 |
| 2.1.4. La population comme objet de la médecine sociale : la médicalisation de la population..... | 26 |
| 2.2. De la médecine sociale aux normes : normation et normalisation..... | 28 |
| 2.3. Les traits caractéristiques des normes..... | 30 |
| 2.4. De l'articulation entre la médecine sociale, biopolitique et le libéralisme..... | 32 |
| DEUXIEME PARTIE : DE L'ARTICULATION ENTRE LA GENEALOGIE DE LA MEDECINE SOCIALE ET LES ENJEUX PORTES PAR LES DISCOURS ET LES PRATIQUES ACTUELS DE LA SANTE PUBLIQUE..... | 36 |
| CHAPITRE III : | |

DE L'HISTOIRE DE LA MEDECINE SOCIALE A L'EMERGENCE ACTUELLE DE LA
SANTÉ PUBLIQUE : PENSER L'ARTICULATION ENTRE LA MEDECINE SOCIALE
ET LES ENJEUX DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....37

3.1. La santé comme enjeu politique des États modernes.....37
3.2. Politique de la vie et de la santé : au cœur des enjeux de la santé publique.....41
3.3. Vers une mutation de la médecine ?.....44
3.4. Santé publique : une nouvelle forme de management médico-politique..... 46
3.5. La mise en place de la « noso-politique » : nature et fonction.....49

CHAPITRE IV :
LA POLITIQUE DE L'ESPACE : LA SPATIALISATION COMME INSTRUMENT DE LA
SANTÉ PUBLIQUE.....52

4.1. Les institutions disciplinaires comme espaces de
médicalisation.....53
4.2. L'hôpital moderne, maillon essentiel de la médecine sociale : problème et enjeux.....55
4.3. Caractéristiques de la structure hospitalière.....57
4.4. L'élargissement de la structure hospitalière : l'hygiénisme et l'investissement médical de
l'espace social.....58
4.5. L'institution psychiatrique comme relais des dispositifs sécuritaires.....61

TROISIEME PARTIE
L'ARTICULATION ENTRE LA MEDECINE SOCIALE ET LA QUESTION SOCIALE ET
SES POINTS DE RESISTANCES.....66

CHAPITRE V :
LA MEDECINE SOCIALE : UNE FORME DE CRITIQUE SOCIALE.....67

5.1. Sur la réforme sanitaire au milieu du XIXe siècle.....68
5.2. Guérin contre Foucault ? De l'origine du concept de « médecine sociale » au service
d'une critique sociale.....70
5.3. De la critique de la médecine sociale comme stratégie libérale.....72
5.4. Le sens et la fonction d'une critique sociale de la « médecine sociale » aujourd'hui : au
cœur de la question
sociale.....75

CHAPITRE VI :
FORMES ET PERSPECTIVES DE RESISTANCES À LA MEDICALISATION
SOCIALE.....80

6.1. L'aporie de la question de la résistance chez Foucault.....81
6.2. Le pouvoir médical et ses points de résistances.....83
6.3. Quelques pôles de résistances à la médicalisation.....88
6.3.1. L'usager comme figure biopolitique.....91

| | |
|---|-----|
| 6.3.2. De la psychiatrie comme outils de répression sociale de la folie à la naissance des mouvements antipsychiatriques : une perspective de démedicalisation ?..... | 91 |
| CONCLUSION..... | 94 |
| Annexe..... | 105 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 107 |

INTRODUCTION

*Le pouvoir politique, avant même d'agir sur l'idéologie, la conscience des personnes, s'exerce de façon beaucoup plus physique sur leurs corps ; la manière dont on leur impose des gestes, des attitudes, des usages, des répartitions dans l'espace [...] Cette distribution physique, spatiale des gens appartient me semble-t-il à une technologie politique du corps.*¹

Telle est la portée et le sens qu'apporte l'œuvre de Michel Foucault qui pose un diagnostic incisif sur la modernité politique à travers un ensemble de techniques, de procédés et de mécanismes qui quadrillent le corps social et investissent la vie. Il s'agit d'une révolution dans la technologie du pouvoir dont Foucault fait remonter à la fin XVII^e siècle ; une révolution puisqu'il s'agit moins de répondre à un enjeu d'administration d'un territoire qu'à celui du gouvernement de la vie des populations qui y résident. Cette révolution procède d'une jonction inédite entre pouvoir et savoir dans la mesure où, à partir de l'âge classique, c'est à travers le discours de la rationalité et la « séparation entre le scientifique et le non-scientifique, entre le rationnel et le non-rationnel, entre le normal et l'anormal, que va s'effectuer une mise en ordre générale du monde »². On assiste à un déplacement de paradigme politique : il s'agit de l'inscription du biologique dans la politique avec un ancrage particulier sur la vie prise désormais comme objet de la politique. Ainsi, à côté du pouvoir de vie et de mort détenu par le souverain du fait de la possession du Glaive, il est apparu progressivement un pouvoir de genre nouveau : le biopouvoir qui a partie liée avec l'administration de la vie. Il s'agit désormais d'un pouvoir sur la vie dont la fonction est non pas de « faire mourir et de laisser vivre », mais de « faire vivre et laisser mourir ». C'est donc sur fond d'une rupture épistémologique avec la conception traditionnelle du pouvoir souverain qu'apparaîtra la biopolitique³ dans un cadre général marqué par le libéralisme. Comprendre la réalité biopolitique suppose donc chez Foucault, une prise en compte de son cadre général. « C'est une fois qu'on aura su ce que c'était que ce régime gouvernemental appelé libéralisme qu'on pourra, me semble-t-il, saisir ce qu'est la biopolitique.⁴ »

¹ Michel Foucault, « Prisons et asiles dans le mécanisme du pouvoir », entretien avec M. D'Eramo in *Dits et Écrits*, Quatro-Gallimard, Paris, 1994, p. 1391.

² Judith Revel, *Le vocabulaire de Foucault*, Ellipses, Paris, 2002, p. 56.

³ Sur la généalogie du concept de biopolitique, voir M. Bertani, « Sur la généalogie du bio-pouvoir », in J.-C. Zancarini (dir.), *Lectures de Foucault. À propos de « Il faut défendre la société »*, ENS Éditions, 2001 ; Ph. Artières, E. Da Silva, « Introduction », in *Michel Foucault et la Médecine*, Kimé, 2001 ; M. Sennellart, « Situation des cours », in M. Foucault, *Sécurité, Territoire, Population*, Seuil/Gallimard, 2004 ; G. Le Blanc, « Foucault et la médecine », in *La Pensée Foucault*, Ellipses, 2005.

⁴ Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979*, Gallimard Seuil, Paris, 2004, p. 24.

S'il est vrai, comme le souligne d'ailleurs Frédéric Gros, que l'usage du concept de biopolitique connaît une inflation importante⁵ aujourd'hui, il convient tout de même de préciser le contexte d'apparition de ce nouveau type de pouvoir qui caractérise la modernité afin d'en souligner les enjeux. Nonobstant les transformations subies par la théorie foucauldienne de la biopolitique comme le note d'ailleurs Emmanuel Renault⁶, c'est à Michel Foucault que l'on doit l'invention du terme « biopolitique ». En effet, c'est précisément à Rio de Janeiro au Brésil en 1974 lors d'une conférence sur la médecine sociale que naît publiquement le concept de « biopolitique ». Au cours de cette Conférence, Michel Foucault souligne le fait que le contrôle des sociétés ne s'effectue pas seulement au moyen d'une conscience ou d'une idéologie, mais aussi « dans le corps et avec le corps »⁷. « Pour la société capitaliste dit-il, c'est le bio-politique qui importait avant tout, le biologique, le somatique, le corporel. Le corps est une réalité bio-politique »⁸. Ce concept est traité d'abord en 1976 dans un de ses ouvrages intitulé *La Volonté de savoir*, ensuite dans l'un de ses Cours au Collège de France, « Il faut défendre la société », leçon du 17 mars. Foucault parle à cette époque plus généralement de « biopouvoir ». Selon Frédéric Gros, cette notion lui sert à distinguer une forme traditionnelle d'une forme moderne de pouvoir exercé sur la vie, marquant par là une importante césure dans l'histoire des techniques par lesquelles la conduite des hommes est dirigée⁹. Selon Foucault, le terme « biopolitique » désigne la manière dont le pouvoir tend à se transformer entre la fin du XVIII^e siècle et le début du XIX^e siècle, afin de gouverner non seulement les individus à travers un certain nombre de procédés disciplinaires, mais l'ensemble des êtres vivants constitués en population.

Toutefois, il faut noter que la biopolitique intègre une dimension globale et collective de la société. Ce faisant, elle s'articule à la « médecine sociale »¹⁰ dont elle constitue même une forme d'expression. Or, parler de la médecine sociale c'est se référer au vaste mouvement

⁵ Frédéric Gros, « Biopolitique », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 16 janvier 2017. URL : <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/biopolitique/>

⁶ Renault Emmanuel, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes*, n° 34, 2008 p. 195.

⁷ Michel Foucault, « La naissance de la médecine sociale » ; trad. D. Reynié, *Revistacentroamericana de Ciencias de la Salud*, n° 6, janvier-avril 1977, pp. 89-108. (Deuxième conférence prononcée dans le cadre du cours de médecine sociale à l'université d'État de Rio de Janeiro, octobre 1974.), in *Dits et écrits*, Tome III, p. 209.

⁸ *Ibid.*

⁹ Frédéric Gros, « Biopolitique », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 16 janvier 2017. URL : <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/biopolitique/>

¹⁰ Nous nous référerons, au cours de nos analyses, de l'ensemble des articles de Michel Foucault sur la question à savoir : « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », in *Dits et Écrits*, Gallimard, 1994, t. III, n° 170, p. 40-58 ; « La naissance de la médecine sociale », *ibid.*, n° 196, p. 207-228 ; « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », *ibid.*, n° 229, p. 508-521 ; voir également « La politique de la santé au XVIII^e siècle », *ibid.*, n° 257, p. 725-742.

de médicalisation, c'est-à-dire le fait que l'existence, la conduite, le comportement, le corps humain s'intègrent à partir du XVIII^e siècle dans un réseau de médicalisation de plus en plus dense et important qui laisse échapper de moins en moins de choses.¹¹ Dans son évolution, cette notion de médicalisation suppose que le pouvoir disciplinaire ou politique s'exerce sur des objets qui n'étaient pas, jusqu'alors, considérés comme relevant de cette forme de pouvoir, comme le corps, omniprésent dans la pensée de Foucault, ou encore la vie elle-même. Du coup, « La recherche médicale, chaque fois plus pénétrante et minutieuse, le développement des institutions de santé mériteraient aussi d'être étudiés.¹² ». Les analyses de Foucault se sont consacrées à cette question importante : il s'agissait d'une part, d'une étude de « la croissance de l'hospitalisation et ses mécanismes du XVIII^e siècle au début du XIX^e siècle »¹³ ; d'autre part, d'un ensemble d'études sur les hôpitaux et « l'habitat et de tout ce qui l'entoure : système de voirie, voies de transports, équipements collectifs qui assurent le fonctionnement de la vie quotidienne, particulièrement en milieu urbain »¹⁴. À partir de là, la médecine devient un facteur de socialisation. Elle est, affirmait d'ailleurs Foucault, une stratégie biopolitique. Cette socialisation semble s'expliquer par le fait que le corps humain soit reconnu politiquement et socialement comme une force de travail. Pourtant, selon Foucault, il semble caractéristique de l'évolution de la médecine sociale, ou de la médecine occidentale elle-même, que, au début, le pouvoir médical ne s'est pas préoccupé du corps humain en tant que force de travail. La médecine ne s'intéressait pas au corps du prolétaire, au corps humain, comme instrument de travail. Ce ne fut pas le cas avant la seconde moitié du XIX^e siècle, quand s'est posé le problème du corps, de la santé et du niveau de la force productive des individus¹⁵.

Indiscutablement, cette question de la médecine sociale traverse tout le XX^e siècle jusqu'à l'époque actuelle et permet de s'interroger sur toutes les références relatives au statut de la vie et la santé qui, comme nous le verrons, caractérisent la santé publique, la médecine de travail, la psychiatrisation sociale pour ne citer que ces quelques exemples. En tant que stratégie biopolitique, elle investit le corps et se déploie non seulement à travers le concept d'espace¹⁶, mais aussi à travers les conditions de vie des populations au sein de ces espaces. Dans ce déploiement de la médecine sociale, deux pôles sont à mettre en relief. D'une part, on

¹¹ Michel Foucault, « La naissance de la médecine sociale », in *Dits et Écrits*, Gallimard, 1994, t. III, n° 196, p. 210.

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*, p. 211.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*, p. 213-214.

¹⁶ François Boullant, « Michel Foucault, Penseur de l'espace » ; Cf. <http://stl.recherche.univ-lille3.fr/seminaires/philosophie/macherey/Macherey20022003/Boullant.html>.

note une certaine politique de spatialisation et son extension sur le milieu de vie des populations. D'autre part, cette médecine sociale concerne les conditions de vie des populations qu'il faut améliorer à travers une hygiène publique. Mais, nous le verrons, ces deux pôles par lesquels la médicalisation sociale s'opère sont complémentaires l'un par rapport à l'autre puisque les conditions de vie des populations sont tributaires des milieux dans lesquels ces vies se développent.

Chez Foucault, la médicalisation sociale s'effectue d'abord à partir d'une spatialisation avant de s'étendre à proprement parler à l'intérieur des milieux de vie des populations. François Boullant met justement cet aspect en relief et soutient que la santé publique repose sur une politique de l'espace. « Plus exactement Foucault montre que son essor n'a été possible que sur la base d'une spatialisation »¹⁷ précise-t-il. Et Foucault renforce d'ailleurs ce point de vue. Pour lui en effet, cette spatialisation implique donc à l'extérieur la mise en œuvre des techniques de quadrillage spatial des individus comme ce fut le cas au XVII^e siècle afin de juguler la peste, les endémies et les épidémies. On se souvient alors de cette politique de la quarantaine¹⁸, de cette figure de « Panopticon » que Foucault emprunte à Jérémy Bentham au début de son chapitre sur le Panoptisme dans *Surveiller et Punir*. Mais à l'intérieur, Foucault montrera l'enjeu de la spatialisation de de l'hôpital moderne. Pour lui, « l'architecture hospitalière doit être le facteur et l'instrument de la cure hospitalière. »¹⁹. Cette spatialisation suppose, selon Boullant, à la fois une réflexion sur l'implantation de l'hôpital dans le tissu urbain et un aménagement des espaces intérieurs qui va individualiser le malade en l'isolant et qui prendra en compte les circulations de l'air, le traitement du linge et du mobilier, etc.

Mais, plus important encore, cette médicalisation déborde l'hôpital proprement dit pour atteindre la ville tout entière : « La ville avec ses principales variables spatiales apparaît comme un lieu à médicaliser. »²⁰. La politique de la santé vise cette fois des populations tout entières et donne lieu à des projets concertés d'urbanisme : « L'emplacement des différents quartiers, leur humidité, leur exposition, l'aération de la ville tout entière, son système d'égouts et d'évacuation des eaux usées, l'emplacement des cimetières et des abattoirs, la densité de la population, tout cela constitue des facteurs jouant un rôle décisif sur la mortalité

¹⁷Francois Boullant, op.cit.

¹⁸ Dans « La naissance de la médecine sociale », Foucault souligne l'efficacité du système de la quarantaine dont la médecine sociale sera tout simplement l'amélioration de ce schéma politico-médical, in *Dits et écrits*, p. 212.

¹⁹ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », in *Dits et Écrits*, 1978, p. 519.

²⁰ Michel Foucault, « La politique de la santé au XVIII^e siècle », in *Dits et écrits*, n° 257, 1979, p. 22.

et la morbidité des habitants. »²¹ À partir de là, le milieu d'existence devient l'objet d'un « contrôle politico-scientifique » dans la mesure où il s'agit d'assainir les milieux de vie des populations. Il s'agit précisément de cette médecine urbaine dont parle Foucault et qui s'est développée en France : « La médecine sociale s'est développée en France avec l'expansion des structures urbaines. »²². Après avoir investi les milieux de vie des populations, la médecine sociale s'applique particulièrement aux conditions de vie de ces populations. Il s'agit en un mot d'une hygiène publique consistant à améliorer le cadre de vie des populations par des politiques d'assainissement. D'où l'intérêt que revêt la notion de salubrité qui est fortement liée à cet hygiénisme comme le souligne Foucault : « La salubrité est la base matérielle et sociale capable d'assurer la meilleure santé possible aux individus. Lié à cela, apparaît le concept d'hygiène publique comme technique de contrôle et de modification des éléments du milieu qui peuvent favoriser cette santé ou, au contraire, lui nuire. »²³. À partir de là, on redéfinit la médecine comme une pratique sociale au moyen de sa fonction d'hygiène publique. La biopolitique viendra donc réguler cette fonction. Et dans la mesure où la population apparaît comme le centre d'application de la médecine sociale comme nous venons de le voir, le biopouvoir viendra donc réguler et coordonner le flux de cette population en s'imposant comme normalisation.

Ces analyses attestent de la fécondité de la médecine sociale aujourd'hui et révèlent l'ensemble des formes prises par celle-ci se déclinant en général en politique de santé publique ou à l'implication d'un État dans la gestion et l'amélioration de la santé publique qui est le propre de la médecine sociale dont Foucault retrace l'historique. Ainsi donc, au regard de ces analyses, il est important de revenir sur le fondement de notre thématique afin de préciser la problématique qui, de part en part, jalonne cette étude. La problématique que nous nous proposons de traiter se formule dans les termes suivants : en quoi la médecine sociale constitue-elle le socle d'émergence à la fois des nouvelles techniques de contrôles sociaux et de régulation sur fond de libéralisme impliquant des logiques de normation? Autrement dit, comment penser l'articulation du biopouvoir aux nouveaux mécanismes disciplinaire et de régulation des populations impliquant *ipso facto* un régime quasi-normatif?

Cette question centrale appelle un certain nombre d'hypothèses qui vont être vérifiées au fil de notre analyse à travers la partition de notre travail de mémoire. Suivant une Première

²¹ *Ibid.*

²² Michel Foucault, « La naissance de la médecine sociale », *op.cit.*, p. 211.

²³ *Ibid.*

hypothèse, il s'agira de mettre en relief les différents modes de contrôles qui quadrillent le corps social en homogénéisant les individus par la technique biopolitique de régulation. Ce qui supposera en même temps de présenter les enjeux d'une telle entreprise dont la discipline et la médecine sociale visent à renforcer le déploiement. Suivant une Deuxième hypothèse, nous analyserons l'articulation de la médecine sociale aux enjeux portés par les discours et les pratiques actuels de la santé publique. L'enjeu étant au regard des deux premières hypothèses de maximiser et d'accroître la capacité production des corps des individus à travers des techniques particulières, notre Troisième hypothèse se propose quant à elle de montrer comment le néologisme de « médecine sociale » tel que formulé par Guérin s'articule à celle de la question sociale.

Face à une telle tâche, plusieurs questions essentielles ont le mérite d'être posées : quelle peut donc être la méthode d'approche susceptible de mieux aborder ou d'exposer convenablement la problématique de ce travail de recherche ? Quelles peuvent en être les sources philosophiques ? Il convient de dire d'emblée que notre approche sera analytico-critique. Le choix d'une telle approche n'est pas fortuit. Qu'est-ce donc à dire ? Contrairement à l'approche de l'« individualisme méthodologique », nous insisterons sur les enjeux philosophiques et politiques qui découlent de la problématique foucauldienne de la biopolitique. Nous nous focaliserons aussi sur les stratégies argumentatives de ce penseur prolix tout en interrogeant la pertinence de ladite problématique telle qu'elle se pose aujourd'hui. Dès lors, nos hypothèses nous permettront de structurer notre travail de mémoire. Ainsi, notre travail va se structurer autour de trois (03) parties subdivisés en six (6) chapitres.

Dans la première partie de notre travail intitulée « *Généalogie de la médecine sociale et les logiques contemporaines de normation* », nous nous focaliserons sur l'émergence de la médecine sociale et le développement des logiques de normation qu'elle sous-tend à travers la thématique du biopouvoir qui investit le corps des individus tout en soulignant les formes ou les techniques de contrôles sociaux qui en sont liées. Il s'agira de montrer que l'investissement politique des corps des individus s'effectue à travers des mécanismes et des techniques qui quadrillent le corps social. Pour ce faire, les chapitres qui en ressortent traiteront tour à tour de *L'émergence la médecine sociale et ses champs d'applications* et de *Enjeux et dimensions politiques de la médecine sociale : normes et des technologies de contrôle du corps social*. Ainsi, la spécificité de cette partie sera de mettre en exergue la cette nouvelle rationalité gouvernementale qui apparaît avec Michel Foucault afin de montrer la rupture épistémologique opérée par ce dernier en articulant le pouvoir à la vie.

Dans la deuxième partie intitulée « *De l'articulation entre la généalogie de la médecine sociale et les enjeux portés par les discours et les pratiques actuels de la santé publique* », il sera question d'évaluer la pertinence des outils forgés par Foucault en portant l'interrogation sur l'articulation de cette forme historique de la médecine sociale et des enjeux portés par le discours et les pratiques actuels de la santé publique. Ainsi, dans le troisième chapitre, nous traiterons *De l'histoire de la médecine sociale à l'émergence actuelle de la santé publique : penser l'articulation entre la médecine sociale et les enjeux de la santé publique* ; le quatrième chapitre traitera de *La politique de l'espace : la spatialisation comme instrument de la santé*.

Notre troisième et ultime partie sera consacrée à *L'articulation entre la médecine sociale et la question sociale et ses points de résistances*. Ici, il s'agira de mettre en perspective la médecine sociale avec la question sociale à partir du contexte historique dans lequel ce concept a été forgé, par Guérin notamment, afin de montrer comment ce concept s'encre même au cœur de la question sociale. Comme, les deux précédentes, cette partie s'articulera autour de deux chapitres : le cinquième chapitre traitera de *La médecine sociale : une forme de critique*, le sixième chapitre enfin portera sur les *Formes et perspectives de résistances à la médicalisation sociale*.

PREMIERE PARTIE

GENEALOGIE DE LA MEDECINE SOCIALE ET LES LOGIQUES CONTEMPORAINES DE NORMATION

Au moment où le statut des références à la vie et à la santé continue de faire l'objet des débats contemporains, l'œuvre de Michel Foucault sur la généalogie de la médecine sociale mérite d'être revisitée et interrogée. Et dans la mesure où, comme l'observe très justement Emmanuel Renault, « la médecine sociale serait la forme par excellence des références normalisatrices à la vie et à la santé qui caractérisent la biopolitique, et sous différentes modalités (santé publique, psychologisation et médicalisation du travail social, émergences de la problématique des «risques sociaux») »²⁴, l'intérêt d'une étude autour de la médecine sociale est encore plus capital, ce d'autant plus qu'elle s'ouvre à des enjeux politiques contemporains importants. Même s'il faut préciser ici que le travail de Renault va consister à nuancer cette articulation de la médecine sociale à une approche singulière des politiques de santé publique.

Lors de sa deuxième Conférence au Brésil portant sur « La naissance de la médecine sociale », Michel Foucault déclarait déjà que « le contrôle de la société sur les individus ne s'effectue pas seulement par la conscience ou par l'idéologie, mais aussi dans le corps et avec le corps »²⁵. C'est que, la vie devient l'objet des luttes politiques. Plus particulièrement, le corps devient le lieu d'inscription du pouvoir. Il y a ainsi une représentation du corps comme « objet et cible du pouvoir » selon Foucault. C'est cet intérêt porté autour de ce que l'on pourrait appeler « somatocratie »²⁶ que va finalement émerger la « médecine sociale » et des développements qui suivront chez Foucault autour de la thématique du biopouvoir à travers ses conférences et ses nombreux travaux. Ainsi, cette première partie vise à interroger la généalogie de la médecine sociale en rapport avec le développement de la question du biopouvoir. Il s'agira plus particulièrement de répondre à la question suivante : en quoi l'émergence de la médecine sociale au XIX^e siècle constitue-t-elle un événement contemporain des logiques de normation qui accompagne le développement de biopouvoir ? C'est donc autour de cette question que nous consacrerons nos analyses tout au long de cette première partie.

²⁴ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes*, 3/2008 (n° 34), p. 195.

²⁵ Michel Foucault, « La naissance de la médecine sociale », in *Dits et écrits*, T. III, 1974, Paris, Gallimard, p. 210.

²⁶ Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine », in *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, Paris, 1994, p. 43.

CHAPITRE I

L'ÉMERGENCE LA MÉDECINE SOCIALE ET SES CHAMPS D'APPLICATIONS

1.1. Cadre d'émergence de la médecine sociale : les prémisses d'une approche sur la médecine sociale

Dès la *Naissance de la clinique*, la question de la médecine occupe déjà une place de choix dans les travaux de Foucault. Il y s'agit particulièrement de donner au regard clinique du XIX^e siècle un regain d'intérêt, la vertu d'une pure attention au malade et à sa souffrance ; un « rapport immédiat à la souffrance et qui la soulage »²⁷, à partir de l'observation directe et savante d'un cas. Cependant, cet ouvrage va prendre une tournure politique assez impressionnante. En effet, Foucault s'est toujours étonné que l'on n'ait quasiment pas remarqué la dimension politique de *Naissance de la clinique*, malgré les analyses historico-politiques et économiques qui y sont faites concernant la perception de la médecine de la fin du XVIII^e siècle : « quand j'ai écrit un texte sur la formation de la médecine clinique, un livre politique selon moi, personne n'en a parlé »²⁸. C'est toutefois dans des ouvrages comme *Histoire de la folie* et notamment sa reprise tardive par le mouvement anti-psychiatrique à la fin des années 1960 où des travaux comme ceux que Foucault effectuera au début des années 1970 particulièrement sur la médecine sociale, que ces considérations seront affirmées de manière plus systématique : il va s'agir non plus d'interroger une science ou la manière dont elle se constitue, mais bien d'analyser certains gestes, certaines attitudes. Apparaît donc un nouveau régime de pouvoir à partir de la « médecine sociale ».

Certes, Foucault aborde la question de la médecine d'une manière totalement différente de celle de *Naissance de la clinique* : si, comme le souligne David Labreure, les questions de politique de santé étaient effectivement présentes dans cet ouvrage, ce n'était qu'en tant que conditions d'émergence du regard médical. Mais elles n'étaient pas vraiment étudiées pour elles-mêmes. C'est pourquoi, à partir des années 1970, la problématisation tourne autour de ce thème. C'est maintenant l'institution médicale et son rôle social normalisateur qui va constituer son champ d'observation : Foucault parlera désormais de « médecine sociale »

²⁷ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963, pp. 53 et 54.

²⁸ Michel Foucault, « Prisons et asiles dans le mécanisme du pouvoir », in *Dits et Écrits* vol I et II, Quarto Gallimard, Paris, 1994, p. 1392.

avant de déboucher sur une réflexion sur le bio-pouvoir, comme dimension politique fondamentale²⁹.

Les auteurs de l'article consacré à la « Médecine sociale en 2013 : quand la précarité précède la pauvreté »³⁰ nous présentent la version officielle de la médecine sociale en tant que discipline. Selon eux, la médecine sociale prend ses racines au début du XIX^e siècle, à l'époque où la révolution industrielle avait fait émerger un nombre croissant de travailleurs pauvres et malades. Ainsi, parmi les maladies, la tuberculose pulmonaire est l'illustration emblématique d'une problématique biomédicale dont la transmission est accrue par des conditions de vie défavorables et inadéquates. Plusieurs figures historiques se sont intéressées aux effets des facteurs socio-environnementaux sur la santé, en particulier des plus pauvres et démunis de la société. Villermé déclarait en 1940 que « la mort est une maladie sociale ». Rudolf Virchow, médecin allemand du XIX^e siècle connu pour ses découvertes en biomédecine (ganglion de Virchow, triade de Virchow, etc.), est considéré comme l'un des fondateurs de la médecine sociale, notamment en démontrant la relation entre conditions de vie et l'incidence du typhus en Silésie en 1848³¹. Virchow estimait que la *médecine sociale* était la « science sociale qui s'intéresse aux conditions sociales génératrices de maladies »³². Salvador Allende a, quant à lui, rédigé en 1939 l'ouvrage *La Realidad Médico-Social Chilena* qui conceptualisait la maladie «comme une perturbation de l'individu favorisée par des conditions sociales défavorables».³³ La vision de la *médecine sociale* décrite dans ce livre l'accompagna dans sa carrière politique en tant que ministre de la Santé, puis président du Chili. Un des tournants historiques en *médecine sociale* fut la publication au Royaume-Uni du *Black Report* en 1980 qui mettait en lumière les *inégalités en santé (health inequalities)* observées au Royaume-Uni, et qui proposait des modèles explicatifs ainsi que de possibles

²⁹ David Labreure, *Michel Foucault, psychiatrie et médecine*, sous la direction de M. Jean-François Braunstein, 2003/2004 : <http://www.memoireonline.com/06/07/479/michel-foucault-psychiatrie-et-medecine.html>

³⁰ Les Auteurs de l'article « Médecine sociale en 2013 : quand la précarité précède la pauvreté », paru dans la Revue Médicale Suisse – www.revmed.ch – 27 novembre 2013, in *vulnérabilité et santé*, sont : F. Vu, T. Bischoff, H. Wolff, I. Guessous, E. Dory, F. Dubois-Arber, S. Stringhini, P. Bodenmann. La médecine sociale y est définie comme « une médecine qui cherche à comprendre l'impact des conditions socio-économiques sur la santé humaine et les maladies, dans la perspective d'améliorer l'état de santé d'une société et de ses individus. Dans ce domaine, la détermination du statut socio-économique des individus ne suffit généralement pas à elle seule pour expliquer et comprendre les mécanismes qui sous-tendent les inégalités sociales de santé. D'autres facteurs doivent être pris en considération, tels que les facteurs environnementaux, psychosociaux, comportementaux et biologiques, facteurs qui peuvent conduire de manière synergique à des atteintes plus ou moins durables de l'état de santé des individus d'une société » (*Ibid.*)

³¹ Rosen G. The evolution of social medicine. Freeman HE, Levine S, Reeder LG (eds). Handbook of medical sociology. Englewood Cliffs New Jersey : Prentice Hall, 1963:1-61.

³² Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now : Lessons from Latin America. Am J Public Health 2001 ; 91: 1592-601.

³³ *Ibid.*

solutions³⁴. Nous présenterons en annexe un tableau regroupant le lexique choisi de la médecine sociale.

1.1.1. Nature et portée sociale de la médecine : médecine et société, comment penser leur articulation ?

Au cœur de la Deuxième Guerre mondiale et notamment en 1942, alors que la guerre causait de grandes destructions, se développe étrangement une société dont la tâche était de garantir à ses membres non seulement la vie, mais aussi la vie en bonne santé. Aussi le « droit à la santé » se substitue-t-il au « droit à la vie ». La santé se transforme progressivement en un objet de préoccupation pour les États. « La santé, la maladie et le corps commencent à avoir leurs bases de socialisation [...] La santé devient l'objet d'une véritable lutte politique »³⁵. C'est dans cette perspective que Michel Foucault déclarait dans l'une de ses conférences de Rio en 1974 que : « la médecine moderne est une médecine sociale ». D'après lui, seule une petite partie de la médecine favorise des relations individuelles et la relation entre le médecin et le patient. Foucault s'est attaqué plus précisément au problème de l'hôpital dans ses recherches de 1974/1975 avec son groupe de séminaire, recherches dont le résultat figure en grande partie dans l'ouvrage collectif *Les Machines à guérir*. Le point essentiel réside dans le fait que la médecine soit une médecine sociale.

Dans le premier article, au début du livre, Foucault parle d'une véritable politique de santé en France à partir du XVIII^e siècle : c'est seulement dans le courant du XVII^e siècle que l'institutionnalisation de préoccupations permanentes pour la santé d'une population devient une affaire d'État, en Allemagne, d'abord, comme Foucault le montrera lors de ses conférences de 1974, puis en France, avec la création de la Société royale de médecine (1772). À cette nouvelle préoccupation, on peut trouver plusieurs causes : d'une part, l'attention croissante portée à la santé au corps et à la médecine dans les cours monarchiques, sans doute sous l'influence des Lumières, d'autre part le développement d'une administration publique ayant pour charge la collecte des impôts : en effet, la mise en place de ce dispositif mettait en lumière la difficulté à compter exactement les richesses du royaume et par là même favorisait ainsi l'émergence de la notion de population : la population définit ainsi le rapport d'un corps social particulier, doté d'une certaine forme de vie organique, à un espace

³⁴Abel T, DuetzSchmucki M, Huwiler-Müntener K, Borisch B, *Médecine sociale et préventive – Santé publique*, Huber 3^e édition, 2009, pp. 21-30.

³⁵Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine », in *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, Paris, 1994, p.42.

géographique. On assiste là, selon Foucault, à l'ébauche d'un processus qui voit l'État chercher à étendre son autorité à la santé de la population ; la Société royale de médecine étant le meilleur exemple de ces soucis, à grande échelle, pour la santé. La médecine s'appuie sur un appareil législatif, elle devient de plus en plus sociale « quantitativement » - il y a de plus en plus de médecins et de structures d'accueil - mais aussi qualitativement. Cette notion de « politique de santé » va servir de toile de fond à la professionnalisation du corps médical et suppose plusieurs choses : d'une part la notion de prévention, il ne s'agit plus seulement de guérir mais aussi de « prévenir la maladie quelle qu'elle soit »³⁶. Autre point important, la prise en compte de la maladie comme phénomène statistique, comme étant l'observation d'un certain nombre de données (le milieu par exemple), de variables (comme le taux de mortalité) : la médecine devient « un élément pour le maintien et le développement de la société »³⁷, elle va prendre place dans un système administratif ayant pour but le bien-être et la santé d'une population. Il s'agit de prendre en compte non plus la somme des individus mais aussi la manière dont ils co-existent. À la fin du XVIII^e siècle, les médecins étaient pour une part des spécialistes de l'espace. Ils posaient les problèmes fondamentaux : celui des emplacements (climats régionaux, nature des sols, humidité et sécheresse, etc.), celui de la co-existence (soit des hommes entre eux, soit des hommes et des choses), celui de l'habitat et celui des déplacements des hommes et de la propagation des virus. Selon Foucault, ils ont été « avec les militaires, les premiers gestionnaires de l'espace collectif » ; « En fait, poursuit-il, si l'intervention des médecins a été si capitale à l'époque, c'est qu'elle était appelée par tout un ensemble de problèmes politiques et économiques nouveaux »³⁸.

1.1.2. Trajectoire et développement de la médecine sociale

Trois étapes historiques accompagnent le développement et le passage d'une médecine individuelle à une médecine collective et sociale chez Michel Foucault, coïncidant dans nos sociétés avec l'avènement du capitalisme et de la socialisation du corps : on note d'abord la médecine d'État en Allemagne, la médecine urbaine en France et la médecine de la force de travail ou « Health Service » en Angleterre.

³⁶ Michel Foucault, *Les machines à guérir*, Mardaga, Bruxelles, 1979, p. 7.

³⁷ *Ibid.*, p. 8.

³⁸ Michel Foucault, « L'œil du pouvoir », in *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, Paris, 1994, p. 194.

S'agissant de la médecine d'État, Foucault note que « le concept de Staatwissenschaft (science d'État) est un produit de l'Allemagne »³⁹. En Allemagne, au début du XVIII^e siècle, s'est développée une pratique médicale consacrée à l'amélioration de la santé publique. Une série de programmes de « police médicale » aux tâches diverses a été ainsi instaurée, touchant aussi bien l'organisation du corps médical, que l'enseignement ou l'hygiène au niveau de l'État. Notons ici que cette police médicale faisait de la santé de la population un moyen d'accroître la puissance militaire et économique de l'État. Et selon Foucault, le médecin dépasse son rôle de soigneur, de guérisseur pour endosser la tenue d'«administrateur de santé». Il faut même dire que l'Allemagne est le véritable premier modèle de médecine sociale, jamais égalé du point de vue de l'organisation selon Foucault : « Depuis l'implantation de la médecine étatique en Allemagne, aucun État n'a osé proposer une médecine aussi clairement bureaucratisée, collectivisée et étatisée »⁴⁰.

La deuxième étape du développement de la médecine sociale correspond à l'émergence de la médecine urbaine. Mise en place en France à la fin du XVIII^e siècle, elle se différencie de la médecine d'État allemande dans le sens où, d'après Foucault, elle n'agit pas sur les mêmes endroits : « Cette médecine restait très éloignée de la médecine d'État telle qu'on pouvait la rencontrer en Allemagne, mais elle était beaucoup plus proche des petites communautés comme les villes ou les quartiers »⁴¹. Emmanuel Renault souligne à cet effet que le développement de la médecine urbaine est lié aux transformations économiques et géographiques qui ont conduit à la croissance et l'unification des villes au XVIII^e siècle⁴². D'ailleurs dès 1750, la médecine se développe parallèlement aux structures urbaines. De nombreuses mesures de quarantaine sont mises en place, par peur des épidémies, notamment à Paris. Cette mesure drastique représentait toutefois l'idéal politico-médical d'une bonne organisation sanitaire des villes au XVIII^e siècle. La médecine urbaine va se baser sur le même état d'esprit que ces mesures de quarantaine, mais avec quelques améliorations : on ne parlera plus de quarantaine mais d'hygiène publique. Les objectifs principaux de cette médecine urbaine sont d'une part l'étude de zones sensibles pouvant générer des épidémies,

³⁹ Michel Foucault, « La Naissance de la médecine sociale », in *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, Paris, 1994, p. 210.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 214.

⁴¹ *Ibid.*, p. 223.

⁴² Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes*, 3/2008 (n° 34), p. 196. Renault souligne ici que les villes, devenant le principal lieu des troubles sociaux et politiques, ainsi que l'objet de différentes craintes liées aux possibilités d'épidémies et de différentes formes de dégénérescence, la médecine urbaine va tenter de contrôler la santé des populations par l'intermédiaire d'une « hygiène publique » dans le cadre d'une problématique de la « salubrité » et du « milieu ambiant » (*Ibid.*).

d'autre part le contrôle de circulation de l'air et de l'eau. À cette époque, la médecine entre ainsi en contact avec d'autres sciences comme la chimie par exemple (notamment pour les analyses de l'eau et de l'air) : Selon Foucault, la médecine s'inscrit alors dans un champ scientifique de discours et de savoir dans une optique collective, sociale et urbaine. L'hygiène publique va être surtout basée sur l'étude et le contrôle du milieu et va contribuer au développement au XIX^e siècle de la médecine scientifique : « Une grande partie de la médecine scientifique du XIX^e siècle trouve son origine dans l'expérience de cette médecine urbaine qui s'est développée à la fin du XVIII^e siècle. »⁴³.

Concernant le troisième moment de développement de la médecine sociale et en l'occurrence le « Health Service » en Angleterre, il faut dire que l'objectif diffère ici de celui de la France et de l'Allemagne. Il prend un tournant radicalement social. Il va s'agir de ne plus considérer le pauvre comme un élément menaçant pour la santé publique. Le contrôle médical pour les plus nécessiteux va en même temps permettre de préserver les populations les plus aisées : « Ainsi les riches se libéraient du risque d'être victimes de phénomènes épidémiques issus de la classe défavorisée »⁴⁴. Fut alors mis en place le système de « Health service » qui avait des missions de localisation des lieux insalubres, la détection des épidémies et le contrôle de la vaccination. Il s'agissait d'une forme de protection de la santé de la population sans distinction : les soins n'étaient pas individualisés mais concernaient la population toute entière.

Seule la « version anglaise » de la médecine sociale a eu un impact important sur la médecine à venir, contrairement aux deux autres modèles européens. Elle a permis d'établir trois choses : l'assistance médicale du pauvre, le contrôle de la santé de la force de travail et les enquêtes générales sur la salubrité sociale. Le système anglais rendit possible selon Foucault l'organisation d'une médecine aux aspects et aux formes de pouvoirs différents.

1.1.3. De la relation entre le savoir et pouvoir médical chez Foucault

De *L'Histoire de la folie jusqu'aux Mots et les choses*⁴⁵, en passant par la *Naissance de la clinique*, il apparaît que l'existence de plusieurs images de la médecine se dessine chez Foucault. Ces images ne peuvent pas être rapportées à une considération générale sur la valeur

⁴³ Michel Foucault, « La Naissance de la médecine sociale », in *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, Paris, 1994, p. 223.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 225.

⁴⁵ Il faut préciser ici que le titre intégral de cet ouvrage de Michel Foucault est *Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque des sciences humaines », 1966.

ou la vérité de la médecine en tant que savoir unifié. À contrario, elles sont le résultat de différentes manières de repérer quelques aspects de cet ensemble mêlant savoirs, pratiques et institutions. Il n'est donc pas étonnant d'entendre Foucault déclarer que : «Ce qui m'intéresse, c'est la manière dont la connaissance est liée aux formes institutionnelles, aux formes sociales et politiques - en somme : l'analyse des relations entre le savoir et le pouvoir»⁴⁶. La considération de ces analyses de Foucault sur les savoirs et les pratiques médicales s'accompagne d'un effort de déchiffrement des implications entre les formations de savoir, les exercices de pouvoir et les différentes formes de production de la subjectivité.

Dans la *Naissance de la clinique*, par exemple, Foucault essaie d'écrire une histoire de la médecine différente de son histoire traditionnelle : il s'agit d'étudier comment le phénomène de la maladie a constitué, pour la société, pour l'État, pour les institutions du capitalisme en voie de développement, une sorte de défi auquel il a fallu répondre par des mesures d'institutionnalisation de la médecine, des hôpitaux et le statut donné aux malades⁴⁷. Aussi, dans *L'Histoire de la folie*, l'objectif de Foucault est le même lorsqu'il tente de repérer quel est non pas tellement le type de connaissance que l'on a pu se former à propos de la maladie mentale, mais quel est le type de pouvoir que la raison n'a pas cessé de vouloir exercer sur la folie depuis le XVII^e siècle jusqu'à notre époque⁴⁸. C'est également le cas dans *Les Mots et les choses* lorsqu'il procède au repérage des mécanismes de pouvoir à l'intérieur des discours scientifiques eux-mêmes⁴⁹. Ce qu'il convient de dire, en un mot, c'est que Foucault prend le contre-pied des historiens de la médecine – qui adoptent le modèle progressiste de l'histoire afin de revenir aux moments fondamentaux du progrès du savoir médical en montrant son évolution – en montrant que le fondement de la médecine moderne n'est pas le résultat du progrès ou de l'évolution du savoir médical, mais qu'il a le sens même d'une invention historique. Effectivement, les réflexions de Foucault sur les conditions d'apparition de la médecine clinique à la fin du XVIII^e siècle montrent comment cette médecine a été possible, étant donné la conjonction de plusieurs éléments extérieurs (à l'instar des épidémies à la fin du XVIII^e siècle en Europe) et de situations politico institutionnelles précises (notamment l'absence d'un modèle d'assistance qui puisse répondre à cette nouvelle réalité). À partir de là s'organise un nouvel espace, la clinique moderne, qui réunit l'observation, la pratique et l'apprentissage, chaque domaine médical spécifique répondant à

⁴⁶ Michel Foucault, « Folie, une question de pouvoir », in *Dits et Écrits*, Tome II, Texte n°141, 1974, p. 8.

⁴⁷ Michel Foucault, « Pouvoir et savoir », in *Dits et Écrits*, Tome III, Texte n°216, 1977, p. 242

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ *Ibid.*

cette situation spécifique. Dans l'approche propre à Foucault se trouve une réflexion sur le statut épistémologique de la médecine et une critique de son histoire traditionnelle. Les caractéristiques de la pensée de Foucault intègrent une analyse de la formation d'un savoir et d'un pouvoir de normalisation comme nous le verrons plus loin.

Plus concrètement, dans sa conférence intitulée « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », Foucault va poursuivre son étude de la médecine sociale en s'interrogeant sur le problème du fonctionnement moderne du savoir et du pouvoir médical. Foucault se réfère au plan Beveridge en Angleterre qui avait été mis en place pendant la seconde guerre mondiale comme étant l'archétype de la prise en charge de la santé par une société. Notons que ce plan comporte plusieurs caractéristiques intéressantes : d'abord, la prise en charge de la santé par l'État. Ensuite le fait que la santé entre dans le champ macro-économique et devienne une source de dépense importante. Avec ce plan, c'est désormais l'idée d'un droit à la santé qui apparaît : « le concept de l'état au service de l'individu en bonne santé se substitue au concept de l'individu en bonne santé au service de l'État »⁵⁰. Foucault constate ainsi l'émergence d'une nouvelle « politique du corps » dans les années 1940/1950 : le corps devient un des principaux objectifs de l'intervention de l'État. Foucault parle à cet effet de «somatocratie»⁵¹: « nous vivons sous un régime pour lequel l'une des finalités de l'intervention étatique est le soin du corps, la santé corporelle, la relation entre médecine et santé »⁵². Autres aspects de cette nouvelle prise en charge de l'individu, le droit, tout à fait nouveau, d'être malade et d'interrompre son travail pour raisons de santé. Foucault veut surtout montrer que « la médecine a toujours été sociale » que « ce qui n'existe pas c'est la médecine non sociale, individualiste, clinique»⁵³. La montée de cette préoccupation coïncide notamment avec ce que Jean-Claude Monod nomme une « lente métamorphose des valeurs»⁵⁴: le fait que le souci du corps a, d'une certaine manière, remplacé le souci de l'âme dont se chargeait la religion. Foucault va développer trois points au cours de cette conférence au Brésil :

Le premier point développé par Foucault concerne la bio-histoire : pour Foucault, elle est « la trace que peut laisser dans l'histoire de l'espèce humaine la plus forte intervention

⁵⁰ Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine », in *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, Paris, 1994, p. 41.

⁵¹ *Ibid.*, p. 43.

⁵² *Ibid.*, p. 43.

⁵³ *Ibid.*, p. 44.

⁵⁴ Jean-Claude Monod, *La police des conduites, Le bien commun*, Paris, 1997, p. 52.

médicale qui débute au XVIII^e siècle.»⁵⁵ Foucault constate que la médecine tue et a toujours tué. Avant, la médecine tuait à cause de l'ignorance du médecin, du fait que les connaissances n'étaient pas encore ce qu'elles sont aujourd'hui. Au XX^e siècle, les progrès sont considérables et la médecine tue parce qu'elle est une science. Foucault va parler alors de « risque médical », c'est-à-dire le lien entre les effets positifs et négatifs de la médecine. Par exemple, si la découverte des anesthésiques dans les années 1845/1847 représente indubitablement une avancée médicale de qualité, elle a pourtant été accompagnée d'une hausse de la mortalité et il s'est avéré que, sans asepsie, que l'on anesthésie ou non, toute opération peut se révéler dangereuse. Selon Foucault, ces avancées qualitatives de l'individu furent d'emblée vérifiables pour l'espèce humaine en général.

Le second aspect de la médecine moderne développé par Foucault correspond à une médicalisation indéfinie, c'est-à-dire « le fait que l'existence, la conduite, le comportement, le corps humain s'intègrent à partir du XVIII^e siècle dans un réseau de médicalisation de plus en plus dense et important »⁵⁶. La médecine a traditionnellement un domaine qui lui est propre, celui de répondre à la douleur du malade et de circonscrire son champ d'activité aux maladies. Au XX^e siècle, constate Foucault, la médecine est allée bien au-delà de son champ d'action : la médecine s'impose à nous d'autorité : « On n'embauche plus quelqu'un sans l'avis du médecin qui examine autoritairement l'individu ». En outre, les objets du domaine médical s'étendent bien au-delà des maladies : elle s'occupe de sexualité ou d'hygiène par exemple. La santé en général est devenue objet d'intervention du médecin. Le rôle de l'Hôpital a également évolué : celui-ci est devenu un « appareil de médicalisation collective »⁵⁷. La médecine est ainsi passée d'une pratique essentiellement individuelle à une pratique presque exclusivement sociale. Selon Foucault, la médecine moderne est caractérisée par le fait que très peu de domaines lui sont maintenant étrangers : « On ne parvient pas à sortir de la médicalisation [...] la prépondérance conférée à la pathologie devient une forme générale de régulation de la société »⁵⁸. Et comme le note très justement Bérenger Cabestan dans l'ouvrage de Philippe Artières et Emmanuel Da Silva, *Foucault et la médecine*, « Toute pratique est comme colonisée par le savoir médical ».

⁵⁵ Michel Foucault, « La naissance de la médecine sociale », in *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, Paris, 1994, p. 207.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 208.

⁵⁷ Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? » in *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, 1994, Paris, p. 50.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 53.

Le troisième moment d'analyse chez Foucault est relatif à la question économique, c'est-à-dire « l'intégration de l'amélioration de la santé, des services de santé et de la consommation de santé dans le développement économique des sociétés privilégiées »⁵⁹. Foucault constate que « la santé est devenue comme un objet de consommation ». En effet, les hommes produisent, à très grande échelle, des médicaments que d'autres hommes consomment ensuite. Les sociétés occidentales ont intégré dans la notion de développement économique l'amélioration des services, et de la consommation de produits de santé. On parle actuellement de « marché de la santé ». Toutefois, Foucault constate que si au niveau économique une hausse de la consommation induit une hausse du niveau de vie, il n'en va pas de même pour la médecine : une hausse de la consommation de produits de santé n'entraîne pas un meilleur niveau de santé.

1.1.4. Ivan Illich et la *Nemesis médicale* : de la critique de la médecine traditionnelle à l'apparition de la médecine sociale

Nemesis médicale : l'expropriation de la santé, ouvrage d'Ivan Illich paru en 1975, a été le point de départ des réflexions de Foucault autour du fonctionnement actuel des institutions du savoir et du pouvoir médical. Foucault aborde le sujet notamment dans sa conférence sur la « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ». Il y développe particulièrement une critique de la médecine traditionnelle à partir du plan Beveridge élaboré en Grande-Bretagne en 1942. Il faut dire en effet que Foucault a notamment voulu se démarquer des mouvements anti-médecine, notamment celui d'Ivan Illich. Pour Illich, la médecine actuelle crée des nuisances au lieu de soigner : les indicateurs de santé sont faux et privilégient l'individu malade au lieu de mettre en lumière l'environnement pathogène autour de cet individu. Or, selon Foucault, il n'y a selon lui pas de crise actuelle de la médecine mais l'aboutissement d'un fonctionnement historique débuté dès le XVIII^e siècle. Il ne s'agit pas de rejeter en bloc la médecine et ses institutions comme le fait Illich, ni les accepter non plus : celles-ci sont tellement ancrées dans la société qu'il est impossible d'envisager autre chose que leurs modifications, leurs évolutions. Cette médicalisation progressive n'est pas dangereuse en elle-même, Foucault n'ayant jamais considéré comme nuisible les progrès de la médecine et l'amélioration des soins, etc. Certes, la perspective d'Ivan Illich représente une ressource critique intéressante, mais Foucault va s'en distancier car la critique illichienne s'est révélée peu opérante, dans son désir utopique et quelques peu naïf de restituer aux humains un « art

⁵⁹Michel Foucault, « La naissance de la médecine sociale », in *Dits et Écrits*, Vol III Gallimard, Paris, 1994, p. 208.

démédicalisé de la santé » après l’avoir arraché aux mains des docteurs, son antimédecine ne pouvant « opposer à la médecine que des faits ou des projets revêtus »⁶⁰.

Dans la suite de ses analyses, Foucault se démarque de ces « quatre ou cinq grandes fonctions de la médecine traditionnelle »⁶¹: il va d’abord déplorer que la médecine soit une pratique essentiellement individuelle, un dialogue médecin-malade. Ensuite il va regretter que la médecine soit devenue un facteur de discrimination sociale et morale : il n’y a pas une mais plusieurs sortes de médecines adaptées aux différentes classes de la société. Il va également déplorer que la médecine, et essentiellement la médecine psychiatrique, ait pour fonction principale de remplacer la religion en tant que gardienne d’un certain ordre moral. Enfin, il va regretter que la médecine juge de la normalité ou de l’anormalité de tel ou tel acte : la médecine outrepassa sa vocation originaire en se faisant aussi une instance judiciaire, comme nous allons le voir dans notre deuxième chapitre. Par ailleurs, outre ce constat d’une médecine en crise, Foucault s’est intéressé à la manière dont la médecine s’organisait à l’échelle de la société, comment elle s’« épanouissait » à l’hôpital et comment celui-ci était le véritable instrument de la médecine sociale.

Au cours des analyses précédentes, nous avons tenté de situer le cadre d’émergence de la médecine sociale et de son développement à partir de sa forme historique. En soulignant que la médecine moderne n’est pas le produit d’une évolution historique du savoir médical mais plutôt d’une invention historique, Foucault oriente son approche sur le statut épistémologique de la médecine et de son histoire traditionnelle. Cependant, l’émergence de cette forme historique de la médecine sociale rend compte d’un certain nombre d’enjeux politiques contemporains en rapport avec les discours et les pratiques actuels de la santé publique comme nous allons d’ailleurs le voir dans le chapitre suivant.

⁶⁰ Michel Foucault, *Dits et Écrits*, t. II, op.cit., p. 52.

⁶¹ Michel Foucault, « Les grandes fonctions de la médecine dans notre société », in *Dits et Écrits*, Vol I et II, Quatro Gallimard, Paris, pp. 1249 et 1250.

CHAPITRE II

ENJEUX ET DIMENSIONS POLITIQUES DE LA MEDECINE SOCIALE : NORMES ET DES TECHNOLOGIES DE CONTRÔLE DU CORPS SOCIAL

Le développement de la médecine sociale dont nous avons précédemment souligné le lien historique nous amène à la conclusion suivante : de la police médicale⁶² du XVIII^e siècle à l'hygiène publique du XIV^e siècle, il n'est question que d'un ensemble de déplacements et de transformations de la médecine sociale qui ne s'expliqueraient, selon Emmanuel Renault, que par l'extension d'un principe à des objets toujours plus nombreux et spécifiques, davantage que par des changements de principes : « les autres systèmes de médecines sociales au XVIII^e et au XIV^e siècle ne sont que des déclinaisons atténuées [du] du modèle profondément étatique et administratif [...] introduit en Allemagne »⁶³. Mais, il faut dire que l'émergence de cette forme historique de la médecine sociale s'ouvre à des enjeux politiques importants : Foucault va aborder les stratégies et les politiques autour des systèmes contemporains de santé, en étudiant l'apparition de la médecine sociale au XVIII^e et au XIX^e siècle. Cela dit, le projet d'une médecine sociale ou d'une médicalisation revêt une dimension politique contemporaine importante en rapport justement avec les politiques de santé publique moderne. Il y a ici une pensée politique de la médecine et une insistance particulière sur les normes et les techniques de contrôle social qu'elles impliquent. C'est de cet aspect qu'il est question dans le cadre des analyses qui vont suivre.

2.1. La médecine sociale comme mécanisme de contrôle social : les technologies de contrôle du corps social

Daniel Delanœ et Pierre Aïach dans leur ouvrage intitulé *L'ère de la médicalisation*, notent déjà à juste titre que ce qui domine dans la pensée de Foucault, c'est aussi « la question du contrôle social, et, spécifiquement, de la surveillance autour, par exemple, de la figure du panoptique ». Ce contrôle s'effectue à deux niveaux : d'une part au niveau de l'individu, avec un contrôle sur le corps (contrôle mettant en jeu la notion de microphysique du pouvoir), mais aussi au niveau de la population par le biais de l'État. Et dans la mesure où cette

⁶²Ce concept est attribué au médecin autrichien Wolfgang Thomas Rau en 1764 comme le souligne Virginie Tournay, dans un ouvrage intitulé *Le concept de police médicale : d'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative*, dans la revue *Politix* n° 77 en 2007, p.173. Ce concept implique un ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics et privés pour améliorer l'état de santé des populations dont ils ont la responsabilité.

⁶³ Michel Foucault, « La naissance de la médecine sociale », in *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, Paris, 1994, pp. 214-215.

médicalisation, nous allons d'abord aborder la notion d'espace qui enveloppe la dimension individuelle qui sous-tend le contrôle sur le corps et la régulation de la population.

2.1.1. La spatialisation : la politique des espaces comme support de la médicalisation

Au cours d'un entretien avec J.-P. Barou et M. Perrot paru sous le titre de « L'œil du pouvoir », on relève que chez Foucault, le développement de la médecine sociale est associé à la question de l'espace. Le passage suivant le confirme d'ailleurs :

Il y aurait à écrire toute une histoire des espaces qui serait en même temps une histoire des pouvoirs - depuis les grandes stratégies de la géopolitique jusqu'aux petites tactiques de l'habitat, de l'architecture institutionnelle, de la salle de classe ou de l'organisation hospitalière, en passant par les implantations économique-politiques. Il est surprenant de voir combien le problème des espaces a mis longtemps à apparaître comme problème historico-politique.⁶⁴

Cela dit, il apparaît clairement que la santé publique, en tant que forme historique de la médecine sociale repose sur une politique de l'espace. Plus exactement, Foucault montre que son essor n'a été possible que sur la base d'une spatialisation. En effet, la médecine sociale s'effectue d'abord à partir d'une spatialisation avant de s'étendre à proprement parler à l'intérieur des milieux de vie des populations et des villes en particulier. Cette spatialisation implique la mise en œuvre des techniques de quadrillage spatial des individus comme ce fut le cas au XVII^e siècle afin de juguler la peste, les endémies et les épidémies. Foucault souligne d'ailleurs au début du chapitre sur le « Panopticon » dans *Surveiller et punir* que :

cet espace clos, découpé, surveillé en tous ses points, où les moindres mouvements sont contrôlés, où tous les événements sont enregistrés, où un travail ininterrompu d'écriture relie le centre et la périphérie, où le pouvoir s'exerce sans partage, selon une figure hiérarchique continue, où chaque individu est constamment repéré, examiné et distribué entre les vivants, les malades et les morts - tout cela constitue un modèle compact du dispositif disciplinaire⁶⁵.

Ainsi donc, la peste constitue un désordre qu'il faut combattre par l'ordre disciplinaire. La médicalisation va s'inscrire dans le prolongement des disciplines visant la spatialisation des corps. Ce qui justifie alors le fait que « la discipline est un art de répartition des corps dans l'espace »⁶⁶. Vu sous cet angle, l'hôpital, la manufacture, l'école, la prison, deviennent d'immenses machines à connaître, surveiller et modeler les individus. La prison panoptique,

⁶⁴ Michel Foucault, « L'œil du pouvoir », in *Dits et Écrits*, Tome III, texte n°195, 1977, p. 21.

⁶⁵ Michel Foucault, *Surveiller et punir*, op.cit.

⁶⁶ Stéphane Legrand, *Les normes chez Foucault*, PUF, Paris, 2007, p. 47.

ou plus largement la société disciplinaire, jette son filet sur l'ensemble des acteurs sociaux, surtout lorsque ceux-ci présentent une anormalité quelconque : le fou, le délinquant, le criminel. Il s'agira de trier le bon grain de l'ivraie, d'exclure certains pour protéger les autres : assurer la sécurité et la protection de la population, caractérise, pour Foucault, la figure du pouvoir moderne, c'est-à-dire le « biopouvoir ». Ces processus d'individualisation des corps à l'intérieur des espaces visant à les modeler est à l'origine d'une « nouvelle technologie » de contrôle social et plus précisément une sorte d'orthopédie sociale. Ces lieux d'enfermement relève Foucault, deviennent ainsi des « îlots disciplinaires » hétérogènes au système de la souveraineté se transformant en une sorte de « visibilité isolante » qui participe à la surveillance et au contrôle fin et individualisé : « ces îlots sont restés latéraux dans le plasma général des systèmes de souveraineté. » Car, comme le relève encore Foucault, « la discipline est avant tout une analyse de l'espace : c'est l'individualisation par l'espace »⁶⁷. L'hôpital va apparaître comme le maillon essentiel de la médecine sociale comme l'a décrite Foucault.

Aussi faut-il souligner le rôle de l'institution psychiatrique qui va s'arroger d'un pouvoir important : c'est le pouvoir psychiatrique⁶⁸. Selon Foucault, l'un des effets de la médicalisation consiste à affirmer que « le monde est en train d'évoluer vers un modèle hospitalier et le gouvernement acquiert une force thérapeutique »⁶⁹. De là, il faut dire que « la thérapie médicale est une forme de répression ». Pour Foucault, « le monde est un grand asile » : aux yeux des gouvernants, l'état mental des individus prend de plus en plus d'importance. Dans un article de 1977, écrit pour « Le Nouvel Observateur », concernant le livre de Robert Castel, *L'Ordre psychiatrique*, Foucault constate, à l'instar de Castel que la psychiatrie s'est intégrée à toute une stratégie de normalisation, d'assistance et de surveillance. Les deux hommes sont d'accord pour faire de la psychiatrie la figure de proue d'une médecine s'affirmant de plus en plus comme une technologie générale du corps social et pour dénoncer

⁶⁷ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », in *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, Paris, 1994, p. 516.

⁶⁸ Le cours de Michel Foucault sur le *Pouvoir psychiatrique* a été donné entre le 7 novembre 1973 et le 6 février 1974 au Collège de France. Foucault indiquera lui-même qu'il s'agit du « point d'arrivée ou en tous cas d'interruption du travail qu'il avait fait autrefois dans *Histoire de la folie* » (p. 35), d'une reprise d'un travail jusque-là abandonné, ou tout du moins laissé de côté. Car ce cours, selon la remarque de Robert Castel, inaugure la « seconde lecture » de *L'Histoire de la folie* : non plus une lecture romantique, centrée sur l'histoire des représentations et la crise des limites du représentable que la folie incarne, comme « déraison », mais une lecture militante, exhumant les racines de « l'ordre disciplinaire » que fut l'aliénisme, ordre dont la forme n'attend plus que d'être exportée partout dans la vie sociale comme type original du pouvoir, et de survivre, au-delà du modèle psychiatrique, dans la généralisation de la « fonction-psy » à l'école, dans la justice, etc.

⁶⁹ Michel Foucault, « Le monde est un grand asile », in *Dits et Écrits*, Quatro Gallimard, Paris vol I et II, 1994, p. 1301.

les risques de manipulation et de contrôle social que la psychiatrie recèle⁷⁰. La grande phrase de Castel sera d'ailleurs de dire que « nous sommes tous des psychiatrisables en puissance ». Ce pouvoir psychiatrique va également et surtout voir la naissance de l'asile en considérant la folie comme un objet médical. Ainsi, la psychiatrie devient une discipline générale de l'existence humaine, discipline dont la puissance vient essentiellement et paradoxalement du fait qu'elle se démedicalise de plus en plus pour rejoindre un plus vaste champ social ; elle est devenue selon Foucault, une instance scientifique de contrôle et de protection du social contre des individus qu'elle a, elle-même, déclarés dangereux : « la psychiatrie ne cherche plus seulement à guérir. Elle peut [...] fonctionner comme protection de la société contre les dangers [...] dont elle peut être la victime de la part des gens qui sont dans un état anormal »⁷¹. À partir de là, on peut se rendre compte comment la notion de discipline s'allie avec la prise en charge médicale originelle. L'ordre social se sert maintenant de la psychiatrie comme d'une machine à neutraliser les dangers qui le menace. Foucault va d'ailleurs parler de « société de normalisation » à propos de nos sociétés modernes : « les disciplines vont donc porter un discours qui sera celui [...] de la norme. Elles définiront un code qui sera celui, non pas de la loi, mais de la normalisation »⁷². Dans cette notion de normalisation, la médecine joue un rôle certain : cette nouvelle forme de psychiatrie sera un des aspects de la médicalisation des comportements et de la normalisation de la société, au même titre que les prisons, par exemple. La psychiatrie détient ainsi beaucoup plus de pouvoirs qu'elle n'en avait au début du XIX^e siècle. Selon Foucault, « toute conduite doit pouvoir être située également par rapport à et en fonction d'une norme qui est [...] perçue comme telle par la psychiatrie »⁷³. Foucault définit même la psychiatrie comme « la science et la technique des anormaux, des individus anormaux et des conduites anormales »⁷⁴. C'est fort de tout cet ensemble de constats que se pose le problème de la dépsychiatisation visant à essayer d'enrayer ce processus d'emprise totale sur les corps et trouver des solutions pour en sortir.

2.1.2. La spatialisation de l'hôpital moderne : l'hôpital comme instrument de médicalisation

Chez Foucault, la spatialisation de l'hôpital moderne représente un enjeu important dans le processus de médicalisation : « l'architecture hospitalière doit être le facteur et

⁷⁰David Labreure, *Michel Foucault, psychiatrie et médecine*, sous la direction de M. Jean-François Braunstein, 2003/2004 : <http://www.memoireonline.com/06/07/479/michel-foucault-psychiatrie-et-medecine.html>

⁷¹Michel Foucault, *Les anormaux*, Gallimard -le seuil, Paris, 2001, p. 298.

⁷²Michel Foucault, *Il faut défendre la société*, Gallimard-le seuil, Paris, 1999, p. 34.

⁷³*Ibid.*, p. 35.

⁷⁴Michel Foucault, *Les anormaux*, Gallimard-le seuil, Paris, 2001, p. 151.

l'instrument de la cure hospitalière. »⁷⁵. Il est important de rappeler ici que l'idée de l'hôpital naît au XVIII^e siècle, autour de 1760 et suit de près une volonté de contrôle social qui prend la forme d'une médicalisation. À l'origine de l'hôpital moderne, en effet, deux causes vont se combiner, tout en étant parfaitement hétérogènes l'une à l'autre. Ce sont, d'une part, cet événement épistémique que constitue la transformation du savoir médical et, d'autre part, cet événement qui va consister en l'aménagement du vieil hospice médiéval, refuge et lieu d'accueil plus que de traitement, en un lieu thérapeutique. Or, dans cette transformation, le vecteur opérant va être l'hôpital militaire. L'hôpital civil va en effet s'inspirer de l'aménagement de l'hôpital militaire : « l'introduction de mécanismes disciplinaires dans l'espace désordonné de l'hôpital allait permettre sa médicalisation. »⁷⁶. Ainsi, cette spatialisation implique à la fois une réflexion sur l'implantation de l'hôpital dans le tissu urbain et un aménagement des espaces intérieurs qui va individualiser le malade en l'isolant et qui prendra en compte les circulations de l'air, le traitement du linge et du mobilier, etc. Le pouvoir du médecin ou du psychiatre dans l'hôpital psychiatrique, la gestion et la circulation de l'information dans l'hôpital peuvent ainsi apparaître comme des conséquences des dispositions proprement spatiales.

L'hôpital ainsi que toutes les autres formes d'institutions servent donc de fond arrière à la médicalisation relevant des disciplines. Si « la discipline procède d'abord à la répartition dans l'espace »⁷⁷, il faut noter que cette discipline a partie liée avec les techniques de contrôle social qui correspondent elles-mêmes à faire assoir les normes. « À l'époque actuelle, toutes ces institutions - usine, école, hôpital psychiatrique, hôpital, prison - ont pour finalité non pas d'exclure mais au contraire de fixer les individus. L'usine n'exclut pas les individus, même en les enfermant ; elle les fixe à un appareil de normalisation des individus. »⁷⁸. Mais très vite, ces nouvelles implantations vont s'étendre au niveau de l'espace social tout entier en vue de sa stabilisation :

⁷⁵ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », in *Dits et écrits*, n° 229, 1978.

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ Michel Foucault, *Surveiller et punir*, op.cit. C'est pourquoi Foucault souligne dans « Les mailles du pouvoir » qu'il s'agit de voir « comment surveiller quelqu'un, comment contrôler sa conduite, son comportement, ses aptitudes, comment intensifier sa performance, multiplier ses capacités, comment le mettre à la place où il sera le plus utile : voilà ce qu'est, à mon sens, la discipline ».

⁷⁸ Michel Foucault, « La vérité et formes juridiques », in *Dits et Écrits*, tome II, texte n°139, p. 101. Pour Foucault, « Il en va de même de la maison de correction ou de la prison. Même si les effets de ces institutions sont l'exclusion de l'individu, elles ont comme finalité première de fixer les individus dans un appareil de normalisation des hommes. L'usine, l'école, la prison ou les hôpitaux ont pour objectif de lier l'individu à un processus de production, de formation ou de correction des producteurs » (*Ibid.*)

Mais l'espace social a commencé à se stabiliser dans les sociétés occidentales à partir du XVI^e ou du XVII^e siècle avec des organisations urbaines, des régimes de propriétés, des surveillances, des réseaux routiers [...] Ç'a été le moment où on a arrêté les vagabonds, enfermé les pauvres, empêché la mendicité, et le monde s'est figé. Mais il n'a pu se figer qu'à la condition qu'on institutionnalise des espaces de types différents pour les malades, pour les fous, pour les pauvres, qu'on distingue des quartiers riches et des quartiers pauvres, des quartiers malsains et des quartiers confortables... Cette différenciation d'espaces fait partie de notre histoire et en est certainement l'un des éléments communs.⁷⁹

Dès lors, on peut voir comment se compose et se complète ici cette « histoire de l'espace » esquissée à grands traits, en 1967 dans le texte sur les hétérotopies. En s'inscrivant dans le cadre d'une théorie du pouvoir renouvelée, l'histoire de l'espace devient celle du déploiement des fonctions de pouvoir et plus largement, la médicalisation. La spatialisation est donc fortement liée à cette médicalisation. Et l'institutionnalisation de ces espaces laisse entrevoir un type de société particulier correspondant aux sociétés de normalisation disciplinaires et qui se singularise par le pouvoir de normation où la gestion du pouvoir est hégémonique, dans le sens où elle se fonde sur le dualisme d'une injonction à une conduite hautement uniformisante d'après une norme unique et générale et l'exclusion du non – normalisable (« le résidu, l'irréductible, l'incassable, l'inassimilable ») comme dans les sociétés disciplinaires. Ici, il y a un caractère « primitivement prescriptif » de la norme et c'est par rapport à cette norme que la détermination du normal et l'anormal devient possible. Le dressage de l'individu, sa production se faisait à partir de la norme et la distinction du normal et de l'anormal en découle.

2.1.3. L'extension de l'hôpital à l'intérieur des milieux de vie : la ville comme espace de médicalisation

Il est frappant de remarquer comment l'opération médicalisation va s'élargir et déborder l'hôpital proprement dit pour atteindre la ville tout entière : « la ville avec ses principales variables spatiales apparaît comme un lieu à médicaliser. »⁸⁰. On s'aperçoit comment la politique de la santé vise cette fois des populations tout entières et donne lieu à des projets concertés d'urbanisme :

L'emplacement des différents quartiers, leur humidité, leur exposition, l'aération de la ville tout entière, son système d'égouts et d'évacuation des eaux usées, l'emplacement des cimetières et des abattoirs, la

⁷⁹ Michel Foucault, « La scène de la philosophie » in *Dits et Écrits*, tome III, texte n°234, p. 321.

⁸⁰ Michel Foucault, « La politique de la santé au XVIII^e siècle », in *Dits et écrits*, n° 257, 1979, p. 22.

*densité de la population, tout cela constitue des facteurs jouant un rôle décisif sur la mortalité et la morbidité des habitants.*⁸¹

À partir de là, on peut comprendre le fait que chez Foucault le médecin est un spécialiste de l'espace : « Ils ont été, avec les militaires, les premiers gestionnaires de l'espace collectif. »⁸². Les médecins sont les premiers à poser en effet le problème des emplacements, des coexistences, des résidences et des déplacements. On voit comment le « milieu »⁸³ d'existence devient l'objet d'un « contrôle politico-scientifique » dans la mesure où il s'agit d'assainir les milieux de vie des populations et qui vient ainsi remplacer le système de la quarantaine qui avait été mis en place en vue d'éradiquer les épidémies. Le moins que l'on puisse dire c'est que ce contrôle politico-scientifique est une modernisation du système de la quarantaine. Il s'agit précisément de cette médecine urbaine dont parle Foucault et qui s'est développée en France : Foucault relève que « la médecine sociale s'est développée en France avec l'expansion des structures urbaines. »⁸⁴, même si, comme nous le verrons d'ailleurs, cette forme de médicalisation est liée au développement du capitalisme, faisant de la ville un lieu à médicaliser afin de majorer et d'accroître la capacité de production des individus.

2.1.4. La population comme objet de la médecine sociale : la médicalisation de la population

Si, comme nous l'avons vu précédemment, la discipline se donne comme ce que Foucault va appeler une anatomopolitique des corps et s'appliquait essentiellement aux individus, la médecine sociale s'intéresse non plus aux individus, mais à la population désignant un ensemble d'êtres vivants et coexistants qui présentent des traits biologiques et pathologiques particuliers, et dont la vie même devient un objet de contrôle afin d'assurer une meilleure gestion de la force de travail. En réalité, la population apparaît comme l'objet et la

⁸¹ *Ibid.*

⁸² Michel Foucault, « L'œil du pouvoir », op.cit.

⁸³ Dans son livre *Sécurité, Territoire, Population*, Foucault envisage une analyse du milieu comme espace de régulation biopolitique en s'appuyant sur l'article de Canguilhem, «Le vivant et son milieu ». Si pour Canguilhem, le terme de milieu a à l'origine, une signification mécanique, chez Newton, il était conçu comme «fluide véhicule d'action à distance» entre deux corps. Foucault reprend à son compte cette idée, définissant le milieu comme « ce qui est nécessaire pour rendre compte de l'action nécessaire d'un corps sur un autre. C'est donc bien le support et l'élément de circulation d'une action». Le terme de milieu est introduit en biologie par Lamarck. Pour ce dernier, le milieu désigne l'ensemble des actions qui s'exercent du dehors sur un vivant. Notons que Lamarck ne parle jamais de « milieu », mais plutôt des « milieux » entendus comme « circonstances influentes ». Or, c'est en traçant un parallèle quasi parfait avec la conception lamarckienne du milieu que Foucault analyse la gestion sécuritaire des espaces, en insistant sur la circulation des fluides.

⁸⁴ Michel Foucault, « La naissance de la médecine sociale », op.cit., p. 211.

cible de la médecine sociale, faisant ainsi apparaître ce que Foucault appelle la « biopolitique de la population »⁸⁵ :

*La découverte de la population est, en même temps que la découverte de l'individu et du corps dressable, l'autre grand noyau technologique autour duquel les procédés politiques de l'Occident se sont transformés. On a inventé à ce moment-là ce que j'appellerai par opposition à l'anatomo-politique que j'ai mentionnée à l'instant, la bio-politique.*⁸⁶

On le voit bien, la vie des populations constituent la cible principale de cette biopolitique qui, rappelons-le, émerge à la suite de sa Conférence au Brésil sur la « Naissance de la médecine sociale ». Ce rappel n'est pas fortuit. Car, la médecine sociale procède de la biopolitique. Parce que le corps est une réalité biopolitique, il devient l'objet d'une médicalisation. Foucault va parler alors d'un « biopouvoir »⁸⁷ qui est en réalité une forme d'expression associée à la médicalisation. Celle-ci désigne « le fait que l'existence, la conduite, le comportement, le corps humain s'intègrent à partir du XVIII^e siècle dans un réseau de médicalisation de plus en plus dense et important qui laisse échapper de moins en moins de choses ».⁸⁸ Apparaît alors dans cette perspective, une nécessité de réguler et de sécuriser⁸⁹ les milieux de vie des corps espèces et notamment les populations.

Après avoir investi les milieux de vie des populations, la médecine sociale s'applique particulièrement aux conditions de vie de ces populations. Foucault affirme alors que « la médecine urbaine n'est pas réellement une médecine de l'homme, du corps et de l'organisme, mais une médecine des choses : de l'air, de l'eau, des décompositions, des fermentations ; c'est une médecine des conditions de vie du milieu d'existence. »⁹⁰ Dès lors, il se développe une

⁸⁵ Voici la définition qu'en donne Foucault dans le *Résumé des cours (1970-1982), Conférences, essais et leçons du Collège de France*, Ed. Julliard, Paris, p. 109 : « J'entendais par-là la manière dont on a essayé, depuis le XVIII^e siècle, de rationaliser les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population : santé, hygiène, natalité, longévité, races... On sait quelle place croissante ces problèmes ont occupée depuis le XIX^e siècle, et quels enjeux politiques et économiques ils ont constitués jusqu'aujourd'hui »

⁸⁶ Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique, Annuaire du Collège de France, 79^e année, Chaire d'histoire des systèmes de pensées, année 1978-1979, 1979*, repris in *Dits et écrits*, vol. 3, texte n°818.

⁸⁷ Le terme « biopouvoir » désigne d'abord le « pouvoir sur la vie ». Ce type de pouvoir moderne marque ainsi une césure avec l'ancien pouvoir souverain. Par ce terme, Foucault décrit la manière dont le pouvoir tend à se transformer entre la fin du XVIII^e siècle et le début du XIX^e siècle afin de gouverner non seulement les individus à travers un certain nombre de procédés disciplinaires, mais l'ensemble des êtres vivants constitués en population.

⁸⁸ Michel Foucault, « La naissance de la médecine sociale », op.cit.

⁸⁹ Dans *Sécurité, Territoire, Population*, Foucault souligne que la sécurité va consister à prendre appui sur un certain nombre de données matérielles. Elle va travailler bien sûr l'emplacement avec l'écoulement des eaux, avec les îles, avec l'air, etc. Donc, elle travaille sur un donné. (p. 21). Dans la politique sécuritaire, il s'agit alors d'aménager un milieu pour une population, en fonction d'un donné et de séries d'événements aléatoires.

⁹⁰ *Ibid.*

hygiène publique consistant à améliorer le cadre de vie des populations par des politiques d'assainissement. D'où l'intérêt que revêt la notion de salubrité qui est fortement liée à cet hygiénisme comme le souligne Foucault : « La salubrité est la base matérielle et sociale capable d'assurer la meilleure santé possible aux individus. Lié à cela, apparaît le concept d'hygiène publique comme technique de contrôle et de modification des éléments du milieu qui peuvent favoriser cette santé ou, au contraire, lui nuire. »⁹¹. À partir de là, on redéfinit la médecine comme une pratique sociale au moyen de sa fonction d'hygiène publique. Celle-ci va être surtout basée sur l'étude et le contrôle du milieu et va contribuer au développement au XIX^e siècle de la médecine scientifique : « Une grande partie de la médecine scientifique du XIX^e siècle trouve son origine dans l'expérience de cette médecine urbaine qui s'est développée à la fin du XVIII^e siècle. »⁹² La biopolitique viendra donc réguler cette fonction. Et dans la mesure où la population apparaît comme le centre d'application de la médecine sociale comme nous venons de le voir, le biopouvoir viendra donc réguler et coordonner le flux de cette population en s'imposant comme normalisation.

2.2. De la médecine sociale aux normes : normation et normalisation

Dans sa conférence sur la « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », Foucault situe la naissance de la médecine sociale à partir de deux ordres de déplacements illégitimes en rapport avec la réforme sanitaire au milieu du XIX^e siècle : il y a d'un côté, une substitution de la santé à la maladie ; et de l'autre, une substitution d'une médecine coercitive à une médecine conçue comme réponse à la demande formulée des patients. Comme nous l'avons d'ailleurs précisé précédemment, en tant que coercition administrative, la médecine sociale a partie liée avec les techniques de contrôle et de régulation. Mais la médecine sociale va au-delà puisqu'elle va nous introduire dans un nouveau type de société. En effet, en tant que théorie médicale de la santé, la médecine sociale marque le passage d'une société des lois à une société des normes : « on peut dire que les médecins du XX^e siècle sont en train d'inventer une société de la norme et non de la loi »⁹³. On pourrait ainsi dire qu'en tant qu'approche sociologique de la norme de la santé, la médecine sociale serait même l'un des vecteurs principaux d'un mouvement de médicalisation « sans limite » du social⁹⁴, même si, comme le note d'ailleurs Emmanuel Renault, cette interprétation pourrait être discutée par la définition normative de la médecine qu'elle présuppose.

⁹¹ *Ibid.*

⁹² *Ibid.*, p. 223.

⁹³ Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? », *op.cit.*, p. 50.

⁹⁴ *Ibid.*, 53.

Mais ce qu'il convient de préciser ici c'est que la médicalisation est portée par de enjeux qui sont en rapport non seulement avec les disciplines comme nous venons de le voir, mais aussi de sécurité. Ces deux enjeux correspondent au pouvoir des normes lié à la médecine sociale et qui se justifie par une distinction fine des concepts de normation et de normalisation se référant somme toutes à la fonction de la norme. Dans le cours *Sécurité, territoire, population* donné au Collège de France, nous retrouvons la même distinction entre disciplines et sécurité à propos de la fonction de la norme. Mais dans les deux cas, la norme produit une normalisation, mais avec des procédures et des finalités différentes. Afin d'illustrer la différence entre pouvoir disciplinaire et dispositifs de sécurité⁹⁵ quant à leur rapport à la norme, Foucault compare le modèle disciplinaire de la peste à celui du traitement de la variole au XVIII^e siècle. Selon l'auteur, la stratégie de la quarantaine vise essentiellement deux objectifs : soigner individuellement chaque malade considéré guérissable et éviter la contagion par l'isolement et la surveillance des malades. De son côté, la stratégie de vaccination qui apparaît avec le dispositif de prévention de la variole ne fera plus ce partage strict entre malades et non malades. En effet, Foucault souligne que l'objet sera dorénavant la population dans son ensemble et que l'on cherchera d'abord à établir statistiquement son taux normal de morbidité ou de mortalité. Le second objectif de ce dispositif de sécurité sera d'identifier, à partir de la mortalité normale, des « normalités différentielles » particulières, que l'on cherchera ensuite à « rabattre » sur la « courbe normale »⁹⁶. Dans le cas de la variole au XVIII^e siècle par exemple, Foucault souligne que la mortalité était particulièrement élevée chez les enfants de moins de trois ans et qu'on a donc cherché à ramener ce taux différentiel vers le taux général de mortalité de toute la population, intervention qui, par le fait même, a eu pour effet de modifier également le taux général⁹⁷. Bref, contrairement à la « normation » disciplinaire où la norme est première, le dispositif biopolitique de sécurité opère selon un véritable principe de normalisation, selon lequel « la norme est un jeu à l'intérieur des normalités différentielles. C'est le normal qui est premier et

⁹⁵ Dans *Sécurité, territoire et population*, Cours au collège de France (1977-1978), Paris, Gallimard Seuil, Hautes études, 2004, la « sécurité » désigne pour Foucault, « une certaine manière d'ajouter, de faire fonctionner, en plus des mécanismes proprement de sécurité, les vieilles armatures de la loi et de la discipline » (p.12). Par « société de sécurité » dit-il, « je voudrais simplement savoir s'il y a effectivement une économie générale de pouvoir qui a la forme [de], ou qui est en tout cas dominée par la technologie de sécurité » (pp. 12-13).

Le terme « dispositif » quant à lui apparaît chez Foucault dans les années 1970 et désigne initialement des opérateurs matériels du pouvoir, c'est-à-dire des techniques, des stratégies et des formes d'assujettissement mises en place par le pouvoir. Dans le cadre de la sécurité biopolitique, il s'agit d'encadrer les vies des populations par la mise en place des politiques de santé devant assainir leur milieu de vie par des mesures d'hygiène appropriées afin de garantir une force vitale liée elle-même à la force de travail.

⁹⁶ Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population*, op.cit., p. 64.

⁹⁷ *Ibid.*, pp. 64-65.

c'est la norme qui s'en déduit, ou c'est à partir de cette étude des normalités que la norme se fixe et joue son rôle opératoire. »⁹⁸ Ainsi, plutôt que d'établir un modèle optimal de «dressage» par rapport auquel on effectue le partage normal-anormal, la normalisation sécuritaire va d'abord repérer les différentes normalités et anormalités, pour tenter de ramener vers la courbe normale générale celles qui s'en éloignent le plus. C'est ainsi que, selon Foucault, quatre notions primordiales pour le développement de la médecine et des politiques de la population vont émerger avec la mise en place, au XVIII^e siècle, du dispositif de prévention de la variole⁹⁹. D'abord la notion de « cas » qui, grâce à la statistique, va favoriser une compréhension quantitative et distributive des différentes manifestations de morbidité au sein d'une population donnée. Ensuite, de l'analyse de la distribution des cas émerge la notion de « risque », qui va permettre d'évaluer statistiquement les chances d'infection et de mortalité pour chaque individu ou groupe déterminé de cette population, selon la tranche d'âge, le milieu, etc. À partir de l'établissement des risques différentiels émerge la troisième notion, celle de «danger», c'est-à-dire quels sont les facteurs qui augmentent les risques de contracter telle maladie et d'en mourir. Finalement, avec l'analyse des phénomènes épidémiques, apparaîtra la notion de« crise », «ce phénomène d'emballement circulaire qui ne peut s'enrayer que par un mécanisme supérieur, naturel et supérieur qui va le freiner, ou par une intervention artificielle.»¹⁰⁰ En résumé, l'analyse de Foucault décrit le passage d'un régime de pouvoir basé sur la décision souveraine et le règne normatif et prohibitif de la loi à un régime qui se fonde plutôt sur la normation disciplinaire (quadrillage, dressage et surveillance en vue d'un résultat optimal) et la normalisation régulatrice (établissement quantitatif du normal et réduction des écarts). À nos yeux, ce que l'auteur cherche à cerner ici est la constitution des sociétés occidentales contemporaines comme sociétés de la norme plutôt que comme sociétés de la loi, à travers des dispositifs de pouvoir disciplinaires et gouvernementaux ayant la vie humaine pour objet.

2.3. Les traits caractéristiques des normes

Le savoir clinique laisse libre cours à la norme qui correspond elle-même comme nous l'avons dit, à l'apparition du biopouvoir c'est-à-dire d'un pouvoir sur la vie, et des formes de gouvernementalité qui y sont liées. Aussi faut-il relever que le modèle juridique régulant la société cède le pas à un modèle médicale au sens large impliquant un contrôle accru de la

⁹⁸ *Ibid.*, p. 65.

⁹⁹ *Ibid.*, pp. 61-63.

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 63.

population, contrainte de s'y soumettre. D'où le projet d'une médecine sociale s'occupant des champs d'intervention allant bien au-delà du malade et de la maladie. C'est ce qu'il faut comprendre à travers ces propos de Judith Revel :

La mise en place d'un appareil collectif gérant les « populations » à travers l'institution des mécanismes d'administration médicale, de contrôle de la santé, de la démographie, de l'hygiène ou de l'alimentation, permet d'appliquer à la société toute entière une distinction permanente entre le normal et le pathologique et d'imposer un système de normalisation des comportements et des existences, du travail et des affects¹⁰¹.

On voit bien à partir de là des modalités d'application contraignante du biopouvoir par la norme disciplinaire *sui generis*. Ce qui semble bien justifier d'ailleurs l'expression employé par Foucault et qui fait d'ailleurs l'objet d'un article à savoir que le « pouvoir est une bête magnifique ». Aussi, la médicalisation s'estampille et s'implémente par la norme qui lui est inhérente, constituant par là même un laboratoire du capitalisme qui branche le corps des individus dans la chaîne des appareils de production concrets (problème du travail) et ajuster des phénomènes globaux de population à des logiques économiques générales (exigences de la croissance). Le biopouvoir qui est, comme nous l'avons souligné, une forme d'expression de la médecine sociale peut « se révéler terriblement mortifère et violent, comme l'aura démontré l'histoire du XX^e siècle »¹⁰² comme l'illustre encore ces propos de Frédéric Gros :

Le racisme d'État comme la pratique génocidaire se comprennent en effet pour Foucault à partir du biopouvoir : c'est pour garantir les conditions de vitalité d'une population qu'on en massacrera une autre. Foucault note enfin que cette constitution d'une biopolitique finit par provoquer un retournement stratégique de la part des gouvernés : prenant au mot la promesse de l'État de bien gérer leur vie, ils lui opposent bientôt le « droit » à la vie, au bonheur, à la santé.¹⁰³

On a à partir de là un régime normatif de gestion de la population s'exprimant par une exclusion réelle derrière l'apparente inclusion. En tant que tel, les normes sont coercitive et se manifestant par des rapports de domination qui traversent historiquement tous les types de sociétés. En effet, la domination est à la fois une structure de pouvoir, au sens où elle est une forme stabilisée et objectivée de la relation de pouvoir qui fonctionne à travers des dispositifs, et une situation stratégique d'affrontement, soit un continuum historique de luttes et de résistances. À cet effet, « la domination, c'est une structure globale de pouvoir [...], mais c'est

¹⁰¹ J. Revel, op.cit., p. 45.

¹⁰² GROS, «BIOPOLITIQUE», *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 20/03/2017. URL :

<http://www.universalis.fr/encyclopedie/biopolitique/>

¹⁰³ *Ibid.*

en même temps une situation stratégique plus ou moins acquise et solidifiée dans un affrontement à longue portée historique entre des adversaires »¹⁰⁴. Mais, comme le relève Foucault, ce qui va faire de la domination d'un groupe, d'une caste ou d'une classe, et des résistances ou des révoltes auxquelles elle se heurte, un phénomène central dans l'histoire des sociétés, « c'est qu'elles manifestent, sous une forme globale et massive, à l'échelle du corps social tout entier, l'enclenchement des relations de pouvoir sur les rapports stratégiques, et leurs effets d'entraînement réciproque »¹⁰⁵. Cette approche du pouvoir des normes correspond d'ailleurs à la définition du fait social chez Émile Durkheim en référence à ce qu'il appelle contrainte objective : « la présence de ce pouvoir se reconnaît à son tour soit à l'existence de quelque sanction déterminée, soit à une résistance que le fait oppose à toute entreprise individuelle qui tend à lui faire violence »¹⁰⁶.

Aussi, rappelons-le, les normes se distinguent dans le rapport d'assujettissement c'est-à-dire « tout ce qui lie l'individu à lui-même et assure ainsi sa soumission aux autres »¹⁰⁷ suivant cette portée normative qu'implique non seulement la discipline, mais aussi la médecine sociale s'imposant comme une « police de santé ».¹⁰⁸ Cette normalisation est souvent perçue comme un contrôle accru des populations visant manifestement le renforcement et le maintien de l'ordre social. Les « disciplines » disait d'ailleurs Foucault, sont ces méthodes qui permettent le contrôle minutieux des opérations du corps, qui assurent l'assujettissement constant de ses forces et leur imposent un rapport de docilité-utilité. L'effet de la norme s'inscrit donc suivant un rapport de soumission ou de domination des individus selon les processus de subjectivation entendue comme processus d'appropriation par le sujet d'un ensemble de normes, de comportements, et de fins.

2.4. De l'articulation entre la médecine sociale, biopolitique et le libéralisme

*Le contrôle de la production des richesses est le contrôle de la vie humaine elle-même.*¹⁰⁹

¹⁰⁴Foucault, « Le sujet et le pouvoir » in *Dits et écrits, vol. II (1976-1988)*, Paris, Gallimard, 1736 p. p. 1062.

¹⁰⁵*Ibid.*

¹⁰⁶Émile Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique* (1894), réed. Paris, Flammarion, « Champs », 1988, pp. 103-104.

¹⁰⁷Michel Foucault, « Le sujet et le pouvoir », *Dits et écrits, vol. II (1976-1988)*, Paris, Gallimard, 2001, p. 1046.

¹⁰⁸Ce concept est attribué au médecin autrichien Wolfgang Thomas Rau en 1764 comme le souligne Virginie Tournay, dans un ouvrage intitulé *Le concept de police médicale : d'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative*, dans la revue *Politix* n° 77 en 2007, p.173. Ce concept implique un ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics et privés pour améliorer l'état de santé des populations dont ils ont la responsabilité.

¹⁰⁹Hilaire Belloc, cité par Friedrich A. Hayek, *La route de la servitude*, Paris, PUF, « Quadrige », 2002, p. 68.

Biopolitique et libéralisme apparaissent dans l'œuvre de Foucault comme deux notions indissociables. En effet, dans la *Naissance de la biopolitique*, Foucault entreprend une étude du libéralisme comme cadre général de la biopolitique. Selon lui, les problèmes posés par la biopolitique ne doivent pas être isolés du cadre historique dans lequel ils apparaissent c'est-à-dire du libéralisme. C'est précisément dans les termes suivants que s'articulent la biopolitique et le libéralisme chez Foucault :

Il m'a semblé qu'on ne pouvait pas dissocier ces problèmes (biopolitiques) du cadre de rationalité politique à l'intérieur duquel ils sont apparus et ont pris leur acuité. À savoir le libéralisme, puisque c'est par rapport à lui qu'ils ont pris l'allure d'un défi. Dans un système soucieux du respect des sujets de droit de la liberté d'initiative des individus, comment le phénomène « population » avec ses effets et ses problèmes spécifique peut-il être pris en compte ?¹¹⁰

La médecine sociale, comme on peut s'en apercevoir ici, accompagne le développement du libéralisme. À partir de là, le libéralisme se conçoit non pas comme une théorie, ni comme une idéologie, encore moins, bien entendu, comme une manière pour la société de se représenter. Il s'agit d'une pratique, c'est-à-dire d'une « manière de faire » orientée vers des objectifs et se régulant par une réflexion continue¹¹¹. De là, Foucault retient quatre approches du libéralisme qui se rejoignent finalement. La première approche du libéralisme implique le principe suivant lequel il doit y avoir quelque part une limitation du gouvernement et qui ne soit pas simplement un droit externe. La deuxième approche représente le libéralisme comme une pratique. Il s'agit de savoir comment trouver exactement le principe de limitation du gouvernement et comment calculer les effets de cette limitation. Foucault rappelle alors que le libéralisme n'est ni une utopie ni un rêve mais « un instrument critique de la réalité ». Dans un sens étroit, la troisième approche du libéralisme implique une solution qui consiste à limiter au maximum les formes et domaines d'action du gouvernement. Enfin, la quatrième approche du libéralisme indique une organisation des méthodes de transaction propre à définir la limitation des pratiques de gouvernement telles que la constitution, le parlement ; opinion, presse ; les commissions et enquêtes.¹¹² La biopolitique est donc libérale dans sa forme de développement. La biopolitique, avait rapidement précisé Foucault, ne pourra être étudiée qu'après la mise à plat du « régime gouvernemental appelé libéralisme »¹¹³.

¹¹⁰ Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique*, op.cit., p.323.

¹¹¹ Michel Foucault, *Résumé des cours*, op.cit., p. 110.

¹¹² Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique*, op.cit., p. 23.

¹¹³ *Ibid.*, p. 24.

Au fond, corrélativement à la gouvernementalité, la question du libéralisme s'appuyant sur le principe « trop gouverner ou on gouverne toujours trop » est à analyser comme principe et méthode de rationalisation de l'exercice du gouvernement sous la règle interne de l'économie maximale.¹¹⁴ L'art libéral met en relief une nouvelle rationalité gouvernementale qui est régi par l'économie politique qui réfléchit sur les pratiques gouvernementales - non pas comme le droit peut le faire mais - en interrogeant ses effets négatifs ou positifs. À travers son analyse du libéralisme qui est fortement liée à la gouvernementalité - traversée par la biopolitique des populations -, Foucault entreprend une étude dont l'objet est de comprendre l'émergence d'un régime de vérité comme principe d'autolimitation du gouvernement. De fait, le libéralisme rompt avec la raison d'État qui, depuis le XVI^e siècle, « avait cherché dans l'existence et le renforcement de l'État la fin susceptible de justifier une gouvernementalité croissante et d'en régler le développement ».¹¹⁵ Ainsi, émerge alors chez Foucault l'idée selon laquelle la gouvernementalité ne doit pas s'exercer sans une « critique ». C'est précisément l'idée développée par Foucault lorsqu'il parle de « Gouvernementalité frugale »¹¹⁶ qui est plus radicale qu'une épreuve d'optimisation consistant moins à s'interroger uniquement sur les meilleurs moyens d'atteindre ses effets (ou sur les moins coûteux), mais davantage sur la possibilité et la légitimité de son projet même d'atteindre ses effets. Autrement dit, « le soupçon qu'on risque toujours de trop gouverner est habité par la question : pourquoi faudrait-il gouverner ? »¹¹⁷ En un mot, l'analyse du libéralisme chez Foucault implique une raison gouvernementale, c'est-à-dire ces « types de rationalités qui sont mis en œuvre dans les procédés par lesquels on dirige, à travers une administration étatique, la conduite des hommes ».¹¹⁸ De ce point de vue, Foucault voit le libéralisme comme schéma régulateur et thème d'opposition, qui ne dérive ni d'une analyse économique ni d'une réflexion juridique, mais appelle au marché ou au droit comme test de la gouvernementalité mettant en jeu

¹¹⁴ Michel Foucault, « Naissance de la biopolitique », in *Dits et écrits*, vol. 3, op.cit., p. 819.

¹¹⁵ Michel Foucault, *Résumé des cours*, op.cit., p. 111.

¹¹⁶ Dans le *Résumé des cours*, Michel Foucault se réfère à Benjamin Franklin (cf. *infra*, p. 327) pour indiquer le sens et l'origine de cette notion qui désigne une technologie gouvernementale plus souple, mettant en jeu une critique interne se démarquant des excès du pouvoir de la raison d'État. On peut également voir les références de cette notion en notes dans *Naissance de la biopolitique*, op.cit., p. 49. Il s'agit par exemple de la lettre de B. Franklin à Charles de Weissenstein du 1^{er} juillet 1778 (in A.H Smyth, éd., *The Writings of Benjamin Franklin*, New York, Macmillan, 1905-1907, vol. VII, p. 68.), citée par D.R. McCoy, « Benjamin Franklin's vision of a republican political economy for America », *The William and Mary Quarterly*, 3^e série, vol. 35(4), octobre 1978, p. 617 : « A virtuous and laborious people could always be cheaply governed in a republican system. »

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 112.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 117.

l'« homo œconomicus »¹¹⁹, c'est-à-dire le sujet économique dont la logique est celle d'une multiplication spontanée des intérêts, induit une incompatibilité essentielle entre « d'une part, la multiplicité non totalisable des sujets d'intérêt, des sujets économiques, et, d'autre part, l'unité totalisante du souverain juridique ». À partir de là, le gouvernement va s'exercer sur ce que Foucault appelle la « république phénoménale des intérêts » et qui est une question fondamentale du libéralisme. Il s'agit plus précisément de savoir : « Quelle est la valeur d'utilité du gouvernement et toutes les actions du gouvernement dans une société où c'est l'échange qui détermine la vraie valeur des choses ? »¹²⁰ Foucault distingue plus significativement deux exemples contemporains à partir desquels il développe son analyse du libéralisme et notamment du néolibéralisme : le libéralisme allemand des années 1948-1962, et le libéralisme américain de l'école de Chicago. À travers ces deux exemples de libéralisme, Foucault précise que « le libéralisme s'est présenté, dans un contexte très défini, comme une critique de l'irrationalité propre à l'excès de gouvernement, et comme un retour à une technologie de gouvernement frugal comme aurait dit Franklin »¹²¹.

D'une certaine manière, l'art libéral de gouverner laisse entrevoir désormais des technologies de contrôles sociaux. Foucault déclarait d'ailleurs qu'« on ne pouvait libérer les individus sans les dresser ».¹²² C'est que, le libéralisme sous-tend une technologie de pouvoir. On assiste donc à la formation de la société capitalisme. D'où la nécessité de contrôler les flux et la répartition spatiale de la main d'œuvre en tenant compte des nécessités de la production et du marché du travail, rendant ainsi nécessaire une véritable « orthopédie sociale » dont le développement de la police et la surveillance des populations sont des instruments essentiels¹²³. En ce sens, selon Revel les institutions psychologiques, psychiatriques, criminologiques, médicales, pédagogiques, la gestion des corps et l'institution d'une politique de la santé, les mécanismes d'assistance, les associations philanthropiques et les patronages relèvent d'une économie du pouvoir utilisant des procédés normatifs. C'est davantage la normalisation qui vérifie même la médicalisation accrue des populations dans la configuration du pouvoir biopolitique afin de maximiser les effets du capitalisme

¹¹⁹ Retraçant les origines du néo-libéralisme dans la *Naissance de la biopolitique*, Foucault part de la Raison d'État au libéralisme, puis au libéralisme contemporain en insistant sur le modèle économique allemand et celui de l'école de Chicago qui mettent tous en relief une généralisation de *l'homo œconomicus* à l'ensemble des champs de la société. À cet effet, l'individu, en tant que sujet économique, devient gouvernable.

¹²⁰ Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique*, op.cit., p. 48.

¹²¹ Michel Foucault, *Résumé des cours*, op.cit., p. 117.

¹²² Michel Foucault, « Conversazione con Foucault », in *Dits et écrits*, vol. 4, op.cit., p. 92.

¹²³ J. Revel, op.cit., p. 16.

DEUXIEME PARTIE

DE L'ARTICULATION ENTRE LA GENEALOGIE DE LA MEDECINE SOCIALE ET LES ENJEUX PORTES PAR LES DISCOURS ET LES PRATIQUES ACTUELS DE LA SANTE PUBLIQUE

Dans la première partie, nous avons vu en quoi l'émergence de la médecine sociale du XIX^e siècle constitue un événement contemporain des logiques de normation qui accompagne le biopouvoir à partir des analyses de Foucault. En ce sens, nous avons vu que le développement de la médecine sociale s'inscrit dans un continuum de la police médicale qui correspond à une exigence de discipliner, contrôler et normaliser la vie au profit du capitalisme. En tant que telle, elle mobilise des techniques de pouvoir propres à l'État de police, avant d'avoir recours ensuite à celle de la gouvernamentalité libérale.

Dans cette partie, il s'agit d'évaluer la pertinence des outils forgés par Foucault en portant l'interrogation sur l'articulation de cette forme historique de la médecine sociale et des enjeux portés par le discours et les pratiques actuels de la santé publique. L'examen de cette question va nous amener à montrer comment la santé publique comme discipline médicale a été rendue possible par une médecine sociale. Nous verrons également comment l'importance croissante de la médecine dans la société ne devrait pas être interprétée comme une lutte mais comme l'effet d'un nouveau régime de pouvoir qui prend appui sur la médecine sociale pour le renforcer dans la mesure où, comme le disait Foucault, les médecins sont devenus les conseillers du Prince. Il s'agira alors de montrer comment l'émergence historique de la médecine sociale que propose Foucault a partie liée avec les dispositifs et les savoirs des politiques contemporaines de la santé publique. Du coup, sous son versant historique, l'émergence de la médecine sociale n'est plus seulement réductible à une entreprise de normalisation sociale, mais s'articule aux enjeux contemporains des politiques de santé publique auxquels se greffe également et évidemment la question sociale à partir d'une contre-généalogie de la médecine sociale. Nous analyserons cette question dans le cadre de notre troisième et ultime partie. Consacrons-nous dès à présent à l'articulation de l'émergence historique de la médecine sociale et les enjeux relatifs aux discours et pratiques contemporaines de la santé publique.

CHAPITRE III

DE L'HISTOIRE DE LA MEDECINE SOCIALE A L'EMERGENCE ACTUELLE DE LA SANTE PUBLIQUE : PENSER L'ARTICULATION ENTRE LA MEDECINE SOCIALE ET LES ENJEUX DE LA SANTE PUBLIQUE

L'histoire de la médecine sociale et son développement telle que rapporté par Foucault et les autres grands historiens de la question rend compte de manière assez particulière des enjeux actuels de la santé publique. Car « la mise en place progressive de la grande médecine du XIX^e siècle ne peut pas être dissociée de l'organisation, à la même époque, d'une politique de la santé et d'une prise en considération des maladies comme problème politique et économique, qui se pose aux collectivités et qu'elles doivent essayer de résoudre au niveau de leurs décisions d'ensemble »¹²⁴. Ce que nous voulons justement mettre en lumière dans ce chapitre c'est cette articulation entre la généalogie foucauldienne de la médecine sociale et ces enjeux contemporains portés par les pratiques et les discours de la santé publique, puisque la grande médecine qui se développe au XIX^e est associée à une politique de la santé moderne. La question de la santé publique - qui est plus connue sous le terme de la biopolitique en référence aux travaux de Foucault -, permet aujourd'hui de mettre en relief le statut des références à la vie et à la santé mis en relief dans le développement historique de la médecine sociale qui implique quant à elle une normalisation de la vie et de la santé. On voit dès lors que le libéralisme en tant que cadre de développement de la biopolitique suppose des principes normatifs qui sont indissociables d'un ensemble de techniques de disciplines, de contrôle et de normalisation des individus et des populations. Cette conception permet de comprendre que l'émergence de la santé publique a été rendue possible par un nouveau régime de pouvoir et une nouvelle organisation sociale¹²⁵. Il y va donc de ce chapitre d'essayer d'établir le rapport de cette émergence de la santé publique avec la question historique de la médecine sociale à partir des travaux de Foucault.

3.1. La santé comme enjeu politique des États modernes

Dans un article consacré à la «Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine», Michel Foucault aborde la question de la santé qui représente un enjeu politique important des États modernes. Comme nous l'avons d'ailleurs évoqué dans la première partie, en se référant

¹²⁴ Michel Foucault, « La politique de la santé au XVIII^e siècle », *Les Machines à guérir, Aux origines de l'hôpital moderne ; dossiers et documents*, Paris, Institut de l'environnement, 1976, p. 12.

¹²⁵ Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », *op.cit.*, pp. 57-58.

au texte d'Ivan Illich intitulé *Nemesis médicale : l'expropriation de la santé* publié en 1975 traitant du problème du fonctionnement actuel des institutions du savoir et du pouvoir médical, Foucault marque un point d'arrêt sur l'année 1942 lorsque fut élaboré le plan Beveridge, qui, en Grande-Bretagne mais aussi dans de nombreux pays, a servi de modèle pour l'organisation de la santé aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale¹²⁶. Foucault souligne en effet que la date de ce plan recèle une valeur symbolique en ce qu'elle marque le passage ou le glissement d'un « droit à la vie » à un « droit à la santé » au moment même où la guerre causait de grandes destructions avec la mort de plus de quarante millions de personnes. Ainsi, « une société prenait en charge la tâche explicite de garantir à ses membres non seulement la vie, mais aussi la vie en bonne santé. »¹²⁷

S'agissant justement de ce passage au « droit à la santé », il faut dire en effet que c'est un droit mis en place par les États et notamment dans leurs politiques de santé publique. Il s'agit d'un droit de vivre dans le meilleur état de santé possible et de pouvoir se soigner tout au long de notre existence. Dans ce sens-là, il s'agit d'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. Le droit à la santé est consacré par de nombreux instruments internationaux et régionaux sur les droits de l'homme. Il est énoncé dans la constitution de pays du monde entier et suppose que les pouvoirs publics créent des conditions telles que chacun puisse jouir du meilleur état de santé possible. Ceci implique notamment l'existence de services de santé, des conditions de travail sûres et saines, de logements adéquats et d'une alimentation nutritive. Le droit à la santé inclut donc bien entendu l'accès aux soins de santé, mais il intègre aussi, et cela passe malheureusement souvent inaperçu, les déterminants sociaux de la santé¹²⁸, qui sont les conditions économiques et sociales dans lesquelles nous vivons et qui exercent une influence sur notre santé. C'est précisément cet aspect qui est mis en relief par Foucault à travers la question historique de la médecine sociale ou plus largement de la biopolitique qui s'applique à l'environnement et au milieu de vie des populations ainsi qu'à leurs conditions de vie. En tant que telle, elle tient compte du contexte social et des

¹²⁶ *Ibid.*, p. 52.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ Il s'agit des conditions sociales et économiques qui influencent l'état de santé d'une population et de ses individus. Systématisés notamment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1996, en 2004 puis en 2008, les déterminants sociaux de la santé incluent plusieurs concepts : le gradient social, le stress, la petite enfance, l'exclusion sociale, le travail, le chômage, le soutien social, les dépendances, l'alimentation et les transports.

conditions sanitaires d'une population¹²⁹. Elle cherche à comprendre l'impact des conditions socio-économiques sur la santé humaine et sur les maladies dans la perspective d'améliorer l'état de santé d'une société et de ses individus. De nos jours, sous l'impulsion de certains auteurs contemporains britanniques tels que Sir Michael Marmot¹³⁰ et Richard G. Wilkinson¹³¹, le domaine de la médecine sociale est investi par les organisations et service de la santé publique qui examinent les besoins sanitaires d'une société sous l'angle des déterminants sociaux de santé que nous venons d'évoquer et qui sont systématisés notamment par l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé) en 1996, 2004, puis en 2008.

Plus encore, en dehors de cette valeur symbolique que nous venons de relever, la date revêt beaucoup d'importance puisqu'elle va marquer l'orientation politique des États vers le souci d'organisation de la santé et de la gestion des soins. À cet effet, Foucault note que le plan Beveridge indique que l'État prend en charge la santé¹³², même si, comme il le souligne encore, jusqu'au milieu du XX^e siècle, la garantie de la santé signifiait essentiellement pour l'État la préservation de la force physique nationale, de sa force de travail, de sa capacité de production, de sa puissance militaire. « Jusqu'alors, la médecine d'État avait principalement des finalités sinon raciales, du moins nationalistes. »¹³³ Mais le plus important réside dans le fait qu'avec le plan Beveridge, la santé se transforme en un objet de préoccupation pour les États, non pas pour eux-mêmes, mais pour les individus. Le droit de l'homme à maintenir son corps en bonne santé devient ainsi objet de l'action étatique. Ici, il ne s'agit pas seulement d'une inversion dans le droit, mais aussi de ce que Foucault appelle une « morale du corps » qui rend opérationnel le concept de propreté, d'hygiène. Ce concept occupe désormais une place centrale dans toutes ces exhortations morales à la santé et qui constitue l'un des champs d'application des politiques de santé publique aujourd'hui. « La propreté est l'obligation de garantir une bonne santé à l'individu et à ceux qui l'entourent. »¹³⁴ On parle alors de l'obligation de la propreté et de l'hygiène afin de jouir d'une bonne santé ; mais cette obligation va être revue à partir du XX^e siècle avec l'apparition d'un nouveau droit, celui du droit à être malade quand on le veut et quand il le faut. Le droit d'interrompre le travail

¹²⁹ Abel T, Duetz Schmucki M, Huwiler-Müntener K, Borisch B, *Médecine sociale et préventive – Santé publique*, Huber 3^e édition, 2009, pp. 21-30.

¹³⁰ Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, et al. Healthinequalities among British civil servants : The Whitehall II study. *Lancet* 1991 ; 337:1387-93.

¹³¹ Wilkinson RG. The need for an interdisciplinary perspective on the social determinants of health. *Health Econ* 2000 ; 9:581-3.

¹³² *Ibid.*

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ *Ibid.*, p.

commence à prendre corps et devient plus important que l'ancienne obligation de la propreté qui caractérisait la relation morale des individus avec leur corps¹³⁵. L'autre aspect saillant du plan Beveridge c'est que la santé entre dans le champ de la macro-économie. Du coup, la santé -ou le défaut de santé -, l'ensemble des conditions qui permettent d'assurer la santé des individus devient une source de dépenses qui, par son importance, se trouve placée au niveau des grands postes budgétaires de l'État, quel que soit le système de financement.

*[...] la santé commence à être intégrée dans les calculs macroéconomiques. Par le truchement de la santé, des maladies et de la manière d'assurer les nécessités de la santé, il s'agit de procéder à une certaine redistribution économique. L'une des fonctions de la politique budgétaire de la plupart des pays depuis les débuts de ce siècle a été d'assurer, au moyen du système des impôts, une certaine égalisation des revenus, sinon des biens. Cette redistribution ne dépendait cependant pas de l'impôt, mais du système de régulation et de la couverture économique de la santé et des maladies.*¹³⁶

Plus important encore, en garantissant pour tous les mêmes possibilités de recevoir un traitement et de se soigner, Foucault souligne qu'on a voulu corriger en partie l'inégalité des revenus. Dès lors, on voit comment « la santé, la maladie et le corps commencent à avoir leurs bases de socialisation. En même temps, ils se convertissent en un instrument de la socialisation des individus »¹³⁷. La santé devient résolument l'objet d'une véritable lutte politique comme l'indique encore ce passage de Foucault :

*À partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale et de l'élection triomphale des travaillistes anglais en 1945, il n'y a pas un parti politique ni une campagne électorale, dans n'importe quel pays développé, qui ne posent le problème de la santé et de la possibilité pour l'État de garantir et de financer ce type de dépense. Les élections britanniques de 1945 comme les élections sociales françaises de 1947, qui ont vu la victoire de la Confédération générale du travail, marquent l'importance de la lutte politique pour la santé.*¹³⁸

La référence symbolique au plan Beveridge permet sommes toutes d'observer, au cours de la décennie 1940-1950, la formulation d'un nouveau droit, d'une nouvelle morale, d'une nouvelle économie, d'une nouvelle politique du corps. Cette référence nous permet ainsi de remarquer la constitution d'un chapitre fondamental concernant l'histoire du corps humain. Et selon Foucault, « pour l'histoire du corps humain dans le monde occidental moderne, il faudrait sélectionner ces années 1940-1950 comme une période de référence qui marque la naissance de ce nouveau droit, de cette nouvelle morale, de cette nouvelle politique et de cette

¹³⁵ *Ibid.*

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ *Ibid.*

nouvelle économie du corps »¹³⁹. Depuis lors, le corps de l'individu est devenu l'un des principaux objectifs de l'intervention étatique, l'un des grands objets que l'État lui-même doit prendre en charge et où se forme précisément toutes les formes de politiques de santé publique.

3.2. Politique de la vie et de la santé : au cœur des enjeux de la santé publique

Dans un article de Pierangelo Di Vittorio¹⁴⁰ intitulé « Le malaise de la médecine. La fonction thérapeutique entre soin et biopolitique » consacré à la *Philosophie de la santé*, il est frappant de remarquer que la médecine occupe une position centrale dans nos sociétés :

*Elle (la médecine) est comme une toile de fond sur laquelle se projettent sans solution de continuité des raisonnements économiques et des choix politiques, des visions du monde et des orientations d'ordre éthique. Depuis longtemps, les frontières de la médecine sont devenues labiles, sa consistance légère, volatile. Elle se présente aujourd'hui comme une scène illimitée, un climat ambiant dans lequel l'expérience humaine prend forme et signification. [...] La santé représente un des domaines les plus importants de la dépense publique, tandis que le secteur privé – des cliniques à l'industrie pharmaceutique et aux assurances vie – mobilise d'énormes capitaux et favorise les intrusions les plus diverses entre le monde des affaires et celui de la politique.*¹⁴¹

Quoi d'étonnant puisque chez Foucault il est difficile de penser distinctement la rationalité médicale qui a une longue histoire avec la rationalité politique. À cet égard, souligne Pierangelo Di Vittorio, « il vaut la peine de se rappeler qu'un dispositif technologique à caractère médico-politique est apparu et s'est développé au cœur de l'époque moderne »¹⁴². Le mérite de Foucault a justement été de consacrer de nombreuses analyses à cette thématique¹⁴³ en rappelant qu'entre le XVIII^e et le XIX^e siècle, la police médicale, l'hygiène publique et la médecine sociale ont joué un rôle central dans la mise au point d'une nouvelle façon de conduire les hommes, en construisant un pont entre la pastorale chrétienne et le

¹³⁹ *Ibid.*

¹⁴⁰ Pierangelo Di Vittorio est un philosophe italien dont l'axe de recherche touche pour une bonne partie, la réflexion critique sur les dispositifs de pouvoir liés aux sciences humaines, notamment aux savoirs médicaux et psychiatriques, l'analyse comparée des mouvements de transformation et des processus de réforme psychiatrique en France et en Italie, l'histoire de la psychiatrie. Il est auteur avec Mario Colucci de Franco Basaglia : « Portrait d'un psychiatre intempestif », Érès, 2005. Il a participé à la direction rédactionnelle du Lexique de biopolitique, « Les pouvoirs sur la vie », Érès, 2009. Il a aussi publié en italien : « Foucault et Basaglia, la rencontre entre généalogies et mouvements de base », Ombre corte éd., 1999 ; plus particulièrement de cet article sur « Le malaise de la médecine. La fonction thérapeutique entre soin et biopolitique », « Santé Conjuguée », n° 56/2011. <http://pdvittorio.wordpress.com>

¹⁴¹ Pierangelo Di Vittorio, « Le malaise de la médecine. La fonction thérapeutique entre soin et biopolitique », in *Philosophie de la santé*, Santé conjuguée – avril 2011 – n°56, p. 11.

¹⁴² *Ibid.*, p. 13.

¹⁴³ Cf. M. Colucci, entrée « Médicalisation » et P. Di Vittorio, entrée « Santé publique », in *Lexique de biopolitique. Les pouvoirs sur la vie*, traduit de l'italien par Pascale Janot, Érès, Toulouse 2009.

gouvernement politique des populations. De tels dispositifs - proprement biopolitiques dans la mesure où ils gèrent les phénomènes biologiques et pathologiques des populations - ont ainsi incarné le projet d'une « médicalisation de la santé », au point d'en faire une sorte de religion séculaire du monde moderne¹⁴⁴. De là, il faut dire que l'histoire de la médecine et de la santé publique¹⁴⁵ est indissociable des logiques de rationalité de type médico-politique et entretiennent des relations assez étroites avec le libéralisme qui est apparu par ailleurs et à juste titre comme cadre de développement de la biopolitique. C'est sans doute pourquoi selon Ramsey, « L'histoire de la médecine et de la santé publique ne peut donc être séparée de celle des mouvements anti-hygiénistes qui ont noué avec le libéralisme des rapports complexes et divers selon les contextes nationaux et régionaux »¹⁴⁶.

Il ne fait aucun doute que ce fut précisément en Angleterre que la médecine sociale reçut une impulsion décisive : en 1853, fut établie l'obligation de vaccination, les « poor laws » permirent la légalisation des dispositifs médico-hygiénistes¹⁴⁷, la législation sanitaire fut complétée grâce à l'institution des « Health Offices » - services publics chargés de faire appliquer les règlements de salubrité et de surveiller l'état de santé de la population - ensuite centralisés dans un « Central Board of Health »¹⁴⁸. Pierangelo Di Vittorio relève à cet effet que la médicalisation de la santé est donc un projet politique qui montre une tendance totalisante et se traduit dans une série de mesures et d'interventions à caractère manifestement coercitif : des quarantaines, des cordons sanitaires pour protéger les populations privilégiées, des politiques d'assistance destinées au contrôle médical des classes pauvres et laborieuses. On pourrait ainsi dire que l'exigence biopolitique de prendre soin de la santé du corps social est l'autoritarisme inhérent au processus de socialisation de la médecine. Cela ne fait pas de doute au regard des préceptes normatifs de la médecine sociale. En réalité, la médicalisation

¹⁴⁴Cf. A. F. La Berge, *Mission and Method. The Early Nineteenth-century French Public Health Movement*, Cambridge University Press, Cambridge 1992.

¹⁴⁵Chez Pierangelo Di Vittorio, on note une utilisation volontaire du terme « salute » (« santé »), plutôt que le terme « sanità » (« pratique, état sanitaire »), car il est plus générique. Comme les termes health ou santé, il peut se référer tant aux politiques qui affectent la santé, qu'à la santé elle-même en tant que donnée objective ou naturelle. De cette façon, le terme de santé est encore plus ambigu. Mais la tendance qui s'affirme, aujourd'hui, avec la crise du Welfare, est en soi tout aussi ambiguë : à l'irresponsabilité progressive de l'État en matière de soins de santé, correspond la responsabilisation croissante des citoyens envers leur santé. En d'autres termes, la santé publique tend à se confondre avec l'état de santé des individus vivants. Voir P. Di Vittorio, terme « santé publique », *Lexique de biopolitique*, op. cit.

¹⁴⁶Cf. M. Ramsey, « Mouvements anti-hygiénistes et libéralisme : vers une histoire comparée », in P. Bourdelais (dir.), *Les Hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Belin, Paris 2001.

¹⁴⁷Pierangelo Di Vittorio, « Le malaise de la médecine. La fonction thérapeutique entre soin et biopolitique » op.cit., p. 13.

¹⁴⁸Cf. M. Foucault, « La naissance de la médecine sociale », op.cit. ; M. Ramsey, « Mouvements anti-hygiénistes et libéralisme », cit. ; L. Berlivet, « Déchiffrer la maladie », in J.-P. Dozon, D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris, 2001.

de la société est solidaire d'un pouvoir de normalisation dans lequel s'applique la pesée médicale comme on peut le voir chez Foucault. Il s'agit notamment de la mise en place d'un appareil de médicalisation collective gérant les populations à travers l'institution de mécanismes d'administration médicale, de contrôle de santé, de la démographie, de l'hygiène ou de l'alimentation qui, selon J. Revel, permet d'appliquer à la société tout entière une distinction permanente entre le normal et le pathologique et d'imposer un système de normalisation des comportements et des exigences, du travail et des affects¹⁴⁹. Voici justement la définition que donne Foucault de la pensée médicale relativement à ce pouvoir de la norme :

*Par pensée médicale, j'entends une façon de percevoir les choses qui s'organisent autour de la norme, c'est-à-dire qui essaye de partager ce qui est normal de ce qui est anormal, ce qui n'est pas tout à fait justement le licite et l'illicite, la pensée médicale distingue le normal de l'anormal ; elle se donne, elle cherche aussi à se donner des moyens de correction qui ne sont pas exactement des moyens de punition, mais des moyens de transformation de l'individu, toute une technologie de comportement de l'être humain qui est liée à cela[...]*¹⁵⁰

En clair, l'histoire de la médecine et par ricochet de la santé publique est marquée par le développement de la thématique de la biopolitique qui correspond à une technologie de de contrôle et de régulation de la population. Ainsi donc, la médicalisation de la vie humaine est l'événement majeur de la biopolitique : « le corps est une réalité biopolitique ; la médecine est une stratégie biopolitique »¹⁵¹. La médicalisation de la société, explique Guillaume le Blanc, est la leçon ultime de l'extension du pouvoir médical. Pour lui, ce qui caractérise la médicalisation, c'est précisément la généralisation du risque médical dans les domaines non médicaux :

*La médicalisation de la société est alors obtenue dans une extension de l'autorité médicale, appelée à fonctionner non plus seulement comme autorité de savoir mais également comme autorité sociale, dans l'ensemble des décisions relatives à une ville, à un quartier, faisant ainsi entrer des domaines extérieurs à la médecine dans la médecine elle-même : l'air, l'eau, les constructions, les terrains, les égouts, l'alimentation, l'hygiène...*¹⁵²

¹⁴⁹ Judith Revel, *Le vocabulaire de Foucault*, Ellipses, collection dirigée par Jean-Pierre Zarader, Paris, 2009, p. 75.

¹⁵⁰ Michel Foucault, « Le pouvoir, une bête magnifique », *Quadernos para el dialogo*, n°238, novembre 1977, repris in *Dits et Écrits*, vol. 3, texte n°212.

¹⁵¹ Michel Foucault, « La naissance de la médecine sociale », *Dits et écrits*, op.cit., t. III, p. 210.

¹⁵² Guillaume le Blanc, *La pensée Foucault*, Ellipses, Paris, 2006, p. 154.

On peut s'apercevoir comment la médicalisation de la société correspond à un projet d'« étatisation du biologique »¹⁵³ qui suppose à son tour une « prise en compte de la vie par le pouvoir ». Ce pouvoir correspond une fois encore à la biopolitique : il s'agit des normes de régularisations biopolitiques qui sont produites par l'État. C'est la « bio-régulation par l'État »¹⁵⁴. Celle-ci consiste, par un certain nombre de fonctions qui lui sont propres – qui renvoient à un ministère de la santé ou de la famille –, par des institutions qui en dépendent indirectement – institutions médicales, caisses de secours, assurances –, à veiller à l'ensemble des phénomènes vitaux qui concernent une population, ceci sous la double forme d'un savoir des phénomènes vitaux qui affectent une population (enquêtes démographiques, observation régulière des types de maladies en fonction des types de populations, études des phénomènes de fécondité, de longévité, de mortalité) et d'un pouvoir d'intervention sur les phénomènes vitaux par de mesures incitatives (politique familiale, aide au troisième enfant) lorsque la proportion des naissances et des décès n'est pas plus correcte, correctives (mise en place d'une couverture maladie...), préventives (par exemple avec l'instauration de l'hygiène publique)¹⁵⁵. Avec l'établissement de ces nouveaux savoirs et de cette nouvelle technologie de contrôle, la politique prend une tournure médicale dont la finalité est la sécurité d'une population identifiée comme telle¹⁵⁶.

3.3. Vers une mutation de la médecine ?

L'histoire et le développement de la médecine sociale telle qu'on l'a vu avec Foucault et les autres historiens de la question laisse entrevoir une profonde mutation qui caractéristique de ce que Pierangelo Di Vittorio nomme de « malaise de la médecine »¹⁵⁷ en dénonçant l'arrogance de la médecine et la mise entre parenthèse du malade dans les dispositifs de santé publique aujourd'hui. À partir de l'exemple d'une série télévisée mettant en relief l'irruption du D^r House dans l'imaginaire médical, Pierangelo Di Vittorio pose un diagnostic sur le malaise de la fonction thérapeutique de la médecine à cheval entre les soins et les dispositifs biopolitiques. Plus explicitement, cette série télévisée met en lumière une manière d'être dans le monde dominée par la pensée néolibérale où le sujet tend à s'identifier

¹⁵³ Cours du 17 mars 1976, p. 213.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 223.

¹⁵⁵ Guillaume le Blanc, *La pensée Foucault*, Ellipses, Paris, 2006, p. 158.

¹⁵⁶ *Ibid.*

¹⁵⁷ Dans cet article, l'auteur, citant Canguilhem, déplore en effet que la figure du médecin « thérapeute à 360° » (le généraliste), capable d'accueillir la demande du patient singulier ait été supplantée par celle du spécialiste « ingénieur d'un organisme décomposé comme une machinerie » (Pierangelo Di Vittorio, *op.cit.*, p. 11.)

avec des fonctions de type bio-économique. En réaction contre cette image à la fois messianique et mécaniste de la santé, Pierangelo Di Vittorio actualise la réflexion critique sur le biopouvoir, les tendances liberticides et totalitaires de la médecine, sa culture de la performance. En réalité, la médecine sociale symbolise une mutation apparente d'une médecine formulée à la demande du patient à une médecine pour la santé qui est le propre de la santé publique ou de la biopolitique. Ceci explique pourquoi chez Foucault, les réformes sanitaires au milieu du XIX^e siècle résulte de deux déplacements illégitimes : d'une part il y a eu une substitution de la santé à la maladie ; et d'autre par une substitution d'une médecine coercitive à une médecine conçue comme réponse à la demande formulée par le patient. Ici, Emmanuel Renault¹⁵⁸ remarque, en prenant le soin de nuancer sa position, qu'en tant qu'approche sociologique de la norme de santé, la médecine sociale serait l'un des vecteurs principaux d'un mouvement de médicalisation sans limite du social. En tant que théorie médicale de la santé, et non plus de la maladie, elle serait l'indice du passage d'une société des lois à une société des normes. Même si Emmanuel Renault remet en question cette interprétation foucauldienne de la médecine sociale en raison de la définition normative qu'elle présuppose, il faut remarquer cependant que Foucault interprète le développement de l'hygiène publique et de la médecine sociale du point de vue de la santé publique du XX^e siècle comme celui d'une branche du savoir médical caractérisé par son approche préventive et sociologique de la santé, associée de surcroît à des techniques administratives. Même si là encore il faut préciser que ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle que cette conception de la santé publique a émergé et trouvé son institutionnalisation médicale et administrative¹⁵⁹.

Quoiqu'il en soit, il importe de signaler ici la mutation de la médecine qui s'étend hors de son champ traditionnel délimité par la demande du malade, sa douleur, ses symptômes, son malaise, ce qui favorise l'intervention médicale et circonscrit son champ d'activité déterminé par un ensemble d'objets dénommés maladies et qui confèrent un statut médical à la demande. C'est ainsi que se définit le domaine propre de la médecine. Il s'agit d'un « nouveau fonctionnement économique et politique de la médecine »¹⁶⁰ qui résulte de la médecine et de la santé publique impliquant son étatisation, sa socialisation dont le plan Beveridge donne une idée générale. Foucault va distinguer quatre grands processus qui caractérisent cette médecine : premièrement on a l'apparition d'une autorité médicale qui n'est pas simplement celle de

¹⁵⁸ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes* 2008/3, n°34.

¹⁵⁹ À ce propos, voir E. Fee, D. Porter, « Public Health, Preventive Medicine and Professionalisation : England and America in the 19th Century », in A. Wear, *Medicine in Society. Historical Essays*, Cambridge University Press, 1992. Voir aussi G. Rosen, *From Medical Police to Social Medicine*, Science History Publications, 1974.

¹⁶⁰ Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », *Dits et écrits*, Tome III, op.cit., p. 200.

l'autorité du savoir, de la personne érudite qui sait se référer aux bons auteurs. L'autorité médicale est une autorité sociale qui peut prendre des décisions concernant une ville, un quartier, une institution ou un règlement¹⁶¹. Deuxièmement on note l'apparition d'un champ d'intervention de la médecine distinct de la maladie : l'air, l'eau, les constructions, les terrains, les égouts, etc.¹⁶². Troisièmement, il y a l'introduction d'un appareil de médicalisation collective, à savoir l'hôpital¹⁶³. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant dans le cadre de l'analyse des politiques de l'espace qui correspondent à la mise en place des dispositifs de santé publique. Enfin, Foucault note l'introduction de mécanismes d'administration médicale : registre de données, établissement et comparaison de statistiques, etc.¹⁶⁴. Par conséquent, la médecine se consacre à d'autres domaines qui ne sont pas les maladies et qui ne sont donc pas régis par la demande du patient ; Foucault explique qu'il s'agit en fait d'un vieux phénomène qui fait partie des caractéristiques fondamentales de la médecine moderne relevant des champs d'application de la médecine sociale.

3.4. Santé publique : une nouvelle forme de management médico-politique

Nous avons vu que la rationalité médicale se confond à la rationalité politique dans le cadre de la thématique de la biopolitique qui correspond à une technologie de contrôle et de régulation de la population. Vue sous cet angle, la thématique de la biopolitique dont la médecine sociale est une forme d'expression – et qui est d'ailleurs connue sous sa modalité de la santé publique – suppose donc une nouvelle forme de management médico-politique qui est liée aux transformations économiques et géographiques qui ont conduit à la croissance et l'unification des villes au XVIII^e siècle avec le développement de la problématique de l'hygiène publique. Cela dit, cette nouvelle forme de management médico-politique semble se heurter à l'image habituelle du libéralisme : il s'agit d'une culture politique fondée sur les principes de l'État minimal, du sujet de droit et du respect des libertés individuelles. En réalité, explique P. Di Vittorio, le libéralisme est aussi la rationalité politique qui s'est posé la question de savoir comment gérer les phénomènes biologiques et pathologiques des populations. Autrement dit, le libéralisme est l'art de gouverner au sein duquel les problèmes comme la santé, l'hygiène, les épidémies et les endémies, la natalité, la longévité etc. ont

¹⁶¹ *Ibid.*, p. 201.

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ *Ibid.*

assumé pour la première fois l'aspect d'un véritable défi¹⁶⁵. Au nom de quoi et suivant quelles règles est-il possible d'affronter et de gérer de tels problèmes, sans contrevenir aux principes fondamentaux du libéralisme ? Comment garantir la sûreté du corps social, sans transgresser les limites du sujet de droit et des libertés individuelles¹⁶⁶? C'est précisément de ce défi que naît historiquement la biopolitique et en tant que réponse à un tel défi. On assiste donc à l'émergence d'une nouvelle forme de direction des hommes, d'un nouveau management de type médico-politique dont la tâche est de gérer de façon rationnelle et efficace les phénomènes biologiques et pathologiques des populations, sans sortir de l'orbite de la rationalité libérale¹⁶⁷.

Notons cependant qu'entre les principes de liberté et les exigences de sécurité il y a une tension constante, dans la mesure où il est difficile de maintenir un équilibre¹⁶⁸. Car, comme le souligne encore P. Di Vittorio, « la gouvernementalité libérale semble animée par la volonté prométhéenne de résoudre cette antinomie, mais la corde peut se rompre à tout moment, faisant réapparaître ses contradictions »¹⁶⁹. Aussi souligne-t-il en prenant quelques exemples qu'il n'est pas anodin que nombre d'analyses critiques à l'égard de la médecine continuent à provenir du monde anglo-saxon : le livre *The Nazis War on Cancer*, dans lequel l'historien américain de la science, Robert N. Proctor, analyse la découverte par les chercheurs allemands des effets cancérigènes de la fumée active et passive, et le rôle joué par la médecine dans la croisade antitabac du III^{ème} Reich¹⁷⁰. P. Di Vittorio relève qu'une telle campagne rentre dans le cadre d'une série de mesures sanitaires et écologiques qui, se trouvant cependant dans un rapport d'étrange familiarité avec les tristement célèbres politiques eugéniques, obligent à considérer avec un autre regard, plus problématique, le rapport entre science et nazisme. Mais, malgré les précautions de Proctor, son livre a servi à avaliser les positions des adversaires les plus radicaux et intransigeants de la santé publique¹⁷¹. Le deuxième exemple pris par P. Di Vittorio est celui de Jacob Sullum, porte-parole des libertariens rassemblés autour de la Reason Foundation, qui a publié en 1998 un

¹⁶⁵Pierangelo Di Vittorio, « Le malaise de la médecine. La fonction thérapeutique entre soin et biopolitique », in *Philosophie de la santé*, Santé conjugée – avril 2011– n°56, p. 13.

¹⁶⁶Cf. M. Foucault, *Sécurité, Territoire, Population*, Cours au Collège de France (1977-1978), Seuil 2004.

¹⁶⁷*Ibid.*

¹⁶⁸Cf. M. Foucault, *Biopolitica e liberalismo. Detti e scritti su potere ed etica* (1975-1984) (Biopolitique et libéralisme, Dits et écrits sur pouvoir et éthique), O. Marzocca (dir.), Medusa, Milano 2001.

¹⁶⁹Pierangelo Di Vittorio, « Le malaise de la médecine. La fonction thérapeutique entre soin et biopolitique », op.cit.

¹⁷⁰R. N. Proctor, *La guerre des nazis contre le cancer*, Belles Lettres, 2001.

¹⁷¹Pierangelo Di Vittorio, « Le malaise de la médecine. La fonction thérapeutique entre soin et biopolitique », op.cit.

livre à succès intitulé *For Your Own Good : The anti-Smoking Crusade and the Tyranny of Public Health* dans lequel on soutient qu'est « totalitaire » une gouvernance dotée des pleins pouvoirs pour maximiser la santé des citoyens. Ainsi, nombre d'auteurs, sans aller jusqu'à évoquer le spectre d'un « fascisme de la santé », stigmatisent sans nuances les tendances liberticides de la médecine¹⁷².

Ces quelques textes permettent de mettre en lumière les critiques et les positions liées au traitement de la thématique de la médecine moderne et en l'occurrence la santé publique sous sa forme historique de la biopolitique à partir de Michel Foucault. On peut ainsi s'apercevoir comment la santé publique en tant que nouvelle forme de management politique donne lieu à des ramifications et à des interprétations diverses parfois radicales. Ce qui n'est pas fortuit puisque le processus de médicalisation sans « limite » de la société s'assimile d'abord à une technique de contrôle accru de la population qui sous-tend le maintien d'un certain ordre social dont la psychiatrie joue un rôle déterminant: « Le rôle majeur de défense de l'ordre social joué par la psychiatrie est révélé à l'occasion d'une analyse qui porte sur ses conditions de possibilités »¹⁷³. C'est dire que la psychiatrie n'est pas une pratique unitaire, restée inchangée dans l'histoire qui est la sienne. Pour Foucault, il importe de prendre acte de la rupture qui s'est opérée entre la médecine des aliénistes de Pinel et d'Esquirol et la nouvelle psychiatrie¹⁷⁴. Finalement, Guillaume le Blanc note qu'il y a une nouvelle organisation de la psychiatrie qui tient compte de la médicalisation de la psychiatrie qui possède une fonction sociale imminente de défense de l'ordre social¹⁷⁵. On parle alors de la demande administrative adressée à la psychiatrie¹⁷⁶. « Mais à partir du moment où la loi de 1838 entre en vigueur, vous voyez que la question posée au psychiatre sera celle-ci : Nous avons devant nous un individu qui est capable de perturber l'ordre ou de menacer la sureté publique »¹⁷⁷. Cette loi de 1838 qui fixe le placement d'office d'un aliéné dans un hôpital psychiatrique sur demande de l'administration, achève de constituer la psychiatrie comme

¹⁷²Cf. I. Heath, *Modi di morire*, Bollati Boringhieri, Torino 2008 (I. Heath, *Matters of Life and Death : Key Writings*, Radcliffe, Oxford 2007). L'auteure cite quelques textes au titre éloquent comme *The Tyranny of Health : Doctors and the Regulation of Lifestyle*, ou alors *The Arrogance of Preventive Medicine*.

¹⁷³ Guillaume le Blanc souligne à ce niveau qu'il s'agit pour Foucault de reprendre le geste kantien des conditions d'une connaissance mais de le déplacer du côté des apparitions historiques de cette connaissance. Sur le kantisme de Foucault, voir John Rajchman, *Michel Foucault la liberté de savoir*, Paris, PUF, pp. 124-130 ; Guillaume le Blanc, « Le conflit des modernités », *Magazine littéraire*, avril 1993, pp. 56-60 ; Beatrice Han, *L'ontologie manquée de Michel Foucault*, Grenoble, Million, 1998, pp. 38-49.

¹⁷⁴ Michel Foucault, *Les anormaux*, Cours au collège de France 1974-1975, Paris, Gallimard/Le seuil, 1999, 19 mars 1975.

¹⁷⁵ Guillaume le Blanc, *La pensée Foucault*, Ellipses, Paris, 2006, p. 92.

¹⁷⁶ Cours du 12 février 1975, p. 129.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 131.

discipline médicale puisque les hôpitaux psychiatriques sont ouvertement pensés à partir de leur capacité à guérir un certain type de malade. Guillaume le Blanc va donc conclure en affirmant que « la psychiatisation du social comme élément de défense de l'ordre social est l'indice d'un remaniement en profondeur du social par le normal »¹⁷⁸. C'est pourquoi dans ses Cours du 14 janvier 1976, Foucault caractérise les sociétés modernes comme des sociétés de normalisation¹⁷⁹. Ces sociétés de normalisation sont des sociétés qui, à côté du cadre juridique et étatique qui les définit, tirent leur fonctionnement réel d'un certain nombre de disciplines qui rendent possible la cohésion du corps social¹⁸⁰.

3.5. La mise en place de la « noso-politique » : nature et fonction

Dans son article sur « La politique de la santé au XVIII^e siècle » Foucault analyse l'histoire de la santé publique en se référant notamment au texte de G. Rosen intitulé *A History of Public Health* publié en 1958. Ce texte lui permet d'analyser de manière plus précise la mise en place progressive de la grande médecine du XIX^e siècle qui, selon lui, ne peut pas être dissociée de l'organisation d'une politique de la santé et d'une prise en considération des maladies comme problème politique et économique, qui se pose aux collectivités et qu'elles doivent essayer de résoudre au niveau de leurs décisions d'ensemble. C'est précisément à ce niveau qu'il fait intervenir la problématique de la noso-politique qui englobe et enveloppe la mise en place de cette grande médecine qui est branchée à une forme de management médico-politique relevant d'« une stratégie globale » : « Il n'y a sans doute pas de société qui ne mette en œuvre une certaine « noso-politique. »¹⁸¹ Qu'est-ce donc à dire ? En réalité, chez Foucault, la problématisation de la noso-politique telle qu'elle se pose au XVIII^e siècle ne traduit l'émergence, en des points multiples du corps social, de la santé et de la maladie comme problèmes qui demandent d'une manière ou d'une autre une prise en charge collective. « La noso-politique, plus que le résultat d'une initiative verticale, apparaît au XVIII^e siècle comme un problème à origines et à directions multiples : la santé de tous comme urgence pour tous ; l'état de

¹⁷⁸Guillaume le Blanc, *La pensée Foucault*, Ellipses, Paris, 2006, p. 94.

¹⁷⁹ Michel Foucault, « Il faut défendre la société », op.cit., p. 35. Se reporter également à la généalogie du pouvoir de discipline opérée en 1973, *Le pouvoir psychiatrique*, op.cit., Cours du 21 novembre 1973, p. 41 et suivantes.

¹⁸⁰*Ibid.*, p. 33.

¹⁸¹Michel Foucault, « La politique de la santé au XVIII^e siècle », *Les Machines à guérir, Aux origines de l'hôpital moderne ; dossiers et documents*, Paris, Institut de l'environnement, 1976, p. 13.

santé d'une population comme objectif général.»¹⁸² À partir de là, il apparaît clairement que la problématique de la noso-politique a été un préalable indispensable à la mise en place des dispositifs de santé publique actuels en ce qu'elle pose les grands enjeux d'une stratégie globale de l'organisation de la santé de la population en tant que priorité et objectif général des États modernes. On note à cet effet que le trait le plus marquant de cette « noso-politique » dont le souci traverse la société française - et européenne - au XVIII^e siècle est sans doute le déplacement des problèmes de santé par rapport aux techniques de l'assistance, car « jusqu'à la fin du XVII^e siècle, les prises en charge collectives de la maladie se faisaient à travers l'assistance aux pauvres »¹⁸³. La grande transformation du XVIII^e opérée par cette nouvelle politique de santé implique donc le démantèlement de l'assistance médicale prise en charge surtout par les fondations de charité (religieuses ou laïques), une assistance qui est surtout destinée aux pauvres. Or, de plus en plus d'économistes et d'administrateurs pensent qu'on y entretient des oisifs hors des circuits de production. À partir de là, on va donc poser un autre regard sur cette assistance¹⁸⁴.

Enfin, à travers cette problématique de la noso-politique, Foucault montre comment la connaissance d'une politique de santé qui se met en place au XVIII^e siècle en Europe (surtout France et Angleterre) est indispensable à la compréhension du fonctionnement moderne des hôpitaux qui deviennent selon son expression « des machines à guérir ». On pourrait ainsi dire qu'il s'agit d'un rapport historique du glissement vers une médecine plus contrôlée et plus performante, vers l'organisation médicale en liaison avec l'administration et l'économie. Foucault nous montre que ce qui sous-tend cette « noso-politique » réfléchie du XVIII^e siècle est beaucoup moins un souci de bien-être des populations qu'un contrôle de celles-ci en vue de l'ordre et de leur rentabilité économique. Ainsi, l'organisation de la santé pour la bonne santé des individus est entièrement liée à la fonction de l'organisation de l'enrichissement (de plus en plus importante pour le pouvoir confronté à une industrialisation – manufactures – montante). La santé devient un impératif du pouvoir politique qui l'imposera aussi comme devoir de chacun. Cette politique de santé va donc s'occuper de d'abord de l'enfance et la famille comme lieu de médicalisation, ensuite de l'hygiène et du

¹⁸² *Ibid.*, p. 14.

¹⁸³ Michel Foucault, « La politique de la santé au XVIII^e siècle », *Les Machines à guérir, Aux origines de l'hôpital moderne ; dossiers et documents*, Paris, Institut de l'environnement, 1976, p. 15.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 16.

fonctionnement de la médecine comme instance du contrôle social et enfin de la structure des hôpitaux (nous y reviendrons spécifiquement dans le chapitre suivant).

CHAPITRE IV

LA POLITIQUE DE L'ESPACE : LA SPATIALISATION COMME INSTRUMENT DE LA SANTE PUBLIQUE

Dans le précédent chapitre, nous avons vu les grandes transformations historiques de la médecine sociale qui ont abouti finalement à penser à une articulation entre ces transformations et les enjeux actuels de la santé publique. Mais il y a eu aussi toute une problématique qui est née avec cette transformation de la médecine sociale et qui nous semble particulièrement intéressante d'aborder ici, dans la mesure où elle s'insère dans le cadre des dispositifs des politiques de santé publique aujourd'hui : il s'agit ainsi de la politique des espaces. Il ne fait aucun doute qu'il y a eu toute une politique de l'espace qui a surgi avec le phénomène historique de la médicalisation et qui avait permis d'éradiquer certaines épidémies, et de juguler les pestes qui sévissaient. D'une certaine manière, Foucault pourrait apparaître comme un « penseur de l'espace » comme le souligne déjà François Boullant¹⁸⁵, car il établit tout un continuum entre l'histoire de l'espace et l'histoire du pouvoir :

Il y aurait à écrire toute une histoire des espaces qui serait en même temps une histoire des pouvoirs - depuis les grandes stratégies de la géopolitique jusqu'aux petites tactiques de l'habitat, de l'architecture institutionnelle, de la salle de classe ou de l'organisation hospitalière, en passant par les implantations économique-politiques. Il est surprenant de voir combien le problème des espaces a mis longtemps à apparaître comme problème historico-politique.¹⁸⁶

Ce chapitre entend brancher cette problématique de la spatialisation à l'émergence des politiques de santé publique à partir du développement de la médecine sociale. Il s'agira notamment de montrer que la problématique de la santé publique telle qu'elle se pose aujourd'hui s'appuie sur ce phénomène de spatialisation qui part de l'institution hospitalière à l'environnement quotidien de vie de populations telles que les milieux urbains. On verra ainsi que qu'en tant que stratégie biopolitique, la médecine sociale s'arc-boute sur les espaces comme champ d'application et comme mise en forme.

¹⁸⁵François Boullant, « Michel Foucault, Penseur de l'espace », Titre du Séminaire développé par François Boullant dans le cadre des travaux du Laboratoire « Savoirs, Textes, Langage » du 15 janvier 2003, Université de Lille 3 : <http://stl.recherche.univ-lille3.fr/seminaires/philosophie/macherey/Macherey20022003/Boullant.html>

¹⁸⁶ Michel Foucault, « L'œil du pouvoir », entretien avec J.-P. Barou et M. Perrot, in Bentham (J.), *Le Panoptique*, Paris, Belfond, 1977, p. 11 : Texte n°195 contenu dans *Dits et écrits*, Tome III.

4.1. Les institutions disciplinaires comme espaces de médicalisation

En tant qu'approche de la santé publique, la médicalisation s'est appuyée sur les grandes stratégies de quadrillage spatial mises en place au XVII^e siècle pour juguler la peste. Foucault soutient ce point de vue notamment au début du chapitre sur le « panoptisme » dans son ouvrage intitulé *Surveiller et Punir* :

*Cet espace clos, découpé, surveillé en tous ses points, où les moindres mouvements sont contrôlés, où tous les événements sont enregistrés, où un travail ininterrompu d'écriture relie le centre et la périphérie, où le pouvoir s'exerce sans partage, selon une figure hiérarchique continue, où chaque individu est constamment repéré, examiné et distribué entre les vivants, les malades et les morts - tout cela constitue un modèle compact du dispositif disciplinaire.*¹⁸⁷

Ainsi, la peste et les autres formes d'épidémies qui sont apparues à cette époque ont constitué non seulement un problème public, mais aussi un désordre qu'il faut combattre et éradiquer par l'ordre disciplinaire¹⁸⁸. Foucault montre notamment que les institutions disciplinaires s'inscrivent dans le vaste réseau de la médicalisation et plus spécifiquement de l'hôpital moderne en tant que dispositifs de santé publique. C'est ainsi qu'il va montrer l'enjeu de la spatialisation de l'hôpital moderne en soulignant que « l'architecture hospitalière doit être le facteur et l'instrument de la cure hospitalière »¹⁸⁹. En effet, à l'origine de l'hôpital moderne, explique Boullant, deux causes vont se combiner, tout en étant parfaitement hétérogènes l'une à l'autre. Ce sont, d'une part, cet événement épistémique que constitue la transformation du savoir médical et, d'autre part, cet événement qui va consister en l'aménagement du vieil hospice médiéval, refuge et lieu d'accueil plus que de traitement, en un lieu thérapeutique. Or dans cette transformation, le vecteur opérant va être l'hôpital militaire. L'hôpital civil va en effet s'inspirer de l'aménagement de l'hôpital militaire¹⁹⁰. Foucault souligne à cet effet que

¹⁸⁷ Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Bibliothèque des Histoires, Gallimard, 1975.

¹⁸⁸ Les « disciplines » désignent chez Foucault une modalité d'application du pouvoir qui apparaît entre la fin du XVIII^e siècle et le début du XIX^e siècle. Le « régime disciplinaire » se caractérise par un certain nombre de techniques de coercition qui s'exercent selon un quadrillage systématique du temps, de l'espace et du mouvement des individus, et investissent particulièrement les attitudes, les gestes, les corps : il s'agit des « techniques de l'individualisation du pouvoir. Comment surveiller quelqu'un, comment contrôler sa conduite, son comportement ses aptitudes, comment intensifier sa performance, multiplier ses capacités, comment le mettre à la place où il sera plus utile : voilà ce qu'est, à mon sens, la discipline » (Michel Foucault, « Les mailles du pouvoir », Conférence tenue à l'Université de Bahia, 1976, *Barbarie*, n°4 et n°5, 1981, repris in Michel Foucault, *Dits et Écrits*, op.cit., vol. IV, texte n°297.

¹⁸⁹ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », 1978.

¹⁹⁰ François Boullant, « Michel Foucault, Penseur de l'espace », Titre du Séminaire développé par François Boullant dans le cadre des travaux du Laboratoire « Savoirs, Textes, Langage » du 15 janvier 2003, Université de Lille 3 : <http://stl.recherche.univ-lille3.fr/seminaires/philosophie/macherey/Macherey20022003/Boullant.html>

« l'introduction de mécanismes disciplinaires dans l'espace désordonné de l'hôpital allait permettre sa médicalisation. »¹⁹¹.

Pour Foucault, « la discipline procède d'abord à la répartition dans l'espace ». À cet effet, l'espace fixe, arraisonne, assujettit des corps :

*À l'époque actuelle, toutes ces institutions - usine, école, hôpital psychiatrique, hôpital, prison - ont pour finalité non pas d'exclure mais au contraire de fixer les individus. L'usine n'exclut pas les individus, même en les enfermant ; elle les fixe à un appareil de normalisation des individus. Il en va de même de la maison de correction ou de la prison. Même si les effets de ces institutions sont l'exclusion de l'individu, elles ont comme finalité première de fixer les individus dans un appareil de normalisation des hommes. L'usine, l'école, la prison ou les hôpitaux ont pour objectif de lier l'individu à un processus de production, de formation ou de correction des producteurs.*¹⁹²

Comme nous l'avons souligné plus haut, on s'aperçoit que l'enjeu de cette spatialisation est donc à la fois de réfléchir sur l'implantation de l'hôpital dans le tissu urbain et, plus largement, un aménagement des espaces intérieurs qui va individualiser le malade en l'isolant et qui prendra en compte les circulations de l'air, le traitement du linge et du mobilier, etc. On voit ainsi que le pouvoir du médecin ou du psychiatre dans l'hôpital psychiatrique, la gestion et la circulation de l'information dans l'hôpital peuvent ainsi apparaître comme des conséquences des dispositions proprement spatiales. L'introduction de la discipline à l'hôpital implique plusieurs choses, au premier rang desquels on a une nouvelle répartition spatiale des individus : on place les individus dans un souci d'optimisation de leur efficacité (comme c'est notamment le cas à l'école et à l'armée) : « La discipline est avant tout une analyse de l'espace : C'est l'individualisation par l'espace »¹⁹³. On assiste en outre au développement d'un art du corps humain, c'est-à-dire déterminer les mouvements les plus efficaces à allouer à telle ou telle tâche. On note également une surveillance continue des individus (comme nous l'avons vu à propos des problèmes architecturaux lors de la réforme hospitalière d'après l'incendie de l'Hôtel Dieu et comme nous le verrons aussi à propos du pouvoir psychiatrique). Il y a enfin un rapport constant sur l'individu, par divers moyens (annotations, écriture...) : « Aucun détail n'échappe au sommet de la hiérarchie »¹⁹⁴.

¹⁹¹ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », op.cit.

¹⁹² Michel Foucault, « La vérité et les formes juridiques », Conférences à l'Université pontificale catholique de Rio de Janeiro, du 21 au 25 mai 1973, p. 94 ; repris dans *Dits et Écrits*, tome II, texte n°139.

¹⁹³ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne » in *Dits et Écrits* Vol III, Gallimard, Paris, 1994, p. 516.

¹⁹⁴ *Ibid.*

Finalement, la discipline représente pour Foucault un « ensemble des techniques en vertu desquelles les systèmes de pouvoir ont pour objectif et résultat la singularisation des individus »¹⁹⁵. Introduite dans le domaine hospitalier, la discipline va ainsi permettre la médicalisation de ce dernier. Toutefois, il faut remarquer que la discipline s'accompagne d'un autre facteur, à savoir la transformation du savoir médical qui va de plus en plus s'orienter vers une étude sur le milieu et de son interaction avec l'individu. C'est ainsi l'action conjuguée de ces deux phénomènes qui va donner naissance à « l'hôpital médical »¹⁹⁶.

4.2. L'hôpital moderne, maillon essentiel de la médecine sociale : problème et enjeux

Indéniablement, l'avènement de l'hôpital moderne s'inscrit dans un mouvement de médicalisation impliquant une volonté de contrôle social. Pourtant, ce mouvement lié à l'avènement de la structure hospitalière comme faisant partie d'une technique de contrôle social est marqué par de profondes mutations partant de la *Naissance de la clinique* aux *Machines à guérir* dans la perspective d'analyse de Foucault. En effet, l'idée de l'hôpital naît au XVIII^e siècle, autour de 1760 et suit de près une volonté de contrôle social qui prend la forme d'une médicalisation. Il s'agit dès le départ de contrôler la propagation des maladies imputées à la pauvreté. Foucault relève à cet effet que :

*Jusqu'au XVIII^e siècle, le personnage idéal de l'hôpital n'était donc pas le malade, celui qu'il fallait soigner, mais le pauvre, qui était déjà moribond. Il s'agit d'une personne qui nécessite une assistance matérielle et spirituelle, qui a besoin de recevoir les ultimes secours et les derniers sacrements. C'était la fonction essentielle de l'hôpital.*¹⁹⁷

Ainsi donc, l'hôpital affirme la volonté des pouvoirs politiques et biomédicaux de juguler le « désordre » comme on l'a souligné précédemment. Il s'inscrit dans un processus de médicalisation, entendue ici comme une volonté disciplinaire. La « discipline » et l'hôpital sont ainsi liés par une relation essentielle. Cette « discipline » hospitalière représente « le pouvoir de l'individualisation dont l'instrument fondamental réside dans l'examen. L'examen, c'est la surveillance permanente, classificatrice, qui permet de répartir les individus, de les juger de les évaluer, de les localiser et, ainsi, de les utiliser au maximum. »¹⁹⁸. À partir de là, l'hôpital va apparaître comme le maillon essentiel de la médecine sociale comme l'a décrite Foucault. Dans *Naissance de la clinique*, l'hôpital apparaît clairement comme un lieu de

¹⁹⁵ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne » in *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, Paris, 1994, p. 517.

¹⁹⁶ *Ibid.*

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 511.

¹⁹⁸ *Ibid.*

savoir, même si dans les *Machines à guérir*, Foucault montre une autre émergence de la médecine moderne qui implique remise en cause des structures hospitalières¹⁹⁹.

À la fin du XVIII^e siècle, l'hôpital va entamer sa mutation et s'impliquer dans l'espace urbain. Ainsi, on voit apparaître de nombreux projets architecturaux, qui devaient faire de l'hôpital un « élément fondamental », une machine à guérir, c'est-à-dire allant vers la rentabilité de l'opération thérapeutique au détriment de l'assistance. Le traitement de la maladie devient un choix politique, l'hôpital un instrument de guérison, au profit d'une technique générale de santé. On va parler, à propos de l'hôpital, d'un équipement de santé. Ces réformes²⁰⁰ des hôpitaux à la fin du XVIII^e siècle viennent en grande partie de cette nouvelle vision de l'aide thérapeutique, la prise en compte de nouveaux facteurs comme la quantification des besoins médicaux ou l'apparition de la population comme nouveau lieu de savoir médical. L'hôpital devient ainsi l'affaire de l'État, son espace une préoccupation nationale et la « nouvelle distribution des chances de guérison » : l'hôpital devient un équipement, un instrument de guérison de service public, puisque nous passons à cette même époque, d'une médecine individualisée et essentiellement privée à une médecine collective et publique. On assiste ainsi à une réorganisation du domaine hospitalier, au bouleversement de l'enseignement médical, à de nouvelles théories et pratiques scientifiques et à la montée des préoccupations sociales et économiques, à la redéfinition du statut social du patient, soit à de nouveaux rapports entre la santé et le savoir : tout concourt donc à une révolution, une rupture qui se prépare : « d'un seul mouvement, médecins et hommes d'État réclament en un vocabulaire différent [...] la suppression de tout ce qui peut faire obstacle à la constitution de ce nouvel espace »²⁰¹.

¹⁹⁹ Notons ici que l'hôpital du XVIII^e siècle apparaît comme dépassé, obsolète, à la limite de l'inutilité. Il est considéré non comme une structure qui enrayerait le mal, mais comme continuant à le propager à l'intérieur comme à l'extérieur de lui, un « foyer de mort » peu en adéquation avec la médicalisation de la population à cette époque. On songe à le remplacer par la médecine à domicile, qui coûterait moins cher, les dispensaires ou la famille elle-même, qui serait capable d'offrir des soins de nature plus personnalisée. De nombreux projets visant à étendre la distribution de la médecine de cette manière furent élaborés, dans un mouvement généralisé de « déshospitalisation ».

²⁰⁰ Dans *Les machines à guérir*, Foucault indique que cette réforme va d'abord être architecturale, « physique » nous dit Foucault. L'incendie de l'Hôtel Dieu en 1772 n'aurait pu être qu'un accident parmi d'autres, les incendies et autres accidents de ce type étant légion à cette époque, mais il fut à la base d'une totale redéfinition de l'architecture hospitalière traditionnelle. Ainsi, de 1772 à 1788 on proposa plus de deux cents plans de réforme : Fallait-il reconstruire l'Hôtel Dieu tel qu'il était ou innover totalement ? En 1788, on proposa la construction de quatre hôpitaux à sa place. Mais le projet échoua finalement (Michel Foucault, *Les Machines à guérir*, Mardaga, Bruxelles, 1979, p.17.).

²⁰¹ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963, pp. 37-38.

Plusieurs traits communs de spatialisation caractérisent ces projets : d'une part la création d'entités médicales spécialisées par type de maladie (les hôpitaux spécialisés) et par individu malade (lits individuels, ce qui ne va pas de soi à cette époque) : on adapte les espaces aux malades. D'autre part, l'émergence des structures dites pavillonnaires, c'est-à-dire la séparation à l'intérieur même du bâtiment hospitalier en unités indépendantes. Ainsi, deux typologies architecturales dominent l'ensemble de ces propositions : le modèle pavillonnaire (c'est-à-dire l'idée d'un morcellement de la structure hospitalière) et le modèle panoptique pour donner la facilité de tout voir d'un seul point et d'arriver à tout dans le moindre espace de temps possible »²⁰². Le modèle panoptique semblait ainsi offrir le meilleur moyen de contrôle possible par l'unité et la liaison entre les structures intra-hospitalières, ce que le modèle pavillonnaire semblait moins apte à offrir. C'est finalement le projet du médecin Jacques Tenon qui sera retenu, un modèle inspiré de l'infirmerie royale Stone house à Plymouth, une architecture dite « ventilée » où semble absente toute volonté de contrôle direct, tant il semble morcelé. À partir de 1788, l'affaire est entendue : la distribution architecturale qu'adoptera le XIX^e siècle sera celle de longs pavillons parallèles agencés symétriquement.

4.3. Caractéristiques de la structure hospitalière

La première caractéristique importante de cet hôpital qui a enfin pris sa valeur médicale est l'importance accordée à la question de l'espace, et ce à deux niveaux : il s'agit du savoir, dans un premier temps, où situer l'hôpital ; décision qui sera prise au final en fonction de la manière dont va s'organiser l'espace urbain. Dans un deuxième temps, il faut construire un milieu adéquat autour du malade, un « petit espace individuel, spécifique, modifiable selon le patient, la maladie et son évolution »²⁰³, ajouté à la possibilité de modifier le milieu ambiant (actions sur la température, le taux d'humidité par exemple). Seconde caractéristique, le changement dans la gestion et l'organisation administrative de l'hôpital : avant, le pouvoir était détenu, principalement, par le pouvoir religieux. Le médecin n'était réellement appelé qu'en cas d'urgence et dépendait administrativement du personnel religieux, véritable gestionnaire de l'hôpital. Au moment où l'on réorganise l'espace hospitalier, c'est le médecin qui en devient le principal responsable. Sa présence à l'hôpital devient de plus en plus importante : « la présence du médecin dans l'hôpital se réaffirme et s'intensifie » note

²⁰² Michel Foucault, *Les Machines à guérir*, Mardaga, Bruxelles, 1979, p. 48.

²⁰³ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne » in *Dits et Écrits*, vol III, Gallimard, Paris, 1994, p. 518.

Foucault.²⁰⁴ Dernière caractéristique et non des moindres car c'est elle que l'on va retrouver ultérieurement, plus spécifiquement lorsque Foucault s'interrogera sur cette discipline particulière qu'est la psychiatrie et la manière dont elle s'exerce, le système de contrôle et de surveillance permanent, à tous les niveaux de l'organisation hospitalière, notamment par la constitution d'archives documentaires qui aboutiront à la formation d'une toute nouvelle forme de savoir médical. L'hôpital apparaît ainsi comme « un lieu de transmission du savoir »²⁰⁵ et l'individu comme « un objet du savoir et de la pratique médicale »²⁰⁶. Aussi grâce à l'hôpital et à tous ces contrôles sociaux, la médecine a pu prendre son essor et la médecine clinique acquit des dimensions totalement nouvelles. À mesure que la médecine s'est convertie en une pratique sociale au lieu d'une pratique individuelle s'ouvrirent alors les possibilités de l'anatomie pathologique, de la grande médecine hospitalière et des progrès que symbolisent les noms de Bichat, Laënnec, Bayle, etc.

4.4. L'élargissement de la structure hospitalière : l'hygiénisme et l'investissement médical de l'espace social

La médicalisation de la société a permis à Foucault de compléter une « *histoire de l'espace* » esquissée à grands traits, en 1967 dans le texte sur les hétérotopies. Les hôpitaux, qui à partir du XVIII^e siècle remplacent les hospices, sont conçus et gérés comme des *machines à guérir* où les maladies, adéquatement cataloguées, sont analysées et surveillées. De cette façon, le traitement hospitalier des maladies contribue à « désindividualiser » les maladies elles-mêmes²⁰⁷. La nouvelle architecture de l'espace thérapeutique s'inscrit dans un programme plus général de gestion du corps social, dans lequel s'insèrent des politiques d'assistance et des mesures sécuritaires. Aussi, comme nous l'avons souligné précédemment, la mise entre parenthèse du malade n'a jamais été entièrement « désintéressée » :

*L'élimination progressive, dans la connaissance des maladies, de la référence aux situations vécues des malades n'est pas que le fruit de la colonisation de la médecine par les sciences fondamentales et appliquées, entamée au début du XIX^{ème} siècle, mais est aussi le fruit de l'attention intéressée, en tous sens, que, plus ou moins à la même période, les sociétés de type industriel commencent à consacrer à la santé des populations ouvrières.*²⁰⁸

²⁰⁴ *Ibid.* 519.

²⁰⁵ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », op.cit., p. 521.

²⁰⁶ *Ibid.*

²⁰⁷ Georges Canguilhem, « Les maladies », in *Écrits sur la médecine*, Ed. du Seuil, Coll. « Champ freudien », 2002, p. 17.

²⁰⁸ *Ibid.*, pp. 16-17.

Ainsi, avec le mouvement hygiéniste, la volonté de santé appelle une volonté d'organiser la société impliquant la médicalisation de l'espace social tout entier où « la ville avec ses principales variables spatiales apparaît comme un lieu à médicaliser. »²⁰⁹ La politique de la santé vise cette fois des populations tout entières et donne lieu à des projets concertés d'urbanisme :

*L'emplacement des différents quartiers, leur humidité, leur exposition, l'aération de la ville tout entière, son système d'égouts et d'évacuation des eaux usées, l'emplacement des cimetières et des abattoirs, la densité de la population, tout cela constitue des facteurs jouant un rôle décisif sur la mortalité et la morbidité des habitants.*²¹⁰

Une fois de plus, cela implique des interventions autoritaires et des prises de contrôle de la part du pouvoir : Tout d'abord sur l'espace urbain : la ville est un lieu pathogène pour le développement des épidémies. Il faut donc faire des travaux d'aménagement pour la propreté et des constructions « encadrant » les plus pauvres, populations à risques (mendiants, vagabonds, enfants des rues). Dans ces villes, contrôler les lieux, foyers privilégiés des maladies : prisons, ports et bateaux, hospices qui, jusqu'ici, abritent des vrais malades comme des « inactifs ». Ces contrôles intensifient le Pouvoir mais aussi le pouvoir médical qui va prendre de plus en plus de place dans les structures administratives, dans cette grande machinerie du pouvoir. Mais le socle de ces nouvelles implantations ou « fixations », c'est l'espace social tout entier : un espace qui, lui aussi, dans le même temps, se stabilise :

*Mais l'espace social a commencé à se stabiliser dans les sociétés occidentales à partir du XVI^e ou du XVII^e siècle avec des organisations urbaines, des régimes de propriétés, des surveillances, des réseaux routiers... Ç'a été le moment où on a arrêté les vagabonds, enfermé les pauvres, empêché la mendicité, et le monde s'est figé. Mais il n'a pu se figer qu'à la condition qu'on institutionnalise des espaces de types différents pour les malades, pour les fous, pour les pauvres, qu'on distingue des quartiers riches et des quartiers pauvres, des quartiers malsains et des quartiers confortables... Cette différenciation d'espaces fait partie de notre histoire et en est certainement l'un des éléments communs.*²¹¹

C'est pourquoi, dans « L'œil du pouvoir » Foucault souligne le rôle de cette architecture qui, *in fine*, est étroitement liée avec les questions sur la santé, population, urbanisme : « l'architecture commence à avoir partie liée avec les problèmes de la population, de la santé, de l'urbanisme. L'architecture s'est longtemps développée autour de ces exigences [...] : il

²⁰⁹ Michel Foucault, « La politique de la santé au XVIII^e siècle », in *Dits et écrits*, n° 257, 1979, p. 22.

²¹⁰ *Ibid.*

²¹¹ Michel Foucault, « La scène de la philosophie » in *Dits et Écrits*, tome III, texte n°234, p. 321.

s'agit de se servir de l'aménagement de l'espace à des fins économique-politiques. »²¹² Aussi ajoute-t-il dans l'« Espace, savoir et pouvoir » qu'« à partir du XVIII^e siècle, tout traité qui envisage la politique comme l'art de gouverner les hommes comporte nécessairement un ou plusieurs chapitres sur l'urbanisme, les équipements collectifs, l'hygiène et l'architecture privée. »²¹³

Par ailleurs, il faut tout aussi souligner le rôle déterminant des médecins dans cette spatialisation avec le mouvement de l'hygiénisme. Car, comme le remarque à juste titre Di Vittorio, pour comprendre l'émergence historique de la biopolitique il est fondamental de garder à l'esprit que les médecins, dans le cours du XVIII^e siècle, se sont « professionnalisés » dans le domaine d'une politique de santé publique. C'est-à-dire dans un contexte dans lequel ils étaient appelés en cause, non tant comme thérapeutes, mais plutôt comme hygiénistes. L'exigence de contrôler et d'améliorer l'état de santé de la population justifie et enjoint une série d'interventions positives de la médecine au niveau social et urbain : interventions autoritaires sur ce qu'on considère comme les principaux foyers de maladie (les prisons, les zones portuaires, les hôpitaux) et qui requièrent d'urgentes mesures de médicalisation ; des interventions pédagogiques visant à instruire la population sur les règles fondamentales de l'hygiène ; des interventions scientifiques pour étudier l'état de santé de la population. Par ce biais, les médecins commencent à s'implanter dans les principales instances de gouvernement, en menant des enquêtes pour le compte des administrations et en assumant en personne des fonctions à caractère administratif²¹⁴. C'est, donc, à travers le relais de l'hygiène que se réalise l'interpénétration entre médecine et politique, dont l'effet est que les médecins commencent à bénéficier d'un certain « surplus » de pouvoir :

*Le médecin devient le grand conseiller et le grand expert, sinon dans l'art de gouverner, du moins dans celui d'observer, de corriger et d'améliorer le "corps" social et de le maintenir dans un état de santé permanent. Et c'est plus sa fonction d'hygiéniste que son prestige de thérapeute qui lui assure cette position politiquement privilégiée au XVIII^e et au début du XIX^e siècle.*²¹⁵

²¹² Michel Foucault « L'œil du pouvoir », op.cit., p. 23.

²¹³ Michel Foucault, « Espace, savoir et pouvoir », entretien avec P. Rabinow ; trad. F. Durand-Bogaert, Skyline, mars 1982, p. 14. Texte repris dans *Dits et Écrits*, tome IV, texte n°310.

²¹⁴ Pierangelo Di Vittorio, « Le malaise de la médecine. La fonction thérapeutique entre soin et biopolitique », op.cit., p. 20.

²¹⁵ Michel Foucault, « La politique de la santé au XVIII^{ème} siècle », in Foucault M., Barret-Kriegel B., *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Pierre Mardaga, Bruxelles-Liège 1979, pp. 196-197.

Ceci explique pourquoi Foucault fait du médecin un spécialiste de l'espace : « ils ont été, avec les militaires, les premiers gestionnaires de l'espace collectif. »²¹⁶. Les médecins sont les premiers à poser en effet le problème des emplacements, des coexistences, des résidences et des déplacements. Néanmoins, il convient de souligner qu'il s'agit d'un pouvoir littéralement « exorbitant ». D'un côté parce qu'il excède les limites de la relation thérapeutique ; de l'autre parce qu'il ouvre un espace supplémentaire - celui de la rationalité médico-politique que nous évoquions plus haut avec ses dispositifs spécifiques et ses objets d'intervention - qui excède les limites de la loi en posant les bases d'une société de normalisation ou de sécurité²¹⁷.

4.5. L'institution psychiatrique comme relais des dispositifs sécuritaires

Le tournant du XIX^e siècle a vu se développer une étude de la folie en tant que objet médical et notamment avec la naissance de l'asile. Pour Foucault, « enfermer les fous c'est essentiellement prémunir la société contre le péril qu'ils représentent »²¹⁸. On présente à cet effet cet internement comme technique de désaliénation : on va guérir le fou, lui redonner une vérité perdue, sa vraie nature. En tout cas c'est comme tel qu'est présenté l'asile. Ainsi va se réaliser une progressive médicalisation de l'espace d'internement, qui va devenir le véritable lieu d'affrontement entre la folie et l'objectivité positive du regard médical : « voilà la folie offerte aux regards »²¹⁹ constate Foucault. Cette médicalisation va ainsi permettre d'interpréter la folie comme maladie mentale. La folie va se retrouver à nouveau enfermée dans une définition univoque établie depuis le seul regard objectif du médecin : « l'internement a pris ses lettres de noblesse médicale, il est devenu lieu de la guérison »²²⁰. On voit donc comment l'asile et l'ensemble de la structure psychiatrique s'intègre nettement au vaste réseau de la médicalisation.

Pourtant, dans un article de 1977, « L'asile illimité », rapporté dans *Dits et Écrits*, Foucault s'élève contre une fausse histoire de la psychiatrie, qui serait née « au fond de quelque cage à fou ». Selon lui, la psychiatrie n'est pas née à l'asile mais est dès le départ au cœur d'un projet social global. La psychiatrie s'est ainsi intégrée à toute une stratégie de normalisation, d'assistance et de surveillance des délinquants, des pauvres et des ouvriers, comme Foucault le montre dans son *Histoire de la Folie*. La psychiatrie s'affirme ainsi

²¹⁶ Michel Foucault, « L'œil du pouvoir », op.cit.

²¹⁷ Cf. Michel Foucault, « Il faut défendre la société », Cours au Collège de France (1975-1976,) Gallimard, Paris, 1997) ; et Michel Foucault, *Sécurité, Territoire, Population*, Cours au Collège de France (1977-1978), Seuil 2004.

²¹⁸ Michel Foucault, *Histoire de la folie*, Gallimard, Paris, 1961, p. 541.

²¹⁹ *Ibid.*, p. 552.

²²⁰ *Ibid.*, p. 545.

comme la figure de proue d'une médecine qui allait de plus en plus clairement s'affirmer comme une technologie générale du corps social. Aussi pour Foucault, « le monde est en train d'évoluer vers un modèle hospitalier et le gouvernement acquiert une force thérapeutique »²²¹. Certes, il s'agit là d'un des effets pervers de la médicalisation à l'extrême : le pouvoir ne peut désormais exercer sa compétence que parce que la médecine psychiatrique possède en même temps un savoir²²². Robert Castel va d'ailleurs s'en faire l'écho en relevant que « nous sommes tous des psychiatrisables en puissance ». C'est d'après cet ensemble de constats que se pose le problème de la « dépsychiatriation ». Néanmoins, ce n'est pas un hasard que Foucault ait découvert la biopolitique durant les cours au Collège de France consacrés à l'analyse du pouvoir psychiatrique. En effet, il faut dire que la psychiatrie s'institutionnalise dans le cadre du nouveau droit bourgeois et libéral : la gestion des fous est complètement déléguée à l'autorité médicale qui assume en même temps la direction administrative des asiles. Ainsi, les aliénistes peuvent recevoir cet exorbitant mandat de pouvoir sur base du contrat thérapeutique qui les lie aux malades. En réalité, loin de les soigner, ils exercent sur eux un surplus de pouvoir de type « disciplinaire » comme nous l'avons indiqué plus haut. Mais, dans ce cas aussi, il est fondamental de comprendre que la psychiatrie s'est institutionnalisée, non tant comme une spécialité de la médecine, que comme une branche spécialisée de l'hygiène publique²²³. Les aliénistes furent parmi les principaux promoteurs de l'hygiénisme en France où, en 1829, ils fondèrent la première revue spécialisée de psychiatrie, au nom significatif d'Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Leur alliance avec les réformateurs philanthropes fut essentiellement un pacte de sécurité justifié en termes scientifico-thérapeutiques. D'un côté Esquirol posait avec force la théorie de l'isolement thérapeutique, en soutenant qu'« une maison d'aliénés est un instrument de guérison : entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales »²²⁴. De l'autre, le Ministre de l'intérieur donnait la justification suivante à la loi de 1838 sur les

²²¹ Michel Foucault, « Le monde est un grand asile » in *Dits et Écrits*, Quatro Gallimard, Paris, vol I et II, 1994, p.1301.

²²² Pour Foucault, « la thérapie médicale est une forme de répression »: le thérapeute a un pouvoir sur le patient dans le sens où il va décider de l'état mental de tel ou tel individu, de dire s'il est normal ou fou. Selon Foucault, la pratique actuelle de la psychiatrie, qui s'effectue à l'intérieur des cabinets spécialisés, voire même à l'hôpital, n'est pas bonne car on isole d'abord le malade du lieu duquel on le retire dans le but, ensuite, de le réadapter à ce milieu. Il y a donc là comme une contradiction : c'est plutôt le psychiatre lui-même qui devrait aller vers le malade, vers le lieu où il habite. Le psychologue lui aussi exerce une certaine forme de pouvoir car il influe sur les choix de vie d'un individu, ou sur plusieurs - dans le cas des thérapies de groupe par exemple.

²²³ Cf. M. Foucault, *Les Anormaux*, Cours au Collège de France (1974-1975), Gallimard, Paris, 1999.

²²⁴ J.-É. D. Esquirol (1805), *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Réédition (1980) par les soins de Marcel Gauchet & Gladys Swain, Paris, Librairie des Deux Mondes.

aliénés : « il s'agit de prévenir des accidents analogues à ceux que la police administrative embrasse dans sa sollicitude, en vue desquels elle a été instituée, tels que les inondations, les incendies, les fléaux de tout genre, les dangers qui menacent la salubrité publique ou même le repos des citoyens »²²⁵. La médecine mentale réussit, dès lors, à nouer le principe de l'assistance aux fous avec l'exigence de prévenir le danger qu'ils sont censés représenter pour la société.

À partir de ce qui précède, on peut se risquer de relever quelques conséquences de cette stratégie biopolitique : à travers le relais de l'hygiène, la rationalité médicale se fond avec la rationalité politique en faisant émerger une des premières expériences de management médico-politique des hommes, c'est-à-dire de médecine sociale et d'État. Par la suite, avec la théorie de la dégénérescence, la psychiatrie s'émancipe complètement de la mission thérapeutique de soigner et de guérir les malades. À la fin du XIX^e siècle, son statut épistémologique se transforme et elle parvient au sommet de son pouvoir comme science de la protection biologique de l'espèce, entrant ainsi dans cette stratégie biopolitique. Et, en répondant à la règle du « maximum possible » qui enjoint de défendre la société contre toutes les anomalies qui la menacent de l'intérieur, la psychiatrie s'affirme comme science biopolitique par excellence, en menant la chasse aux dégénérés et en ouvrant la voie aux stratégies eugéniques du XX^e siècle notamment. On voit ainsi qu'aux États-Unis particulièrement, le mouvement eugénique, soutenu par les études sur la dégénérescence de la race américaine du biologiste Charles Benedict Devenport, réussit à faire adopter dans une trentaine d'États des lois pour la stérilisation forcée de retardés, d'alcooliques, de criminels ordinaires, de pauvres et d'aliénés, ainsi qu'une sévère législation pour la sélection des immigrés. Plus tard, dans l'Allemagne nazie, les programmes d'euthanasie sauvage et l'extermination conduiront la logique biopolitique jusqu'à ses extrêmes et inouïes conséquences²²⁶.

Certes, cette psychiatrisation présente des effets pervers dont le mouvement de dépsychiatisation tentera d'y remédier y compris l'ensemble du mouvement de résistance à la médicalisation, mais, au demeurant, il faut retenir l'un des aspects importants de cette médicalisation sociale qui ouvre une perspective d'analyse sur la politique de santé publique de l'espace ou de la spatialisation impliquant autant la structure hospitalière comme nous

²²⁵ Robert Castel, *L'Ordre psychiatrique, L'âge d'or de l'aliénisme*, 1977, op.cit.

²²⁶ Cf. P. Di Vittorio, entrées « Dégénérescence » et « Psychiatrie », in *Lexique de biopolitique. Les pouvoirs sur la vie*, op.cit.

l'avons vu ou la mise en place de l'institution psychiatrique. S'il est vrai que la spatialisation peut être considérée comme l'un des instruments de la politique de la santé publique aujourd'hui, il faut surtout insister sur le fait que cette politique de l'espace est davantage aux techniques de normalisation biopolitique visant le contrôle et la régulation de la population à travers les politiques de gestion de la santé, de l'hygiène, de l'alimentation, de la sexualité, de la natalité, etc. La stratégie biopolitique correspond donc à l'ensemble de mesures liées au contrôle social qui passe par les institutions psychiatriques et la gestion des corps et de l'institution de politique de santé, ce d'autant plus que la santé constitue un enjeu politique capital dans la mesure où l'hygiénisme et ces espaces font partie d'un ensemble de « dispositif »²²⁷ servant à l'effectuation particulière d'une grande fonction sociale à l'instar de la santé et la délimitation de l'espace. En ce sens, « la machine à guérir devrait alors être envisagée comme l'un des grands relais imaginés pour convertir une exigence généralisée de santé en mécanisme thérapeutique uniformes, multipliables, optimisant, les chances de guérison du plus grand nombre »²²⁸.

Au-delà de ce qui précède, il est capital de souligner un fait marquant relatif au mouvement de réforme médicale qui se développe au milieu du XIX^e siècle dans le cadre de la problématique de l'hygiène publique : sous la plume de Coleman, l'apparition de ces deux espaces que sont l'usine et le bidonville de centre-ville, ainsi que l'explosion connexe des inégalités face à la mort et à la maladie, laissent les techniques et le pouvoir de police partiellement impuissant²²⁹. Du coup, relève Renault, « plutôt qu'un simple perfectionnement, d'une science de la salubrité, le mouvement de réforme sanitaire se développe comme une double réflexion critique »²³⁰ du social, permettant ainsi d'aborder la problématique de la médecine sociale en termes de question sociale. C'est précisément cette piste d'analyse de la problématique de la médecine sociale branchée sur la question sociale que nous essayerons de

²²⁷ Le terme « dispositifs » apparaît chez Foucault dans les années 1970 et désigne initialement des opérateurs matériels du pouvoir, c'est-à-dire des techniques, des stratégies et des formes d'assujettissement mises en place par le pouvoir. À partir du moment où l'analyse foucauldienne se concentre sur la question du pouvoir, Foucault insiste sur l'importance de s'occuper non pas « de l'édifice de la souveraineté, du côté des appareils d'État, du côté des idéologies qui l'accompagne » (Cours du 14 janvier 1976), mais des mécanismes de domination : c'est ce choix méthodologique qui engendre l'utilisation de la notion de « dispositifs ». Ceux-ci sont par définition de nature hétérogène : il s'agit tout autant de discours que de pratiques, d'institutions comme nous l'avons vu que de tactiques mouvantes : c'est ainsi que Foucault en arriva à parler selon les cas de « dispositifs de pouvoir », de « dispositifs de savoir », de « dispositifs disciplinaires », ou d'un « dispositif de sexualité », etc.

²²⁸ Michel Foucault, *La volonté de savoir*, Gallimard, Tel, 1976, p. 132.

²²⁹ W. Coleman, *Death is a Social Disease : Public Health and Political Economy in Early Industrial France*, University of Wisconsin Press, 1982, p. xviii. Voir également R. H. Shryock, *The Development of Modern Medicine. An Interpretation of the Social and Scientific Factors Involved*, Alfred A. Knopf, 1936, p. 221-223.

²³⁰ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 199.

suivre dans le cadre de notre troisième et dernière partie. Car, en réalité, une contre-généalogie de la médecine sociale permet d'envisager le branchement de l'émergence de la médecine sociale à la question sociale. En un mot, au lieu d'associer l'émergence de la médecine sociale simplement et exclusivement à un ensemble de techniques de contrôle et de régulation de la population, on tentera de justifier le rapport très étroit de cette question avec la question sociale à partir de l'origine du concept de la médecine sociale telle qu'il apparaît chez Guérin par exemple.

TROISIEME PARTIE

L'ARTICULATION ENTRE LA MEDECINE SOCIALE ET LA QUESTION SOCIALE ET SES POINTS DE RESISTANCES

La refonte de la théorie générale des normes en laquelle Foucault envisage un nouvel art de gouverner qu'est le libéralisme aurait un prix pour Guillaume Le Blanc, celui de « l'effacement de la question sociale »²³¹. Cette théorie se justifie dans la mesure où, comme nous l'avons analysé précédemment, ces normes sont solidaires d'un ensemble de techniques de régulation et de contrôle biopolitique des populations et qui se sont développées avec l'émergence historique d'un phénomène de médicalisation « illimitée » de la population avec des références institutionnelles à la santé. Vu sous cet angle, il semble donc que la question de la médecine sociale et celle de la question sociale soient disjointes l'une de l'autre. Mais la question de fond que l'on peut se poser est celle de savoir s'il faut cependant réduire le mouvement de réforme sanitaire qui se développe dans la première moitié du XIX^e siècle avec Villermé, Parent-Duchâtelet, Chadwick, Virchow, etc. à une entreprise de normalisation sociale ? Plus explicitement, l'émergence historique de la médecine sociale n'est-elle pas une brèche pour une critique sociale ? Les références à la santé et à la vie que suppose la médecine sociale ne sont-elles pas un véritable tremplin pour évaluer et réinterroger la question sociale qui, selon Castel fait référence à un questionnement essentiel, qui concerne les racines profondes du vivre ensemble, et met en relief l'aporie fondamentale sur laquelle une société expérimente l'énigme de sa cohésion et tente de conjurer le risque de sa fracture ?

L'objectif de cette partie est donc de mettre en perspective cette question historique de la médecine sociale avec la question sociale à partir de son contexte historique dans lequel ce concept a été forgé, par Guérin notamment, afin de montrer comment ce concept s'encre même au cœur de la question sociale. Ce qui nous conduira alors à procéder par une sorte de contre-généalogie foucauldienne de la médecine sociale afin de montrer la pertinence politique et sociale que ce concept sous-tend, non plus exclusivement sous le prisme foucauldien, mais aussi en tenant compte du contexte dans lequel le néologisme de « médecine sociale » a été forgé. Plutôt que d'aborder la question de la médecine sociale qui serait en contradiction avec la question sociale, nous soutiendrons qu'il faille l'inscrire au cœur même de la question sociale. Les chapitres qui suivent replacent donc la question de la médecine sociale au centre de la question sociale.

²³¹ Guillaume Le Blanc, *La pensée Foucault*, Ellipses, 2014, p. 167.

CHAPITRE V

LA MEDECINE SOCIALE : UNE FORME DE CRITIQUE SOCIALE

Il est un fait que Foucault n'aura pas écrit une vie des hommes précaires comme il a pu composer une vie des hommes infâmes et cette absence est moins le signe d'une confusion finale qu'un blanc dans la pensée de Foucault, une invitation à poursuivre la pensée Foucault jusque dans ses impensés.²³²

Nous nous saisissons de cette invitation afin de montrer la pertinence de la question de la médecine sociale dans la mesure où elle se branche à la question sociale en tant que forme de critique sociale. Ce chapitre entend donc mettre en perspective la question de la médecine sociale à l'aune de la question sociale. Cela dit, nous voulons analyser la question du rapport de la question de la médecine sociale et celle de la question sociale. Nous avons pu relever au cours de nos précédentes analyses que l'émergence de la question de la médecine est à interpréter davantage comme l'effet d'un nouveau régime de pouvoir qui prend appui sur la médecine sociale pour le renforcer. Ici, nous allons développer une hypothèse inverse : le rapport au développement est positif. Ce développement s'inscrit dans un contexte de découverte que l'ordre social est compatible avec les formes de dégradation des formes d'existence. Dans ce sens, la médecine sociale aurait donné lieu à une critique efficace du libéralisme. Du coup, parler de la question de la médecine sociale ne revient plus exclusivement à la confiner à la dimension d'un perfectionnement de la police médicale associé à une technologie de contrôle et de régulation comme nous l'avons vu au cours des analyses précédentes.

Nous verrons donc concrètement comment l'émergence de la médecine sociale est porteuse d'une certaine critique sociale ; laquelle critique est portée par le mouvement des mouvements populaires. Il s'agit ici du développement des résistances anti-médicales, semble-t-il, font naître chez Foucault un mouvement de revendication au droit à la vie et à une vie meilleure. Sauf qu'ici il y a un bémol : c'est ce droit que la médicalisation entend promouvoir. On peut noter ici la complexité et surtout l'ambiguïté de ces mouvements de résistances, car, selon Foucault là où il y a pouvoir il y a résistance. Quoiqu'il en soit, ce chapitre entend mettre en lumière une émergence de la médecine sociale autre que celle présentée par Foucault afin de revoir le lien entre la médecine sociale et la question sociale au sens de Castel et de Renault en procédant par ce qu'il convient d'appeler une « contre-généalogie ».

²³²Guillaume Le Blanc, *La pensée Foucault*, Ellipses, 2014, p. 172.

5.1. Sur la réforme sanitaire au milieu du XIX^e siècle

La période qui s'étend des années 1770 à 1830 constitue particulièrement un moment charnière où se concentrent à la fois des mutations fondamentales du regard médical, des transformations des institutions médicales et une volonté de refonder l'assistance sur de nouvelles bases²³³. Ainsi, cette période est marquée par un mouvement de réforme médicale qui s'inscrit certes initialement dans le cadre d'une problématique de l'hygiène publique – qui constituait d'ailleurs l'un des objets de l'État de police du XVIII^e siècle²³⁴ –, mais il convient de noter que le fait le plus marquant est l'explosion de l'inégalité face à la mort et à la maladie avec l'apparition de ces deux espaces que sont l'usine et le bidonville ouvrier de centre-ville, laissant ainsi les techniques et les savoirs de la police médicale partiellement impuissants²³⁵. À travers cette réforme sanitaire se construit une relation entre la maladie et la pauvreté avec l'idée qu'il est possible d'y remédier grâce à la médecine. Et pour Renault, c'est à partir de là qu'émerge la médecine sociale et singulièrement du rapport de la santé à la pauvreté. Or, il apparaît que chez Guillaume Le Blanc, la question sociale innerve l'idée d'un gouvernement des pauvres et des ouvriers²³⁶. Ainsi donc, la médecine sociale ne s'inscrit plus dès lors dans un continuum de la police médicale ; elle est dès lors interprétée comme solidaire d'un mouvement de réforme sanitaire visant une critique sociale et qui enveloppe à la fois la critique du libéralisme qui est conçu comme son cadre d'apparition. « Plutôt qu'un simple perfectionnement d'une science de la salubrité, le mouvement de réforme sanitaire se développe comme une double réflexion »²³⁷. Vue sous cet angle, la médecine sociale est donc porteuse d'une critique sociale. Emmanuel Renault aborde cette portée critique qu'implique la médecine sociale sur deux aspects : d'une part, il s'agit d'une réflexion critique sur des formes de pathologie tout aussi spectaculaires qu'imprévues du point de vue des préjugés progressistes de ces hommes des Lumières qu'étaient les hauts fonctionnaires et les médecins

²³³Jean-Pierre Goubert (dir.), *La médicalisation de la société française, 1770-1830*, Waterloo, 1982 ; Othmar Keel, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815*, Montréal-Genève, 2001.

²³⁴Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes* 2008/3 (n°34), p. 199.

²³⁵W. Coleman, *Deaths a Social Disease: Public Health and Political Economy in Early Industrial France*, University of Wisconsin Press, 1982, p. xviii. Voir également R. H. Shryock, *The Development of Modern Medicine. An Interpretation of the Social and Scientific Factors Involved*, Alfred A. Knopf, 1936, p. 221-223.

²³⁶Guillaume Le Blanc, *La pensée Foucault*, Ellipses, 2014, p. 167.

²³⁷Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 199.

de l'époque²³⁸. D'autre part, il s'agit d'une réflexion critique sur les formes administratives et médicales qui s'avéraient incapables de faire face à la nouvelle situation sociale et sanitaire²³⁹.

Plus encore, l'industrialisation massive du début du XIX^e siècle qui s'accompagne d'une forte explosion de la population urbaine et d'une dégradation du niveau de santé renforce inévitablement le lien de la médecine sociale et la question sociale. À partir de là, la médecine sociale revêt une portée subversive dès lors qu'elle s'insurge contre le développement des maladies, les accidents professionnels, les épidémies, l'augmentation du taux de mortalité et l'affaiblissement physique de la population. On a des conditions de vie qui se dégradent. Dès lors la médecine sociale développe un ensemble de discours et pratiques adaptés à la critique des réalités sociales. C'est pourquoi, d'après Renault, la version anglaise²⁴⁰ de la médecine sociale, bien que prescriptive, aura néanmoins contribué à « contrôler les effets négatifs de la société industrielle en définissant l'ingénierie sociale qui permettrait de rationaliser l'assistance publique et le développement économique »²⁴¹. Bien que cette version de la réforme sanitaire se confonde avec l'interprétation foucauldienne, il faut noter que cette réforme est prescriptive et non médicale puisqu'elle fait partie d'un dispositif de gouvernementalité libérale : « Mais si la réforme sanitaire participe ici d'un dispositif de gouvernementalité libérale, et si elle est directement prescriptive, elle n'est pas médicale »²⁴². Renault en relève deux caractéristiques liées l'une à l'autre : d'un côté on note une ingénierie informée par l'enquête statistique sur la nature, les causes et les contextes sociaux de la morbidité et de la mortalité ; d'un autre il y a une conception traditionnelle de la médecine dont les méthodes et l'objet ne sont pas affectés par le développement de cette ingénierie²⁴³.

Notons par ailleurs que dans le cas de la France, les enquêtes sur les inégalités sociales et les maladies sont menées non plus par des fonctionnaires administratifs comme nous venons de le voir, mais par des acteurs sociaux différents dans un contexte institutionnel lui-

²³⁸ *Ibid.*

²³⁹ *Ibid.*

²⁴⁰ Emmanuel Renault se réfère ici à G. Rosen, *A History of Public Health*, MD Publications, 1958, p. 195 sq. Il y indique que la version anglaise du développement de la médecine sociale est prescriptive et non médicale en prenant ainsi le contre-pied de Michel Foucault. La figure centrale de cette version anglaise est Chadwick qui n'était pas médecin mais un haut fonctionnaire membre de la commission des Poor Laws qui se référent à l'allocation d'une aide financière pour les plus pauvres en vigueur en Angleterre et dans le reste du Royaume-Uni entre le XVI^e siècle et le XIX^e siècle. Elles furent constituées par les nombreuses lois successives adoptées par le Parlement britannique. La longévité exceptionnelle (plus de quatre siècles) des Poor Laws renvoie en fait à des conceptions des systèmes sociaux qui ont beaucoup varié dans le temps.

²⁴¹ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 199.

²⁴² *Ibid.*

²⁴³ *Ibid.*

même différent. Il faut toutefois relever que ces enquêtes se concentrent toutes sur la misère sociale et servent aux médecins de cadres d'élaboration dans le jeu du pouvoir en modifiant la conception de la santé non pas comme un état pathologique, mais comme un état normatif au profit de l'optimisation de la force de production en lien avec le capital humain. N'en demeure pas moins que le mouvement de réforme sanitaire à la française pensait contribuer au progrès de la civilisation avec des figures comme Parent-Duchâtelet et Villermé en fournissant au législateur et au gouvernement la mesure scientifique des inégalités en matière de santé. Ainsi, Renault rapporte que cette entreprise porte la trace d'une ambition née lors de la Révolution française, de lutter contre l'injustice sociale²⁴⁴.

5.2. Guérin contre Foucault ? De l'origine du concept de « médecine sociale » au service d'une critique sociale

C'est à Jules René Guérin que l'on doit le néologisme de « médecine sociale ». L'apparition de ce néologisme n'est pas fortuite. Guérin forge ce néologisme dans la tourmente du printemps 1848 plus précisément dans le cadre d'une critique des termes de « police médicale », « hygiène publique » et « médecine légale » qui expriment selon lui le manque d'audace de la médecine du passé face aux problèmes posés par le cercle de la maladie et de la pauvreté²⁴⁵. Ici, il apparaît que l'acceptation historique du terme de « médecine sociale » est en conflit ouvert avec ce que Foucault considère comme le cœur de la « médecine sociale » qui, comme nous l'avons indiqué, s'inscrit dans une continuité de la police médicale. Aussi à cette critique du savoir médical, s'ajoute une critique des formes administratives qui lui sont associées. C'est pourquoi Renault souligne qu'au moment où la révolution politique semble ouvrir sur la révolution sociale, les médecins ne peuvent plus se contenter de conseiller les gouvernements, mais doivent participer au processus de transformation sociale²⁴⁶. D'où l'opposition que Guérin établit entre la « médecine politique » et la « médecine sociale »²⁴⁷. Le mouvement de réforme médicale qui s'était développé en

²⁴⁴ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 199.

²⁴⁵ J.-R. Guérin, « Au corps médical de France », in *Gazette médicale de Paris*, n° 11, 11 mars 1848, p. 184 : « Au lieu d'applications indécises et séparées que l'on avait comprises sous les noms de police médicale, d'hygiène publique, de médecine légale, le moment est venu de rassembler tous les faits épars, de les régulariser dans un ensemble, et de les élever à leur plus haute signification sous la dénomination mieux appropriée à son but, de médecine sociale (...). Ce n'est pas une révélation que nous avons la prétention de faire à nos confrères, mais c'est une formule que la grandeur des circonstances nous commande de leur proposer comme éclairant clairement et justement la nature de l'ensemble des services qu'ils sont appelés à rendre à la chose publique » (suite de la citation précédente du même article).

²⁴⁶ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 201.

²⁴⁷ J.-R. Guérin, « La médecine sociale et la médecine politique », in *Gazette médicale de Paris*, n° 13 bis, 25 mars 1848.

Allemagne s'inscrit dans le même contexte révolutionnaire de 1848. Ce n'est donc pas anodin note d'ailleurs Renault, si chez Virchow, Neumann et Leubuscher les mêmes intentions donnèrent lieu à des innovations terminologiques analogues. À titre d'exemple, lorsque Virchow emploie le terme de « médecine publique » (öffentliche Gesundheitspflege), c'est en effet pour dénoncer l'insuffisance d'une médecine qui se contente d'administrer la santé à travers les logiques de la police sanitaire pour exiger la constitution de la véritable médecine des pauvres²⁴⁸, et pour présenter le médecin en critique social : « les médecins sont les avocats naturels des pauvres et la question sociale, pour sa plus grande part, relève de leur juridiction »²⁴⁹.

Emmanuel Renault note que cette version du mouvement de réforme sanitaire pourrait promouvoir à première vue l'approche sociologique de la santé qui conduise en retour à « médicaliser le social ». Mais le terme de social relève-t-il ne renvoie pas ici aux significations qui se cristalliseront dans le terme de sociologie, mais bien plutôt à celle qui définissent à l'époque du socialisme²⁵⁰. Il faut noter que le terme de médecine sociale a deux sens chez Guérin : dans le premier sens, il désigne une étude d'une interaction de la santé et de la société, une investigation des causes sociales de la santé, de la morbidité et de la mortalité. C'est précisément ce que l'on pourrait appeler aujourd'hui une sociologie de la santé²⁵¹ se traduisant par l'importance culturelle, sociale, économique et politique prise dans tous les pays développés par les questions de prévention et de préservation de la santé, de traitement et de prise en charge des maladies chroniques et dégénératives, ainsi que par le fonctionnement, l'efficacité, le coût et la gestion des institutions médicales. Mais comme l'indique encore Renault, le terme de social a également une signification plus directement politique, car comme le souligne Guérin, « la médecine sociale, humanitaire, est la clef des principaux problèmes de notre époque »²⁵². C'est aussi dans ce sens qu'en Allemagne,

²⁴⁸ Rudolf Virchow, « Die öffentliche Gesundheitspflege », *Die Medizinische Reform*, 5, 1848 (H.-U. Deppe, M. Regus, *Seminar : Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie*, Suhrkamp, Francfort/Main, 1975, p. 171) : « Le terme "médecine publique" dit, à celui qui en comprend tout le sens, la modification entière et radicale dans les relations que nous établissons entre l'État et la médecine. Nous n'avons eu qu'une police sanitaire – et en fait, comme Mr Schmidt l'a très bien dit, nous n'avons eu qu'un traitement des maladies des pauvres – dans quelques grandes villes, et à vrai dire plus comme administration des malades pauvres que comme traitement des malades pauvres. »

²⁴⁹ *Die Medizinische Reform*, cité par A. Grotjahn, *Soziale Pathologie. Versuche einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene*, Springer, 1923, p. 3.

²⁵⁰ G. Rosen, *From Medical Police to Social Medicine*, op.cit., pp. 97-98.

²⁵¹ Voir l'article « Médecine sociale et médecine socialiste », in *Gazette médicale de Paris*, n° 12 et 12 bis, 15 et 18 mars.

²⁵² J.-R. Guérin, « Au corps médical de France », op.cit., p. 184.

Salomon Neumann soutenait en 1847 que « la science médicale est dans son noyau intime et dans son essence une science sociale »²⁵³ avant que Virchow et Leubuscher ne reprennent à leur compte, en 1848, dans *Die medizinische Reform*, la définition de la médecine publique comme une « science sociale ». En résumé, le néologisme « médecine sociale » a été formulé dans une perspective dont les enjeux sociaux semblaient évidents :

*Le concept de « médecine sociale » est donc forgé dans une conjoncture historique et dans une série d'innovations terminologiques dont les enjeux sociaux et politiques sont limpides. Non seulement ce concept procède d'une critique de presque tout ce que Foucault juge caractéristique de la médecine sociale, mais il a pour fonction politique de contester le libéralisme*²⁵⁴.

Donc, *a contrario*, la généalogie foucauldienne de la médecine sociale est en butte à une analyse critique de la question sociale à partir du contexte dans lequel ce concept a été forgé en contestant l'hypothèse foucauldienne du libéralisme comme cadre d'apparition de la médecine sociale plus précisément, et de la biopolitique plus globalement.

5.3. De la critique de la médecine sociale comme stratégie libérale

À l'ère de la résurgence de la question sociale sous d'autres formes, faut-il encore analyser l'émergence de la médecine sociale dans le cadre d'un nouvel art libéral de gouverner comme cela apparaît clairement dans les analyses foucauliennes ? Autrement dit, l'art libéral de gouverner peut-il être encore associé à l'émergence de la médecine sociale ? On a pu relever dans nos précédentes analyses qu'en tant que forme d'expression de la biopolitique, Foucault assimile l'émergence de la question la médecine sociale à une stratégie libérale de gouverner. En lisant d'ailleurs la *Naissance de la biopolitique* on peut se rendre compte de l'évidence de ces analyses. Seulement, dans un contexte particulier marqué par la mutation ou la « métamorphose » de la question sociale pour parler comme Robert Castel, l'hypothèse foucauldienne, malgré sa pertinence historique, peut être contestée. À cet effet, il faut noter avec Emmanuel Renault que l'interprétation de la médecine sociale comme stratégie libérale peut être soumise à deux types de critiques : les premières portent sur l'extension de la gouvernementalité libérale, les secondes sur le contenu normatif spécifique du libéralisme.

²⁵³ S. Neumann, *Die öffentliche Gesundheitspflege im Staate des Eigentumsrechts, ihre rechtliche Begründung und zweckmäßige Organisation*, 1847 (H.-U. Deppe, M. Regus, Seminar: Medizin, *Gesellschaftsgeschichte*, op.cit., p. 164).

²⁵⁴ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 202.

Tout d'abord il est évident, nous dit Renault, que certaines versions de la médecine sociale, en tant que critique de la question sociale, contestaient l'ordre social capitaliste que la gouvernamentalité libérale tentait d'organiser²⁵⁵. Foucault analyse les effets « normatifs » de la gouvernamentalité libérale sur le mouvement de réforme sanitaire en la réduisant à une politisation de la vie compatible à une stratégie de contrôle de la santé des travailleurs au moyen d'une médicalisation de leurs conditions de vie et de leur accès au travail. Cette analyse va cependant se heurter à une série d'enquêtes ouvrières faisant apparaître le capitalisme comme « une destruction de la vie potentiellement sans limite »²⁵⁶. Renault va justement s'en faire l'écho en affirmant que : « non seulement ces enquêtes révélaient la routinisation de formidables tendance pathogènes, et l'inefficacité récurrente de toutes les réponses libérales aux problèmes ainsi mis en lumière... »²⁵⁷. Ces enquêtes, poursuit-il, « montraient en outre à quel point les intérêts des capitalistes étaient opposés à un contrôle médical des conditions de travail »²⁵⁸ en se référant aux travaux de Karl Marx, et en l'occurrence *Le Capital*, dans lequel il est frappant que la question de la « souffrance » et de la « pathologie industrielle » soit assez directement associée à une mise en question du droit du travail²⁵⁹. Donc, l'interprétation de l'émergence de la gouvernamentalité libérale doit être référée non pas à une forme de rationalité administrative destinée à faciliter l'institutionnalisation d'un ordre social capitaliste comme le suggère Foucault, mais à une réaction politique contre l'émergence d'un projet qui, lors de la Révolution française, avait abouti à la réduction des inégalités sociales par une intervention de l'État²⁶⁰. D'après Renault, cette hypothèse de Stedman Jones « permet de mieux rendre compte de la manière dont la réforme médicale peut être intégrée soit à des technologies libérales, soit à la critique de ces technologies »²⁶¹.

Le deuxième volet de la critique d'Emmanuel Renault est lié à l'assimilation de la médecine sociale à une technologie libérale. Cette assimilation est d'après lui contestable du point de vue normatif :

Même si le libéralisme était avant tout un ensemble de technologies de pouvoir, elles s'accompagnent de théories normatives, et celles-ci ne peuvent

²⁵⁵ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 202.

²⁵⁶ *Ibid.*

²⁵⁷ *Ibid.*

²⁵⁸ *Ibid.*

²⁵⁹ K. Marx, *Le Capital*, Éditions sociales, 1983, pp. 408-409 ; voir aussi S. Haber, E. Renault, « Une analyse marxiste des corps ? », *Actuel Marx*, 41 : *Corps dominés/corps en rupture*, 2007.

²⁶⁰ Comme le suggère à juste titre G. Stedman Jones, *La Fin de la pauvreté ? Un débat historique*, Ère, 2007.

²⁶¹ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 202.

être réduites à un savoir secrété par un nouveau dispositif de pouvoir si le libéralisme est d'emblée dirigé non pas seulement par un idéal de rationalisation administrative mais aussi par une lutte contre des projets politiques alternatifs (le conservatisme d'une part, et ce qui deviendra le socialisme d'autre part)²⁶².

À partir de là, il devient difficile d'envisager que la politisation de la vie est une contrepartie de la promotion libérale de la liberté au regard de ses principes normatifs. En outre, il y a une tension dans la question du travail. En effet, les historiens du droit de travail s'accordent à considérer que c'est la description de la dégradation du corps des travailleurs qui a conduit à la critique de la définition libérale du travail salarié comme simple exécution d'un libre contrat entre deux volontés²⁶³. Ce qui revient à dire que c'est la médecine sociale qui est parvenue à sortir le travailleur du face-à-face d'une qualification juridique comme volonté sans corps, et d'une qualification économique comme corps mécanique utilisable à merci. Et d'après Alain Supiot, c'est la médecine sociale qui a défini le travailleur comme sujet de droits spécifiques tout en dénonçant aussi bien la fiction juridique d'une volonté sans corps que celle d'une relation de travail appartenant à l'espace privé d'un libre usage soustrait à toute juridiction publique²⁶⁴.

Il n'est pas inutile de rappeler au regard de ce qui précède que c'est à partir de la médecine sociale qu'a été possible l'une des critiques les plus efficaces et les plus radicales des principes normatifs du libéralisme. Renault souligne ici que la médecine sociale a pointé le paradoxe, d'ordre normatif, qui caractérise la découverte de la question sociale : « découverte politiquement structurante qu'un ordre social respectant les droits de la liberté individuelle est compatible avec des formes de dégradation extrêmes de l'existence des populations »²⁶⁵. Si Virchow²⁶⁶, poursuit-il, pouvait prétendre que la question sociale, pour sa plus grande part, relève de la juridiction, c'est bien parce qu'elle procédait à une description

²⁶²Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 203.

²⁶³*Ibid.*

²⁶⁴ Alain Supiot, *Critique du droit du travail*, PUF, 1994, ch. 1. Cité par Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 203.

²⁶⁵Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 203.

²⁶⁶ Médecin pathologiste et homme politique allemand, considéré comme l'un des fondateurs de l'anatomie pathologique moderne, Rudolf Virchow effectua l'essentiel de sa carrière à l'hôpital de la Charité de Berlin, se faisant le promoteur d'une médecine strictement orientée vers les sciences naturelles. En tant qu'homme politique, il fut l'un des représentants du parti progressiste allemand. Concernant la question de la médecine et de la question sociale, Rudolf Virchow voulait qu'on s'occupât à fond de l'état médical de la population à travers une « médecine publique », car selon lui, « La Médecine est une science sociale, et la politique n'est rien de plus que la médecine pratiquée en grand ». Cf. Rudolf Virchow, « Der Armenartz », op.cit. (H.-U. Deppe, M. Regus, *Seminar:Medizin, Gesellschaft,Geschichte. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie*, op.cit., pp. 175-176).

réaliste d'un ensemble de phénomènes invisibilisés par la société libérale, et qu'elle exigeait, implicitement ou expressément, des mesures politiques incompatibles avec ses principes normatifs²⁶⁷. Dire comme Virchow que « la médecine est une science sociale et la politique n'est rien d'autre que la médecine en grand »²⁶⁸ pourrait se justifier finalement puisque la question sociale se définissait déjà à l'époque par rapport à l'antagonisme²⁶⁹ entre le conflit du libéralisme et le socialisme – qui resurgit sous des formes nouvelles dès que l'on redécouvre la question sociale. Ce qui fera d'ailleurs à Renault que « la médecine sociale décrit même ce qui fait le plus paradoxe dans la question sociale »²⁷⁰.

5. 4. Le sens et la fonction d'une critique sociale de la « médecine sociale » aujourd'hui : au cœur de la question sociale

La thématique de la critique sociale se développe aujourd'hui relativement aux « rapports nécessaires mais problématiques entre soin et précarité, clinique et exclusion »²⁷¹. Il y a ici une sorte de « métamorphoses de la question sociale » aujourd'hui en rapport avec les travaux de Robert Castel. Ainsi, la médecine sociale sert de pont en vue d'aborder la question sociale via une critique sociale. Seulement, il faut remarquer que la question de la médecine sociale va désormais se formuler en termes de nécessité de soin. Mais, comme le souligne Guillaume Le Blanc, il ne s'agit pas ici de soin curatif (to cure) dont le sens médical est véhiculé par le verbe « soigner », donnant lieu à un ensemble de prescription thérapeutiques ; il s'agit plutôt de la figure du soin originale qui affleure dans le groupe verbal « prendre soin » (to care), comme une certaine modalité de l'accompagnement du précaire ou de l'exclu exigée par la nécessité à la fois morale et sociale de répondre aux formes de vulnérabilité sociale auxquelles donnent lieu les expériences de la précarité et de l'exclusion²⁷². Patricia Paperman souligne à cet effet que « [...] le care [...] semble avoir pour

²⁶⁷ *Die Medizinische Reform*, cité par A. Grotjahn, *Soziale Pathologie*, op.cit., p.3.

²⁶⁸ R. Virchow, « Der Armenarzt », op.cit. (H.-U. Deppe, M. Regus, *Seminar:Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie*, op.cit., p. 175-176).

²⁶⁹ S'agissant justement de cet antagonisme, il faut dire que chez Renault par exemple, un conflit politique comme celui du libéralisme et du socialisme n'oppose pas deux versions du libéralisme, définit bien plutôt l'une des grandes polarités qui donnent à l'idée de libéralisme. Il indique notamment qu'« il pose notamment le problème des limites des principes normatifs du libéralisme et leurs effets de cadrage réducteurs de leurs effets de disqualification des acteurs et d'invisibilisation des problèmes. À cet effet, voir à ce propos l'opposition de la « justice » et de la « pathologie sociale » (comme « autre de la justice »), ainsi que le concept de « critique comme mise au jour » chez A. Honneth, *La Société du mépris*, La Découverte, 2006. Voir également, E. Renault, « Radical Democracy and an Abolitionist Concept of Justice », *Critical Horizons*, vol. 6, 2005.

²⁷⁰ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 204.

²⁷¹ Guillaume Le Blanc, *L'invisibilité sociale*, PUF, 2009, pp. 161-162.

²⁷² Guillaume Le Blanc relève que, pour une compréhension du soin comme geste de sollicitude envers les personnes vulnérabilisées en rapport avec une demande de sollicitude émanant de ces personnes, il faut lire

originalité de ne pas dissocier l'expérience de la responsabilité à l'égard des personnes vulnérables, de la mise en débat des applications morales et politiques des relations nouées autour de la dépendance »²⁷³. Le soin est ainsi une réponse à la détresse sociale qui s'organise dans un travail particulier. Et comme le note fort bien Frédéric Worms²⁷⁴, la relation concrète de soin pourrait s'entendre comme une forme créatrice de subjectivité et donatrice de sens au regard des questions techniques et éthiques du monde contemporain. La diversité des aspects du soin, soutient-il, dessine les tâches de la politique : elle indique les besoins fondamentaux en termes d'attention individuelle, de respect social, de justice politique et de soin du monde. Frédéric Worms ajoute d'ailleurs dans *Le moment du soin*, que le soin inclut « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances sociales, et cela, par égard pour cet être même »²⁷⁵. L'accent est mis ici sur le terme de travail, c'est-à-dire prendre soin : il s'agit de produire un travail de prise en charge de la vulnérabilité d'un autrui singulier. Voilà pourquoi chez Molinier :

*Prendre soin de l'autre, ce n'est pas penser à l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est même pas nécessairement l'aimer, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre.*²⁷⁶

Dès lors, on peut remarquer avec Guillaume Le Blanc que la question du soin des précaires se laisse réorienter depuis ce réaménagement de la figure du soin, de son versant thérapeutique²⁷⁷, de sa détermination curative ou médicale à sa signification palliative ou clinique, et peut être alors entendue de la façon suivante : qu'est-ce que prendre soin du précaire ? À quel type de travail ce soin peut-il se laisser identifier ?²⁷⁸ Pour répondre à cette question, il convient de définir ce qu'est la précarité. Il faut dire que la précarité correspond à un état social particulier, qui ne se laisse pas confondre avec l'exclusion car en elle continue à faire signe un état d'inclusion désormais problématique mais ne donnant pas encore lieu aux procédures de

Fabienne Brugère, *Le sexe de la sollicitude*, Paris, Le Seuil, 2008. Chez Fabienne Brugère il y a une relationalité dans le soin. En effet, partant de la complexité de la théorie du care avec ses différentes phases chez Joan Tronto, elle cherche à comprendre tous les ressorts du care en tenant à la fois une réflexion sur la sollicitude afin de rendre compte du souci des autres et de la prise en charge et une réflexion sur le soin, c'est-à-dire prendre soin et recevoir le soin.

²⁷³ Patricia Paperman, « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel » in *Le souci des autres*, Paris, EHESS, 2005, p. 288.

²⁷⁴ Voir Frédéric Worms, « Les deux sens du soin », *Esprit*, « Les nouvelles figures du soin », janvier 2006.

²⁷⁵ Frédéric Worms, *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?*, PUF, 2010, p. 21.

²⁷⁶ P. Molinier, « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », en Paperman et Laugier (eds.) *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Paris, EHESS, Raisons Pratiques, 2005, p. 301.

²⁷⁷ Frédéric Worms, « Les deux sens du soin », *Esprit*, « Les nouvelles figures du soin », janvier 2006.

²⁷⁸ Guillaume Le Blanc, *L'invisibilité sociale*, PUF, 2009, p. 164.

la désaffiliation caractéristique de l'exclusion sociale²⁷⁹ : la précarité concerne des vies dont l'inclusion est désormais problématique, des vies qui ne se trouvent dans un entre-deux, des vies encore incluses mais en voie d'exclusion, confrontées à des formes variées de disqualification sociale qui remettent en question les propriétés sociales des vies ordinaires sans toutefois les annuler²⁸⁰. La précarité désigne dès lors une forte incertitude de conserver ou récupérer une situation acceptable dans un avenir proche²⁸¹. C'est une notion développée et étudiée en sciences sociales. C'est aussi une notion subjective et relative, puisqu'elle est définie par rapport à une « situation acceptable », au sein d'une société donnée. Et comme le souligne Guillaume Le Blanc :

L'état social de la précarité est ainsi engendré par un processus de précarisation dont la logique propre, en s'incorporant à un sujet, le précarise durablement en le soumettant à un régime d'incertitude sociale qui le situe potentiellement dehors tout en le maintenant dedans par une propriété sociale fondamentale : le travail, par exemple, même s'il est devenu incertain, ou bien les revenus de l'aide sociale en l'absence de travail²⁸².

Il faut cependant noter que cet état social n'est pas monochrome puisque pour Guillaume Le Blanc, du travailleur pauvre mais assuré de son travail au chômeur en passant par le travailleur incertain, il existe toute une gradation de la précarité dont le sens est fixé négativement par la carrière négative que l'épreuve de la disqualification sociale fait subir et au terme de laquelle se retrouvent les processus de désaffiliation culminant dans la grande exclusion²⁸³. C'est pourquoi, une forme d'évaluation est ici à l'œuvre dans l'appréciation d'une vie précaire car, « caractériser une vie comme précaire, c'est en effet mettre en jeu un diagnostic social permettant d'indiquer qui est précaire, qui ne l'est pas, procédant à une description de l'allure de vie précaire qui fait nécessairement référence à l'établissement d'une polarité de valeurs »²⁸⁴. Pour ce faire, cette évaluation prend en compte un raisonnement qui s'appuie sur des compétences économiques, sur des savoirs sociaux

²⁷⁹ Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.

²⁸⁰ Guillaume Le Blanc, *L'invisibilité sociale*, PUF, 2009, p. 162.

²⁸¹ Pour Joseph Wresinski, « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. » (Joseph Wresinski, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Paris, Journal officiel, 1987, p 6.)

²⁸² *Ibid.*

²⁸³ Serge Paugam, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 1988, 8^e éd., « Quadrige », 2009.

²⁸⁴ Guillaume Le Blanc, *L'invisibilité sociale*, op.cit., p. 162.

particuliers à l'instar de la psychologie sociale et de la sociologie. Elle mobilise également une philosophie sociale implicite se référant selon Guillaume Le Blanc par un ordre sous-jacent des discours, à une reprise du thème de la normalité sociale et de la pathologie sociale, c'est-à-dire à ce qui mérite d'être recherché et à ce qui, au contraire, doit faire l'objet de lutte particulière²⁸⁵. De cette évaluation et de ces savoirs qui y sont liés se joue en « arrière-fond » une critique sociale dont la tâche est théoriquement de mieux transformer ce qui est transformable dans la pratique, libérer les potentiels humains des silhouettes rendues invisibles par l'expérience de la précarité²⁸⁶. Pour Guillaume Le Blanc, cette critique sociale peut alors être entendue comme la tâche de faire advenir dans la pratique ce qui vaut en théorie mais ne vaut pas précisément en pratique²⁸⁷ puisque « seule la critique sociale est à même de régresser de l'explication des effets de la précarité à l'explication des causes de la précarité et de fournir ainsi un levier interprétatif qui reconstruise l'arc de la précarité »²⁸⁸. On constate que tout comme dans le cadre de l'émergence de la médecine sociale, la problématique actuelle de la précarité peut se décliner également au niveau des conditions de vie, qui peuvent ne pas être acceptables. Avoir un fort risque d'habiter un logement insalubre, un logement temporaire inadapté, voire aucun logement sont des exemples de précarité de condition de vie. Ces questions sociales sont prises en charge par la critique sociale dont la visée est de transformer la réalité sociale à partir d'une approche théorique du réel.

La question sociale se trouve également au cœur des travaux de Franck Fischbach pour qui, il ne s'agit pas là d'une critique homogène puisque la formulation d'une telle critique risquerait de neutraliser les aspirations sociales, c'est-à-dire donner une certaine visibilité de ces aspirations : de telles aspirations ne peuvent émerger qu'à partir d'un espace divisé dans les rapports sociaux des classes que les luttes des classes permettent de transformer. Il s'agit de la critique des effets du pouvoir sur et dans le social. Cette critique devra porter sur des effets de la dénégation : la précarisation procède à cet effet d'un déni de vulnérabilité. En un mot, la critique sociale menée par Fischbach consiste à mettre en évidence la collusion entre subjectivité et capitalisme moderne et montrer que le sujet libre et autonome est, en réalité, la figure type de l'être aliéné. Par où l'on voit que la fonction réflexive et critique de l'ouvrage consiste à identifier les ressorts théoriques et affectifs sur lesquels fonctionne la société capitaliste. Car c'est bien le même processus d'aliénation qui est responsable, pour une large

²⁸⁵ *Ibid.*, pp. 162-163.

²⁸⁶ Guillaume Le Blanc, *L'invisibilité sociale*, op.cit., p. 163.

²⁸⁷ *Ibid.*

²⁸⁸ *Ibid.*, pp. 164-165.

part, des pathologies sociales comme la « désaffiliation »²⁸⁹, le manque de reconnaissance sociale ou, pour le dire dans la terminologie marxienne, la désobjectivation de nos vies. Ainsi, face aux effets du capitalisme, la critique sociale se trouve « réarmée »²⁹⁰ dans la mesure où elle vise à démasquer les pseudos discours de l'émancipation, et notamment les injonctions à plus d'adaptabilité, de mobilité, et de flexibilité qui s'avèrent être autant de figures de l'aliénation. Si l'aliénation est un processus de désobjectivation, elle trouve en effet son corrélat dans les processus infinis de « subjectivation »²⁹¹ qui, nous imposant de fonctionner comme des sujets, nous privent *de facto* du monde réel dans lequel nous vivons. Nul doute que la médecine sociale en tant que critique du social permet de poser les enjeux de l'aliénation capitalisme et ouvre par son discours, vers le processus de désaliénation.

²⁸⁹ Dans l'entretien réalisé par Pierre Chaillan le jeudi, 14 Mars 2013, Robert Castel indique que la désaffiliation est la forme limite de d'un processus. « J'ai utilisé ce terme pour éviter un abus de l'usage du mot exclusion à propos de situations complètement hétérogènes. Dire d'un sans-abri, d'un jeune de banlieue ou encore d'un cadre au chômage qu'ils sont des exclus, cela ne veut plus rien dire à part qu'ils seraient dehors, dans le « hors-social ». Il faut plutôt comprendre les processus qui y mènent. Avant d'en arriver là, on est vulnérable. Ces situations doivent être analysées : elles mènent à la limite d'être déconnecté des rapports de travail, des échanges et des réseaux de sociabilité familiaux, de voisinage, de territoire... ».

²⁹⁰ Franck Fischbach, *Sans objet, Capitalisme, subjectivité, aliénation*, Vrin, Paris, 2009, p. 225.

²⁹¹ *Ibid.*, p. 30.

CHAPITRE VI

FORMES ET PERSPECTIVES DE RESISTANCES À LA MEDICALISATION SOCIALE

Les analyses précédentes ont pu mettre en lumière la manière dont Foucault a décrit la santé comme un enjeu politique au moment où certaines techniques de pouvoir propres à la gouvernementalité libérale se sont emparées de savoirs et de pratiques relevant du champ médical. Après avoir expliqué comment l'État a commencé par imposer aux populations de se soumettre à des contrôles médicaux – via la médecine du travail, médecine scolaire par exemple – et à des mesures d'hygiène pour contrôler la qualité de la force de travail, Foucault a analysé le dispositif biopolitique mis en place dans la deuxième moitié du XX^e siècle dont l'enjeu consistait davantage à présenter l'État comme étant au service de la santé des individus²⁹². Au vue de cette mutation du concept biopolitique²⁹³ qui, faut-il le rappeler, est une forme d'expression de la médecine sociale, on peut conclure avec Renault que les institutions de santé publique doivent sans doute être considérées comme les éléments d'une « bio-légitimité »²⁹⁴, c'est-à-dire « la manière dont les problèmes sociaux trouvent, non pas leur solution, mais leur expression la plus autorisée dans le langage de la santé publique »²⁹⁵. En effet, parler de bio-légitimité revient à désigner un « ensemble de valeurs utilisées pour légitimer l'ordre social et son mode d'organisation politique, et c'est aussi prendre en compte la possibilité que ces valeurs puissent être utilisées comme instance de légitimation de positions politiques divergentes »²⁹⁶. Vue sous cet angle, il n'est pas étonnant si Foucault présente la médicalisation de sociétés occidentales comme une tentative de réponse aux nouvelles formes de résistance induites par le capitalisme montant puisqu'ici il ne s'agira pas de contester l'ordre social capitaliste : « Lorsqu'on a eu peur aussi que des mouvements populaires de résistance, ou d'inertie, ou de révolte viennent bouleverser tout cet ordre capitaliste en train de naître, alors il a fallu une surveillance précise et concrète sur tous les

²⁹² Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? », op.cit., p. 40-43.

²⁹³ Renault indique ici que ce renversement qui intervient à la deuxième moitié du XX^e siècle est révélateur d'une relative inefficacité des politiques de santé publique. Voir Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 204.

²⁹⁴ J.-P. Donzon, D. Fassin, « Entre culture et politique. L'espace problématique d'une anthropologie de la santé », in J.-P. Donzon, D. Fassin, *Critique de la santé publique*, op.cit., cité par Emmanuel Renault dans « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 204.

²⁹⁵ Didier Fassin., 1998. « Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de santé publique », in FASSIN D. (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris : La Découverte, p. 7-46 (cit. p. 40) ; FASSIN D., « La biopolitique n'est pas une politique de la vie », *Sociologie et sociétés*, vol. 38, n°2, 2006, pp. 35-48.

²⁹⁶ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 204.

individus, et je crois que la médicalisation [...] est liée à cela »²⁹⁷. Ce correctif apporté par Didier Fassin au moyen de la notion de bio-légitimité possède une vertu heuristique complémentaire aux intuitions originelles de la notion de biopolitique, et de ce fait, de la médecine sociale. C'est ce qui peut justifier que chez Foucault la santé ait toujours été l'objet de différentes luttes politiques et sociales depuis le XVIII^e siècle. Cependant, la question de fond qu'il convient de se poser ici est dès lors celle de savoir quel est le statut de ces luttes et comment les pratiques de résistances doivent-elles se référer à la santé ? Quelle est la nature des résistances organisées contre le contrôle accru de la population ? Comment lutter contre un pouvoir médical qui a finalement pour dessein de garantir l'ordre social en maintenant l'écart entre les classes sociales ? En tant que ces questions se destinent finalement à la formulation des éléments d'une critique sociale, nous entendons insister dans cet ultime chapitre sur les enjeux et surtout la nature des luttes ou des résistances contre le pouvoir médical.

6. 1. L'aporie de la question de la résistance chez Foucault

Les analyses de Foucault sur l'extension du pouvoir médical et notamment avec la médicalisation sans « limite » de la population ne s'est pas faite de façon unilatérale. Cela revient à dire que Foucault a également analysé les « stratégies »²⁹⁸ de résistance contre le mouvement de médicalisation sociale sous forme de contre-pouvoir. Qu'en est-il réellement ? En effet, il faut dire que Foucault a non seulement montré comment la biopolitique a donné lieu aux conflits opposant ces manières d'associer liberté et risques – qui définissent d'ailleurs les options sociales-démocrates, conservatrices et néo-libérales²⁹⁹-, mais aussi a interprété des formes de résistance populaires à la médecine, comme les résistances religieuses de la fin du XIX^e siècle, comme une lutte contre le contrôle politique³⁰⁰. Mais on peut observer avec Emmanuel Renault qu'entre les conflits portant sur l'interprétation des principes libéraux et les résistances à la politisation de la vie en général, les analyses de Foucault ne semblent pas laisser de place pour une contestation du mode spécifiquement libéral de politisation de la

²⁹⁷ Michel Foucault, « Le pouvoir, une bête magnifique », *Dits et écrits*, t. 3, op.cit., n°212, p. 374.

²⁹⁸ Pour Michel Foucault, « La notion de stratégie est essentielle quand on veut faire l'analyse du savoir et de ses rapports avec le pouvoir. Implique-t-elle nécessairement qu'à travers le savoir en question on fait la guerre ? La stratégie ne permet-elle pas d'analyser les rapports de pouvoir comme technique de *domination* ? Ou faut-il dire que la domination n'est qu'une forme continuée de la guerre ? » (*Dits et Écrits*, t. III, op.cit., p. 94).

²⁹⁹ Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? », op.cit., p. 42.

³⁰⁰ M. Foucault, « La naissance de la médecine sociale », op.cit., p. 227.

santé³⁰¹. Certes, Foucault souligne que la santé est en jeu dans des luttes pour la satisfaction des besoins fondamentaux. C'est du moins ce qui ressort dans l'un de ses entretiens de 1983 sur la Sécurité sociale où il rejette l'idée d'un « droit à la santé » pour retenir celle d'un « droit à des conditions de travail qui n'augmentent pas de façon significative les risques de maladie ou de handicap divers »³⁰². Pour Foucault, il convient de parler d'un droit aux « moyens de santé » et par là, déclare-t-il, « il faut entendre non pas simplement les installations hospitalières et les médicaments, mais tout ce dont une société peut disposer à un moment donné pour effectuer les corrections et les ajustements de santé dont on est techniquement capable »³⁰³. De même, dans un article de *Libération* datant de 1984, Foucault évoquait à propos des *boat people* un droit fondé sur la souffrance et le malheur : « Le malheur des hommes ne doit pas rester un reste muet de la politique. Il fonde un droit absolu à se lever et à s'adresser à ceux qui détiennent le pouvoir »³⁰⁴.

Certes, Foucault va analyser les stratégies de résistances parallèlement à la biopolitique des populations à travers des luttes contre la souffrance et toutes les formes de précarités comme nous l'avons vu précédemment, cependant une difficulté demeure. Il faut ici se poser la question de savoir si de telles luttes contre la souffrance, dont la santé peut être présentée comme l'horizon normatif, doivent être conçues comme des luttes biopolitiques (ou pour une autre biopolitique – non libérale, non néolibérale ?) ou plutôt comme des luttes contre la biopolitique (contre les formes de pouvoir qui s'inscrivent dans la biopolitique en général)³⁰⁵. De toute évidence, étant donné que la médicalisation du social est le dispositif institutionnel nécessaire pour alimenter ce que René Charest appelle le « misérabilisme »³⁰⁶ et

³⁰¹ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 205.

³⁰² Entretien avec Robert Bono, in *Sécurité sociale : l'enjeu*, Paris, Syros, 1983, pp. 39-63. Repris dans *Dits et écrits*, Paris, Gallimard (année 1983).

³⁰³ Michel Foucault, *Dit et Écrits*, t. IV, n° 324, « Un système fini face à une demande infinie », p. 376-377.

³⁰⁴ Michel Foucault, *Dits et Écrits*, t. IV, n° 355, « Face aux gouvernements, les droits de l'homme », p. 708.

³⁰⁵ Les termes de ce questionnement se trouvent dans l'article d'Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », op.cit., p. 205. Il y laisse ce questionnement en suspens en l'orientant vers les enjeux de la question sociale qui « ressurgit sous différentes formes à l'époque néolibérale (conditions de vie et formes de souffrance sociale liées à l'extension du bidonville mondial, à l'exclusion et aux nouvelles formes de travail), la question du statut des références à la santé reste un problème ouvert pour la critique sociale » (*Ibid.*).

³⁰⁶ René Charest, « Misérabilisme, médicalisation du social et biopouvoir », *Nouvelles pratiques sociales*, 2010, p. 189. Souvent mis en opposition avec le populisme, le misérabilisme est une notion développée par le sociologue et épistémologue français Jean-Claude Passeron. Cette notion décrit une attitude qui consiste à « [...] ne voir dans la culture des pauvres qu'une pauvre culture. » Voir Jean-Claude Passeron et Claude Grignon, *Le Savant et le Populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Seuil, 1989.

qui est observé par Stéphane Rullac³⁰⁷ à la fois dans la pratique dominante de l'urgence sociale ou de l'asile inconditionnel, il y a eu une activation des mouvements contre la « surmédicalisation » de la société. Plus explicitement, la médecine sociale en tant que stratégie biopolitique évoque la multiplication des lieux de pouvoir ainsi que des lieux de contre-pouvoir, puisque le dispositif biopolitique suscite des stratégies de résistance³⁰⁸ de la part des sujets politiques. Il existe par ailleurs aujourd'hui un renouvellement des luttes sociales, un peu partout dans le monde, qui sont des réponses à la répression biopolitique sur le plan de la santé ou de la sexualité par exemple³⁰⁹. On peut même observer que dans le champ de l'exclusion, il existe aussi des stratégies de résistance qui sont en émergence. « Et c'est la responsabilité des intervenants, des organisateurs, des militants de brancher nos radars pour les sonder »³¹⁰. Ces stratégies ne sont pas « normées ». Elles peuvent apparaître étranges, désordonnées, incompréhensibles, mais elles peuvent devenir intelligibles si on les capte comme il le faut.

6.2. Le pouvoir médical et ses points de résistances

On a vu comment la médicalisation sans limite de la société a accentué « la question du contrôle social, et, spécifiquement, de la surveillance autour, par exemple, de la figure du panoptique ». Le champ d'action des institutions et des professionnels de la médecine semble s'élargir continuellement. Leur autorité s'exerce puissamment, de bien des manières, quand il s'agit de définir et de produire ce que sont ou ce que devraient être les corps, les vies, les fins de vie³¹¹ par le biais des technologies de contrôle. Daniel Delanöe et Pierre Aiach dans leur ouvrage *L'ère de la médicalisation*, soulignent que ce contrôle s'effectue non seulement au niveau de l'individu avec un contrôle sur le corps - contrôle mettant en jeu la notion de microphysique du pouvoir -, mais aussi au niveau de la population par le biais de l'État. Un dénominateur commun à toute la pensée de Foucault sur la médecine est donc la question de l'individu par rapport à la totalité. À ce propos nous avons vu que la *Naissance de la clinique* nous montrait comment la médecine des singularités, des particularités individuelles s'insérait dans des « séries » pathologiques, les cours de 1974 comment s'exercent sur nous ces micro-pouvoirs quotidiens, comme la psychiatrie. À partir de là s'est développé ce que Foucault a

³⁰⁷ Cf. Stéphane Rullac, « Le misérabilisme dans l'action sociale : un racisme d'État contemporain ? L'exemple de la prise en charge des SDF depuis 1992 », *Nouvelles Pratiques Sociales*, v.22, n°2, 2010 (revue québécoise) : <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

³⁰⁸ Antonio Negri, *La fabrique de porcelaine*, Paris, Éditions Stock, 2006.

³⁰⁹ René Charest, « Misérabilisme, médicalisation du social et biopouvoir », op.cit., p. 192.

³¹⁰ *Ibid.*

³¹¹ Romuald Bodin, « Le pouvoir médical et ses « points de résistance » », Journée d'étude, *Calenda*, Publié le jeudi 06 novembre 2014, <http://calenda.org/305552>

appelé le biopouvoir entendu comme le pouvoir sur la vie. Il s'est avéré ensuite que ce pouvoir ait eu trop d'emprise d'abord sur le corps de l'individu et également sur le corps social tout entier. D'où l'apport des stratégies de résistance analysé par Foucault. Il importe de noter ici que ces stratégies de résistance ne sont pas extérieures au pouvoir. Foucault les analyse comme faisant partie intégrante du pouvoir. Du coup, le pouvoir, fonction donc hautement positive, « faisceau de relations »³¹² n'est pas « irrésistible » : là où il y a du pouvoir, il y a toujours de la résistance, l'un étant coextensif à l'autre : « Je dis simplement : dès lors qu'il y a un rapport de pouvoir, il y a une possibilité de résistance. Nous ne sommes jamais piégés par le pouvoir : on peut toujours en modifier l'emprise, dans des conditions déterminées et selon une stratégie précise »³¹³. Le champ dans lequel se déploie le pouvoir n'est donc pas celui d'une domination « morne et stable » : « On est partout en lutte [...] et à chaque instant, on va de rébellion en domination, de domination en rébellion, et c'est toute cette agitation perpétuelle que je voudrais essayer de faire apparaître »³¹⁴. Ce qui caractérise le pouvoir, dans ses visées et dans ses manœuvres, serait donc moins une puissance sans borne qu'une sorte d'inefficacité constitutive :

*Le pouvoir n'est pas omnipotent, omniscient, au contraire – disait Foucault en 1978 à propos des analyses menées dans La Volonté de savoir. Si les relations de pouvoir ont produit des formes d'enquête, d'analyse de modèles de savoir, c'est précisément – ajoutait-il – parce que le pouvoir n'était pas omniscient, mais qu'il était aveugle, parce qu'il se trouvait dans une impasse. Si on a assisté au développement de tant de rapports de pouvoir, de tant de systèmes de contrôle, de tant de formes de surveillance, c'est précisément parce que le pouvoir était toujours impuissant.*³¹⁵

Pour Foucault, c'est l'impuissance de ce pouvoir qui favorise la rencontre de certaines formes et certaines zones de résistances. En un mot, c'est de l'« essaimage des points de résistance » en question pour reprendre son expression dans *La volonté de savoir*. Le pouvoir suppose donc toujours une possibilité d'action, de renversement : comme Foucault le note dans les Dits et écrits, il y a une « provocation permanente » entre pouvoir et liberté³¹⁶. Le pouvoir s'exerce et ne peut se réduire à des interdictions ou à des prélèvements car il traverse les dominés, il passe par eux ; il prend appui sur eux, tout comme eux-mêmes, dans leur lutte contre lui, prennent appui à leur tour sur les prises qu'il exerce sur eux. Les relations de

³¹² Michel Foucault, *Dits et Écrits*, t. III, op.cit., p. 302.

³¹³ *Ibid.*, p. 267.

³¹⁴ *Ibid.*, p. 407.

³¹⁵ *Ibid.*, 629.

³¹⁶ Michel Foucault, *Dits et écrits*, Paris, Gallimard, coll. « Quarto » 2001, t. II, 1994, p. 1057.

pouvoir produisent donc, selon *Surveiller et punir*³¹⁷, des « rouages complexes » qui ne « sont pas univoques » et dessinent des « foyers d'instabilité dont chacun comporte ses risques de conflit, de luttes et d'inversion au moins transitoire des rapports de forces »³¹⁸.

Pourtant, ces résistances qui font corps avec le pouvoir comme nous le constatons avec Foucault, s'appliquent à travers l'institution médicale et englobent l'ensemble des volets santé et services sociaux qui, une fois encore, se retrouve comme le moteur des nouvelles formes d'exercice de pouvoir, de gouvernementalité qui caractérisent son autorité actuelle. Voilà pourquoi le pouvoir de la médecine et la santé a souvent été dénoncé comme faisant apparaître de nouvelles pathologies. Ces nouvelles pathologies font ressortir de nouveaux médicaments³¹⁹ et de nouvelles catégorisations en groupes à risque de développer ces nouveaux maux. Or donc, s'il y a quarante ans le trop de médecine était au cœur du discours critique, le trop de santé suscite aujourd'hui une polémique entourant l'impact de son empreinte dans la définition des idées, des représentations et des pratiques³²⁰. Ainsi, la santé parfaite, la performance et la perfectibilité des corps et des esprits sont autant de principes incorporés par les individus, tant pour guider les comportements que pour se situer et se penser par rapport à la norme sociale³²¹. On peut observer ce même élan critique de la médecine dans les développements des sciences sociales de la médecine (*social sciences and medicine*) qui incluent des praticiens cliniques. On s'indigne du pouvoir conféré à l'institution médicale et de la fonction de contrôle que prend la notion de santé dans nos sociétés modernes avancées. À commencer par Ivan Illich qui, comme nous l'avons indiqué dans nos analyses précédentes, sonne l'alarme sur les effets iatrogéniques dans les années 1970 - les maux physiques, sociaux et structurels - d'une présence médicale autoritaire qui s'est imposée comme la seule voie par laquelle il devenait possible de penser et d'agir sur la santé³²². Lorsqu'au tournant du XXI^e siècle il reconsidère les discours et les pratiques médicales, il infléchit son discours et se joint à de nombreuses voix qui s'inquiètent de la dictature de la santé, cette fois comme fin en soi, objectif ultime et surtout, comme étalon de normalisation sociale. La notion de santé, avec en interface celle des risques pour la santé - mentale,

³¹⁷ Michel Foucault, *Surveiller et punir - Naissance de la prison* (1975), Paris, Gallimard, coll. « Tel », 2003.

³¹⁸ *Ibid.*, p. 31.

³¹⁹ Johanne Colin, « Relations de sens et relations de fonctions : risque et médicament », *Sociologie et sociétés*, Vol. 39, N^o 1, 2007, p. 99.

³²⁰ Marguerite Cagnet et Catherine Montgomery, *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2007, p. 282.

³²¹ Hachimi Sanni Yaya, *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2009, p. 440.

³²² Ivan Illich, *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975, p. 222.

physique, sociale, économique ou politique - s'était répandue au point de devenir une nouvelle grammaire sociale³²³. Or, cette nouvelle grammaire sociale inscrit le développement de la médecine au cœur de la question sociale dans la mesure où elle implique une transformation de la société.

La critique ou la contestation du pouvoir médical permet d'inscrire désormais la médecine au cœur de la question sociale afin d'aborder le problème de l'extension de la pauvreté sous l'influence de l'industrialisation avancée des sociétés modernes actuelles. Si la question date du XIX^e siècle, Robert Castel la fait remonter au Moyen Âge les prémices d'une « politique d'assistance “moderne” »³²⁴. On parle alors de paupérisme pour qualifier ce phénomène social. La question de la médecine sociale et ses points de résistance peuvent dès lors être branchées à la question sociale et favoriser ce que Jacques Donzelot appelle « l'invention du social »³²⁵, c'est-à-dire la construction progressive des droits sociaux (on peut dire qu'ils prennent un sens plus complet dans l'établissement des différents États-providences et lors de la fondation de la Sécurité sociale au lendemain de la Seconde Guerre mondiale) : l'assurance pour les salariés et l'assistance pour ceux qui n'ont pas les moyens de travailler³²⁶. Aussi les termes de précarisation, flexibilisation, exclusion, désaffiliation, vulnérabilité, *etc.*, y trouvent leur fondement puisque c'est à travers ces termes que l'on peut envisager une critique du social, même s'il faut reconnaître que la pauvreté continue d'exister et que de nouvelles configurations des problèmes sociaux apparaissent face auxquelles l'État social n'offre guère de solution convaincante. Aussi Edward Said³²⁷ et Barry Smart³²⁸ s'attaquent-ils à un point délicat chez Foucault, celui selon lequel le pouvoir est tellement envahissant du pouvoir, tellement irrésistible, que toute résistance semble futile. Mais David Couzens Hoy, dans un ouvrage consacré à *Michel Foucault, Lectures critiques*, souligne que ces critiques, aussi justifiées qu'elles puissent être par ses propres commentaires, ne saisissent pas ce qu'il y a de plus intéressant dans sa conception de la critique sociale. Il va donc présenter la généalogie foucauldienne comme une « méthode plausible de critique sociale

³²³ Marguerite Soulière, « Pathologiser l'adolescence : une nouvelle grammaire sociale ? », dans Hachimi Sanni Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2009, p. 319.

³²⁴ Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Fayard, Paris, 1995, réédition Folio-Gallimard, Paris, 2000, pp. 109-123.

³²⁵ Jacques Donzelot, *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, Fayard, 1984.

³²⁶ Nathalie Burnay et Thibault Moulaert, « Le traitement de la question sociale à travers la revue *Recherches sociologiques et anthropologiques* », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, HS | 2012, 61-62.

³²⁷ Edward Said, « Criticism between Culture and System » dans *The World, The Text and the Critic* (Cambridge, Mass. : Harvard University Press, 1983.

³²⁸ Barry Smart, *Foucault, Marxism and Critique*, London : Routledge & Kegan Paul, 1983.

immanente »³²⁹. Car « C'est une méthode qui peut fonctionner sans que l'on ait à postuler un point de vue indépendant, utopique »³³⁰. À partir de là, si chez Foucault le corps social tout entier est assujéti aux techniques carcérales et aux tendances normalisatrices, alors la résistance aux mouvements sociaux ne peut venir que de l'intérieur de la société et de ces zones qui n'ont pas encore été entièrement normalisées. C'est dire donc qu'aujourd'hui, l'idéal d'une société normalisée semble inhumain. Or admettre ceci c'est justifier la recherches des mécanismes insidieux de la normalisation que suppose la méthode généalogique de Foucault, que l'on trouve plausible ou non l'analyse empirique qu'il en fait.

Mais quoiqu'il arrive, le travail de la médecine sociale devrait consister à réduire les inégalités sociales par l'exposition des pathologies sociales. Plutôt que d'un terme englobant et totalisant qui sert à assurer la domination d'une forme globale de domination que Hardt et Negri appellent « Empire », le biopouvoir rend opératoire un certain nombre de questionnements sociaux correspondant à diagnostiquer les maux sociaux de manière à permettre de lutter contre les modes de domination et d'assujétissement qui caractérise les relations du pouvoir. Car comme le souligne justement Foucault :

*[La fonction de diagnostic] ne consiste pas caractériser simplement ce que nous sommes, mais, en suivant les lignes de la fragilité d'aujourd'hui, à parvenir à saisir par où ce qui est et comment ce qui est pourrait ne plus être ce qui est. Et c'est en ce sens que la description doit être toujours faite selon cette espèce de fracture virtuelle, qui ouvre un espace de liberté, entendu comme espace de liberté concrète, c'est-à-dire de transformation possible.*³³¹

Ce concept de Foucault devrait avoir un impact important sur la pensée sociale et politique en impulsant la transformation de la société. Foucault insiste ici sur cette fonction de diagnostic : Ainsi, dans la préface de l'ouvrage *Les juges Kakis* de 1977, il s'agit d'aiguiser l'intolérable aux faits de pouvoirs et aux habitudes qui les assourdissent, les faire apparaître dans ce qu'ils ont de petit, de fragile, par conséquent d'accessible, modifier l'équilibre des peurs, non par une intensification qui terrifie, par une mesure de la réalité qui, au sens strict du terme, encourage. Certes, les analyses sur le biopouvoir ont souvent pris la forme d'une politique qui est fondamentalement dépendante de la domination, de l'exploitation, de l'expropriation, et parfois de l'élimination de l'existence vitale de ceux, ou certains de ceux, sur lesquels il

³²⁹ David Couzens Hoy, *Michel Foucault, Lectures critiques*, Traduit de l'anglais par Jacques Colson, Éditions Universitaires, Paris, 1989, p. 26.

³³⁰ *Ibid.*

³³¹ Michel Foucault, « Structuralisme et poststructuralisme », texte n° 330 in *Dits et Écrits*, t. II, pp. 1267-1268 ; Voir aussi Philippe Artières, « Diagnostiquer » : une autre version a paru sous le titre « Dire l'actualité. Le travail du diagnostic chez Foucault », in *Courage de la vérité*, sous la direction de Frédéric Gros, Paris, PUF, 2002.

s'exerce. Le biopouvoir contemporain repose donc selon eux sur le pouvoir qu'ont certains de menacer d'autres de mort. Aujourd'hui nous pensons que la biopolitique doit s'inscrire dans une dynamique de transformation de l'idéologie du social en servant de relais à la mise en lumière des pathologies sociales. Mais comme le relève encore Foucault, ces transformations ne sont pas arbitraires, ni « libres » dans la mesure où elles opèrent dans un domaine qui a sa configuration propre et qui, par conséquent, n'offre pas de possibilités indéfinies de modifications. La pratique politique, dit-il encore, ne réduit pas à néant la consistance du champ discursif dans lequel elle opère³³². Cette consistance et l'insistance de ce qui précède la transformation obligent à reconnaître cette limite dans ces transformations susmentionnées.

6.3. Quelques pôles de résistances à la médicalisation

6.3.1. L'utilisateur comme figure biopolitique

Dans leur ouvrage intitulé *D'après Foucault. Gestes, luttes, programmes*, Philippe Artières et Mathieu Potte-Bonneville soulignent l'apparition des luttes d'utilisateurs³³³ avec Foucault. Selon eux, ces luttes qui apparaissent à la lumière des travaux de Foucault sont irréductibles aux figures classiques de la subjectivation politique, et comme fortes de leurs paradoxes mêmes :

Luttes immédiates mais (pour cela) radicales ; luttes qui ébranlent les modes d'exercice du pouvoir dans la mesure même où elles ne touchent pas de les renverser ; luttes qui conquièrent leur puissance propre en assumant la division gouvernant/gouvernés ; luttes qui suscitent enfin l'ouverture d'un nouvel horizon politique en écartant de leur propos et l'horizon (au nom du seul présent), et la souveraineté³³⁴.

Foucault propose prendre les formes de résistances comme « analyseurs » des relations de pouvoir en indiquant néanmoins que ces résistances partagent un horizon commun avec ce qu'elles contestent. Philippe Artières et Mathieu Potte-Bonneville indiquent à cet effet que les mouvements d'utilisateurs n'ont de sens, et de chance, qu'à condition de s'affronter à des modes de gouvernement qui y sont sensibles, aux deux sens du terme, c'est-à-dire qui peuvent être affectés par une telle remise en cause parce qu'ils sont déjà, de l'intérieur d'eux-mêmes,

³³² Michel Foucault, « Réponse à une question », texte n° 701 in *Dits et Écrits*, t. I, p. 719.

³³³ Selon Mathieu Potte-Bonneville, le mot « utilisateurs » est, dans une version antérieure intitulée « Pour une généalogie des mouvements d'utilisateurs », une intervention lors du colloque « Le politique vu avec Foucault » co-organisé par l'Association française de Sciences Politiques et le Centre interdisciplinaire de recherches comparatives en sciences sociales, Paris, Institut d'études politiques, 7 et 8 janvier 2005.

³³⁴ Philippe Artières et Mathieu Potte-Bonneville, *D'après Foucault. Gestes, luttes, programmes*, Les Belles Lettres, Paris, 2007, p. 356.

préoccupés par cette question et soucieux des usages auxquels ils peuvent donner lieu. Cela implique qu' « il y aurait une illusion à imaginer, face aux mouvements d'usagers, des systèmes collectifs visant l'instauration autoritaire de normes imposées, systèmes aveugles aux individus et n'ayant en vue que leurs seuls impératifs fonctionnels »³³⁵. Aussi dans l'un de ses articles sur « le sujet et le pouvoir », Foucault affirme nettement que : « le problème [...] qui se compose aujourd'hui n'est pas essayer de libérer l'individu de l'État et de ses institutions, mais de nous libérer nous de l'État et du type d'individualisation qui s'y rattache »³³⁶. « L'autre » de ces luttes d'usagers dont nous avons décrit la forme, ce n'est pas l'État comme monstre froid, mais une incertaine corrélation entre individualisation et totalisation. En d'autres termes, si les individus font aujourd'hui valoir de manière neuve leurs droits, leurs exigences et leurs aspirations face aux structures et services collectifs auxquels ils ont à faire, il ne faut pas y voir une rupture, mais un déplacement d'accent à l'intérieur d'une polarité qui relie, depuis longtemps, les intérêts de l'État aux comportements attendus de ses utilisateurs singuliers³³⁷.

C'est bien évidemment cette thèse que Foucault défend et qui est au cœur de notre interrogation : il s'agit des systèmes de santé, de leur refonte après-guerre et de la manière dont, dans ce nouveau contexte, ils peuvent ou non faire droit aux exigences individuelles. C'est pourquoi, dans un article de 1976, Foucault analyse la manière dont, en 1942, le plan Beveridge pose les bases d'une réorientation du système sanitaire britannique, définissant un modèle dont s'inspireront nombre de pays occidentaux. Il s'agit pour Foucault de mettre en place « non le droit à la vie, mais un droit différent, plus important et plus complexe, qui est le droit à la santé. À un moment où la guerre causait de grande destruction, une société prenait en charge la tâche explicite de garantir à ses membres non seulement la vie, mais aussi la vie en bonne santé »³³⁸. Or, relève Foucault, un tel projet revient, non pas à introduire parmi les missions de l'État une exigence radicalement nouvelle, mais faire en quelque sorte « pivoter la manière dont, jusque-là, s'articulait l'intérêt de l'État et le rapport des individus à eux-mêmes »³³⁹. D'un côté, concernant la préoccupation de la santé comme condition de la force nationale, le plan Beveridge opère un premier renversement. À cet effet, « le concept de l'État

³³⁵ *Ibid.*

³³⁶ Michel Foucault, « Le sujet et le pouvoir », in *Dits et Écrits*, t. IV, op.cit., p. 231.

³³⁷ Philippe Artières et Mathieu Potte-Bonneville, *D'après Foucault. Gestes, luttes, programmes*, Les Belles Lettres, Paris, 2007, p. 358.

³³⁸ Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise antimédecine », op.cit., p. 40.

³³⁹ Philippe Artières et Mathieu Potte-Bonneville, *D'après Foucault. Gestes, luttes, programmes*, Les Belles Lettres, Paris, 2007, p. 358.

au service de l'individu en bonne santé se substitue au concept de l'individu en bonne santé au service de l'État ». D'un autre, cette transformation implique une transformation dans la morale dans la morale du corps : le devoir hygiéniste d'assurer la santé laisse place au « droit à être malade quand on le veut et quand il le faut », au droit d'interrompre le travail, etc.

Toute cette analyse, précisons-le, intervient en réponse à un livre d'Ivan Illich intitulé : *Médical nemesis*. Comme nous l'avons d'ailleurs souligné dans notre première partie, Illich à travers cet ouvrage, diagnostique une « expropriation de la santé » par la médecine moderne et stigmatise la négation des individus par le système collectif, et en appelle du coup chacun à reprendre en main sa propre santé. On voit dès lors la différence d'analyse : là où Illich oppose d'un côté des individus prenant en charge leur destin, de l'autre une médecine dont le danger tiendrait à ce qu'elle les ignore. Foucault va donc rectifier cela à partir de trois points essentiels : d'abord la préoccupation envers les individus et l'affirmation de ce que leur santé n'est pas seulement moyen, mais fin, la reconnaissance des droits qui y sont afférents, tout cela formant le cœur de la médecine contemporaine. Ensuite, cette préoccupation est elle-même une inflexion du modèle politique qui oriente le développement médical depuis le XVIII^e siècle. Enfin, il faut resituer cette intervention sur le fond d'un modèle à l'œuvre depuis qua émergé l'idée même d'une politique de la santé. Les luttes d'usagers sont solidaires aux mouvements des malades émergents à la fin du XX^e siècle, notamment avec l'épidémie de sida. Ils désignent l'action d'individus malades sur les dispositifs sociaux, institutionnels, politiques et matériels de santé publique³⁴⁰ expérimentée sous diverses formes, notamment en résistance à celle que lesdits dispositifs impriment sur leur vécu social, émotionnel, voire communautaire. Ils permettent alors d'accentuer, à leur manière, certains rapports entre savoir et pouvoir qui peuvent toujours s'instaurer dans un domaine où la vie et la mort, la santé et la souffrance, la liberté et la dépendance sont continuellement en jeu. Finalement les mouvements de luttes d'usagers rejoignent l'idéal de la « démocratie sanitaire »³⁴¹. Cette notion nous semble particulièrement intéressante dans la

³⁴⁰Voir Évelyne Damm Jimenez dans « Comment rendre la santé publique ? », revue Cosmopolitiques, n°14, mars 2007 ; Il faudrait penser la santé avec Foucault comme biopolitique. Des militants concernés dans le traitement de cette question font apparaître sa dimension cosmopolitique en reliant l'enjeu d'incertitude scientifique et politique avec la fragilité personnelle éprouvée par les malades et partagée. L'empowerment réussi par un collectif de malades oblige à conjuguer autrement savoir et pouvoir et renouvelle profondément les pratiques politiques et scientifiques à la fois : http://www.cosmopolitiques.com/sites/default/files/01-%20Pr%C3%A9sentation_Cosmo%2014.pdf

³⁴¹Lise Demailly, dans son article intitulé les « Variations de la "démocratie sanitaire" et politique publique de santé mentale en France », souligne que « La notion de « démocratie sanitaire » nomme un idéal intéressant, tout particulièrement dans le domaine de la politique de psychiatrie et santé mentale, en ce qu'il inclut l'idée d'un chantier conjoint de la démocratie politique et de la démocratie sociale. En matière de santé mentale, le

mesure où elle sous-tend, au même titre que les mouvements de luttes d'usagers, l'idée d'égalité et d'équité en matière de soins et de façon plus générale de la santé³⁴². Ce terme apparaît « pour désigner la mise en place d'une politique de la santé et d'organisation de soins qui garantisse à chacun l'accès aux meilleurs soins possibles pour le problème de santé qu'il rencontre »³⁴³. Il s'agit d'après Lise Demailly, du refus d'une médecine à plusieurs vitesses, la protection des populations vulnérables, la lutte contre le fait que certaines populations tendent à être exclues du soin en santé mentale : les pauvres, les immigrés, les jeunes toxicomanes, les sans-domicile fixe, les détenus. On dénonce aussi des mécanismes d'exclusion variés : refus d'inscription auprès d'un médecin traitant s'exprimant selon elle par un refus d'accès aux spécialistes pour 40% des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle - pour ceux qui ne bénéficient pas de la couverture de la sécurité sociale classique -, ainsi que toutes les difficultés pour faire face à l'augmentation des dépassements d'honoraires, la limitation d'accès à la prévention et aux dépistages dans certains groupes et finalement par une peur de consulter qui limite l'accès au soin pour certaines populations.

6.3.2. De la psychiatrie comme outils de répression sociale de la folie à la naissance des mouvements antipsychiatriques : une perspective de démedicalisation ?

Tout comme les luttes d'usagers, l'antipsychiatrie s'inscrit dans un projet politique et social en dénonçant le rôle que la société fait jouer à la psychiatrie, un rôle répressif fondé idéologiquement sur un savoir médical. Ce dernier, nous l'avons souligné, inclut le développement de la psychiatrie et ses formes de violence comme outil de la répression sociale de la folie. C'est à partir de là que naît et se développe l'antipsychiatrie. Ainsi, le mouvement antipsychiatrique s'insère dans une perspective de résistance au pouvoir psychiatrique. Car, comme le souligne Robert Lefort : « Tenter de situer l'antipsychiatrie par rapport à la psychiatrie, c'est courir le risque majeur d'accepter un couple antinomique où le

psychiatrique est en effet extensif et recouvre, au-delà du strictement médical, la question des modes de vie et du lien social. La politique de santé mentale, de plus – et cela de manière explicite – n'est pas seulement une question sanitaire, psychiatrique, elle concerne les orientations et l'organisation du médico-social, d'une partie du travail social et de certains aspects des politiques de logement, d'éducation ou des politiques pénales. Elle est un exemple particulièrement évident du fait que la « démocratie sanitaire » ne saurait exister comme démocratie séparée dans un champ bien délimité d'action sans mettre en cause l'ensemble des relations de pouvoir dans la société. » (Lise Demailly, « Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France », *Sociologies*, Théories et recherches, mis en ligne le 18 juin 2014, consulté le 22 mai 2017 : URL : <http://sociologies.revues.org/4653>).

³⁴² Lise Demailly en profite justement préciser que cet élargissement de sens connaît son équivalent dans le domaine de la politique d'éducation : la « démocratie scolaire », qui ne signifie pas ou très peu une nouvelle gouvernance, mais plutôt l'équité dans et devant l'école.

³⁴³ Yves Froger, « La clinique à l'épreuve de la démocratie sanitaire », *Journal français de psychiatrie*, vol. 3, n° 30, 2007, p. 39. DOI : 10.3917/jfp.030.0039

second terme recouvrirait une doctrine impliquant une démarche objectivante, celle même que récuse l'antipsychiatrie.³⁴⁴ » Et comme l'écrit d'ailleurs Danielle Sivadon dans *L'Avenir d'une utopie*, l'antipsychiatrie « se veut silence sur le vacarme des théories [...] on imagine mieux du noir sur une toile, un écran silencieux, une feuille de papier blanc ». L'antipsychiatrie permet de poser différemment la relation à l'institution médicale et va conférer à la folie le droit de s'exprimer jusqu'au bout, la détacher enfin d'un statut médical dans le but de s'affranchir de ce pouvoir institutionnel qui l'emprisonne : « La démedicalisation de la folie est corrélative de cette mise en question primordiale du pouvoir dans la pratique antipsychiatrique »³⁴⁵. De même, dans l'article « Le pouvoir psychiatrique » transcrit dans les *Dits et Écrits*, Foucault constate la « crise de ces disciplines »³⁴⁶ que sont la médecine et la psychiatrie, entrées toutes deux comme nous venons de le voir dans un système de pouvoir. Foucault ne préconise pas de solution en particulier mais tente de trouver des ouvertures, des pistes. C'est pourquoi, après le constat à partir duquel « le monde est en train d'évoluer vers un modèle hospitalier et le gouvernement acquiert une force thérapeutique »³⁴⁷, Foucault va analyser les mouvements de résistances de ce pouvoir psychiatrique qui, d'après Castel, s'est intégrée à toute une stratégie de normalisation, d'assistance et de surveillance. Ces mouvements de résistances, dont l'antipsychiatrie³⁴⁸ est une forme d'expression, se traduisent par un ensemble de refus : refus d'abord de faire de la folie une pathologie dont la vérité scientifique serait détenue par la seule psychiatrie, refus ensuite des traitements médicamenteux d'une part, de nature répressive d'autre part. On note ici des formes de dénonciation des réseaux de pouvoir à l'intérieur de l'asile, mais aussi le droit absolu de la raison sur la non-raison. Voilà pourquoi, dans son résumé de cours de 1974, « Le pouvoir psychiatrique », Foucault définit l'antipsychiatrie comme une lutte « dans et contre l'institution »³⁴⁹. L'antipsychiatrie suppose donc une mise en

³⁴⁴ Robert Lefort, « Antipsychiatrie », *Encyclopædia Universalis*, consulté le 9 juin 2017. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/antipsychiatrie/>

³⁴⁵ Michel Foucault, « Le pouvoir psychiatrique » in *Dits et Écrits*, Quatro Gallimard, Paris, 1994, p. 1554.

³⁴⁶ *Ibid.*, p. 1554.

³⁴⁷ Michel Foucault, « Le monde est un grand asile » in *Dits et Écrits*, Quatro Gallimard, Paris vol I et II, 1994, p. 1301. Il s'agit là d'un des effets pervers de la médicalisation à l'extrême : le pouvoir ne peut désormais exercer sa compétence que parce que la médecine psychiatrique possède en même temps un savoir. « La thérapie médicale est une forme de répression » note Foucault : le thérapeute a un pouvoir sur le patient dans le sens où il va décider de l'état mental de tel ou tel individu, de dire si il est normal ou fou. D'où la grande phrase de Robert Castel selon laquelle « nous sommes tous des psychiatrisables en puissance ».

³⁴⁸ Il n'est pas inutile de rappeler ici que ce mouvement développe dans les années 1960 et 1970 une contestation radicale de la psychiatrie et de sa violence institutionnelle : en janvier 1962, Cooper, psychiatre de son état, réorganise tout un service à l'intérieur d'un grand hôpital psychiatrique londonien afin d'accueillir les schizophrènes, service dans lequel il expérimente de nouvelles méthodes de l'expérience psychiatrique mêlant l'abolition des frontières entre raison et folie, une permissivité sans limite et une absence de hiérarchie.

³⁴⁹ Michel Foucault, « Le pouvoir psychiatrique » in *Dits et Écrits*, Quatro Gallimard, Paris, 1994, p. 1552.

question du pouvoir de normalisation biopolitique et intègre des mouvements de résistance contre l'accentuation des mécanismes de contrôle accru de la population.

Au regard de ce qui précède, la psychiatrie comme outils de répression sociale de la folie va se trouve considérablement remanié au profit de la notion de « démocratie sanitaire » comme nous l'avons vu précédemment. Ainsi, comme le relève justement Lise Demailly, « le domaine de la politique de psychiatrie et santé mentale, en ce qu'il inclut l'idée d'un chantier conjoint de la démocratie politique et de la démocratie sociale. En matière de santé mentale, le psychiatrique est en effet extensif et recouvre, au-delà du strictement médical, la question des modes de vie et du lien social »³⁵⁰. C'est dire que l'essence même de toute politique de santé mentale n'est plus seulement une question sanitaire, psychiatrique ; ces politiques de santé mentale doivent désormais prendre en compte un ensemble « d'orientations et d'organisation du médico-social, d'une partie du travail social et de certains aspects des politiques de logement, d'éducation ou des politiques pénales³⁵¹. L'éclatement de la psychiatisation permet ainsi d'aborder la question sociale en stigmatisant les inégalités en matière de soin et de santé.

³⁵⁰Lise Demailly, « Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France », *Sociologies, Théories et recherches*, mis en ligne le 18 juin 2014, consulté le 22 mai 2017 :

URL : <http://sociologies.revues.org/4653>

³⁵¹*Ibid.*

CONCLUSION

Considérée comme une « boîte à outils », la pensée de Foucault en général et son approche sur la médecine sociale et ses enjeux en particulier, a servi d'arrière-fond d'analyse afin de court-circuiter, disqualifier, casser les systèmes de pouvoir³⁵². Confrontés à l'ampleur de l'œuvre de Foucault et à la multiplicité de ses usages et de ses réinterprétations, nous sommes évidemment loin d'avoir cerné tous les modes de problématisation et tous les objets d'analyse qui se rattache à l'approche foucauldienne de la médecine sociale. Bien entendu, notre intention n'était pas de refaire l'histoire de la médecine sociale – même si elle aura été importante dans la construction de notre analyse –, mais plutôt de faire émerger trois moments-clés de l'analyse des enjeux de la médecine sociale en référence à la thématique de la biopolitique, de souligner pour chacun un mode spécifique de problématisation de la vie et d'interpréter les significations politique et sociale qui s'en dégagent, au regard des différentes phases de la modernité politique et des types de sociétés auxquelles elles renvoient. Cette piste d'analyse nous a menés à une interrogation relativement critique sur le statut des références à la vie et à la santé qui est inféré à la notion de médicalisation. La problématique qui y est liée est celle du rapport entre la médecine sociale et l'émergence à la fois des nouvelles techniques de contrôles sociaux et de régulation sur fond de libéralisme impliquant des logiques de normation. Il s'agissait de penser les enjeux politiques de l'articulation du biopouvoir aux nouveaux mécanismes disciplinaire et de régulation des populations impliquant un régime de normalisation.

Le premier axe de notre analyse consistait à interroger la généalogie de la médecine sociale en rapport avec le développement de la question du biopouvoir. Ainsi, nous avons vu comment en 1942, alors que nous nous trouvons au cœur de la Deuxième Guerre mondiale, la santé s'est transformée progressivement en un objet de préoccupation pour les États. Se référant au plan Beveridge, Foucault montre comment à cet époque se développe étrangement une société dont la tâche était de garantir à ses membres non seulement la vie, mais aussi la vie en bonne santé. On parlera à cet effet d'un « droit à la santé » qui se substitue au « droit à la vie ». Aussi, « La santé, la maladie et le corps commencent à avoir leurs bases de

³⁵² Michel Foucault, *Dits et Écrits*, op.cit., vol. II, p. 720. Il y souligne plus précisément que : « *Tous mes livres, que ce soit L'histoire de la folie, ou celui-là, [Surveiller et punir] sont, si vous voulez, de petites boîtes à outils. Si les gens veulent bien les ouvrir, se servir de telle phrase, telle idée, telle analyse comme d'un tournevis ou d'un desserre-boulon pour court-circuiter, disqualifier, casser les systèmes de pouvoir, y compris éventuellement ceux-là mêmes dont mes livres sont issus... eh bien, c'est tant mieux.* »

socialisation [...] La santé devient l'objet d'une véritable lutte politique »³⁵³. C'est ainsi que chez Foucault, la médecine moderne est devenue une médecine sociale. À partir de là, nous avons souligné que cette médecine n'est qu'un continuum d'un mouvement allant de la police médicale³⁵⁴ du XVIII^e siècle à l'hygiène publique du XIV^e siècle. Mais l'émergence de cette forme historique de la médecine sociale s'ouvre à des enjeux politiques importants : Foucault va aborder les stratégies et les politiques autour des systèmes contemporains de santé, en étudiant l'apparition de la médecine sociale au XVIII^e et au XIX^e siècle. Cela dit, le projet d'une médecine sociale ou d'une médicalisation revêt une dimension politique contemporaine importante en rapport justement avec les politiques de santé publique moderne. Il y a ici un aspect médico-politique lié à la socialisation de la médecine et une insistance particulière sur les normes et les techniques de contrôle social qu'elles impliquent. La remarque de Guillaume Le Blanc trouve dès lors sa justification à partir du moment où : « Les dernières lignes du cours de 1975 ont ceci de remarquable qu'elles font apparaître un objet commun au cours qui s'achève et à celui qui est annoncé : la défense sociale »³⁵⁵. Voilà pourquoi chez Foucault la psychiatrie est analysée comme une « technologie de l'individu qui sera indispensable au fonctionnement des principaux mécanismes de pouvoir »³⁵⁶ : d'un côté, la psychiatrisation assure la légitimation de l'ordre contraignant que ces mécanismes font valoir en le référant à une normalité médicale, connotée symboliquement de manière fortement positive. C'est précisément ce que Stéphane Legrand appelle le « surpouvoir de la réalité »³⁵⁷ : « Le psychiatre c'est celui qui [...] doit assurer au réel le supplément de pouvoir nécessaire pour qu'il s'impose à la folie, et [...] qui doit ôter la folie le pouvoir de se soustraire au réel »³⁵⁸. On entre ici dans ce que Philippe Pinel annonçait déjà dans son *Traité médico-philosophique* dans « [...] l'art de subjuguier et de dompter, pour ainsi dire, l'aliéné, en le mettant dans l'étroite dépendance d'un homme qui, par ses qualités physiques et morales soit propre à

³⁵³ Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine », in *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, Paris, 1994, p. 42.

³⁵⁴ Ce concept est attribué au médecin autrichien Wolfgang Thomas Rau en 1764 comme le souligne Virginie Tournay, dans un ouvrage intitulé *Le concept de police médicale : d'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative*, dans la revue *Politix* n° 77 en 2007, p.173. Ce concept implique un ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics et privés pour améliorer l'état de santé des populations dont ils ont la responsabilité.

³⁵⁵ « Les indisciplinés ou une archéologie de la défense sociale », article cité, p. 27. À la fin du cours sur *Les Anormaux*, Foucault disait en effet : « J'essaierai de reprendre le problème du fonctionnement, à la fin du XIX^e siècle, de la psychiatrie comme défense sociale en prenant pour point de départ le problème de l'anarchie, du désordre social, de la psychiatrisation de l'anarchie » (p. 301).

³⁵⁶ Michel Foucault, *Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris, Gallimard-Le Seuil, « Hautes Études », 1999, p. 260.

³⁵⁷ Cf. Stéphane Legrand, *Les normes chez Foucault*, PUF, 2007 ; chapitre 3 sur la « Normativité ».

³⁵⁸ Michel Foucault, « Le pouvoir psychiatrique », op.cit., p. 132.

exercer sur lui un empire irrésistible, et à changer la chaîne vicieuse de ses idées »³⁵⁹. D'un autre côté, la psychiatrie permet de s'appuyer les uns sur les autres, de se renforcer et de s' « aider » mutuellement³⁶⁰. Cependant, la notion de médicalisation est liée au développement du capitalisme : la formule foucauldienne selon laquelle « c'est sur la vie maintenant et tout au long de son déroulement que le pouvoir établit ses prises »³⁶¹ n'est plus anodine. Analysée dans le cadre du libéralisme, la biopolitique dont la médecine sociale est une forme d'expression répondait à deux préoccupations, la première étant de savoir comment « [...] passer d'un pouvoir lacunaire, global, à un pouvoir continu, atomique et individualisant : que chacun, que chaque individu en lui-même, dans son corps, dans ses gestes, puisse être contrôlé, à la place des contrôles globaux et de masse »³⁶² ; la deuxième comment « trouver un mécanisme de pouvoir tel que, en même temps qu'il contrôle les choses et les personnes jusqu'au moindre détail, il ne soit pas onéreux ni essentiellement prédateur pour la société, qu'il s'exerce dans le sens du processus économique lui-même »³⁶³. À partir de là, les modes de disciplines du biopouvoir visaient l'accroissement de la force de production par l'accentuation du capital humain. Il s'agit d'établir un dispositif régulateur, un dispositif qui prenne appui sur les régularités et les constantes observées au niveau global pour maintenir une population d'êtres vivants dans l'équilibre voulu, la rapprocher d'un état jugé optimal.

Le deuxième volet de notre analyse nous a conduit à l'évaluation de la pertinence des outils forgés par Foucault en portant l'interrogation sur l'articulation de cette forme historique de la médecine sociale et des enjeux portés par le discours et les pratiques actuels de la santé publique. L'examen de cette question nous a amené à montrer comment la santé publique comme discipline médicale a été rendue possible par cette notion de la médicalisation. En ce sens, il est apparu que l'importance croissante de la médecine dans la société ne devrait pas être interprétée comme une lutte mais comme l'effet d'un nouveau régime de pouvoir qui prend appui sur la médecine sociale pour le renforcer. À cet effet, nous avons montré comment l'émergence historique de la médecine sociale que propose Foucault a partie liée avec les dispositifs et les savoirs des politiques contemporaines de la santé publique dans la mesure où le biopouvoir se donne finalement « maintenant comme complémentaire d'un

³⁵⁹ Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique*, Paris, Richard, 1801, section II, chapitre 6 « Avantage de l'art de diriger les aliénés », p. 58.

³⁶⁰ C'est, entre autre choses, ce que Legrand a mis en relief dans *Les normes chez Foucault* et notamment dans son deuxième chapitre au titre de légitimation du pouvoir disciplinaire et de la naturalisation du pouvoir de punir.

³⁶¹ Michel Foucault, *La volonté de savoir*, op.cit., p. 182.

³⁶² Michel Foucault, « Les mailles du pouvoir », in *Dits et Écrits*, t. 2, Paris, Gallimard, 2001, pp. 1001-1002.

³⁶³ *Ibid.*, pp. 1019-1020.

pouvoir qui s'exerce positivement sur la vie, qui entreprend de la gérer »³⁶⁴, si bien que la biopolitique devra avoir pour cible les déterminants qui modifient ces régularités spécifiques, et qui seront par exemple le milieu de vie, la gestion des phénomènes endémiques et épidémiques, la répartition des ressources, l'hygiène publique, les savoirs actuels, toutes choses qui permettent, comme le souligne Stéphane Legrand, de « se donner une prise sur les processus qui sont strictement aléatoires, imprévisibles et ingérables au niveau individuel, mais qui présentent des invariants repérables au niveau global de la population »³⁶⁵. Ici, Foucault se réfère au plan Beveridge comme un point d'inflexion dans l'évolution des formes du pouvoir sur la vie : ce plan souligne l'émergence d'un nouveau droit, « non pas le droit à la vie, mais un droit différent, plus important et plus complexe, qui est le droit à la santé »³⁶⁶. À partir de là, l'idée et la pratique d'une prise en charge de la santé de l'État indiquent une transformation importante dans la manière dont celui-ci se donne pour fonction de gérer la vie de la population qui réside sur son territoire. « La santé devient l'objet d'une véritable lutte politique. »³⁶⁷ Vu sous cet angle, le biopouvoir n'est pas l'apparition d'un pouvoir qui « s'en prendrait à la vie » pour seulement entreprendre de le contrôler, il est l'apparition d'une forme nouvelle et spécifique de valorisation des phénomènes du vivant autour de la santé, laquelle valorisation construit et impose de nouveaux enjeux à la politique et donc de nouvelles possibilités d'exercice, d'implantation, de constitution des rapports de pouvoir et des résistances qu'ils impliquent. Aussi ce pouvoir médical aura une emprise plus large : nous faisons référence ici à cette dimension spatiale de la santé publique. Nous avons notamment analysé toute la politique des espaces qui peut être associée à la médicalisation de la société. Il ne fait aucun doute qu'il y a eu toute une politique de l'espace qui a surgi avec le phénomène historique de la médicalisation et qui avait permis d'éradiquer certaines épidémies, et de juguler les pestes qui sévissaient. On est ainsi parti d'un espace d'hospitalisation à l'espace social tout entier avec une cible plus étendue touchant la population et à leurs conditions de vie socio-environnementale et qui correspond selon Philippe Sabot à une évolution historique dans le traitement des grandes épidémies comme dans le traitement des infractions pénales³⁶⁸. Cette évolution, affirme-t-il encore, correspond à ce qu'Olivier Razac appelle une « histoire des technologies de sécurité »³⁶⁹. On voit donc avec Philippe Sabot comment cette technologie

³⁶⁴ Michel Foucault, *La volonté de savoir*, op.cit., p. 180.

³⁶⁵ Stéphane Legrand, *Les normes chez Foucault*, op.cit., p. 271.

³⁶⁶ Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », op.cit., p. 40.

³⁶⁷ Michel Foucault, *Dits et Écrits*, t. III, op.cit., p. 42.

³⁶⁸ Philippe Sabot, « Une société sous contrôle ? », *Methodos : savoirs et textes, Savoirs textes langage - UMR 8163*, 2012, p. 10. <halshs-00746527>

³⁶⁹ Olivier Razac, *Histoire politique du barbelé*, 2000 ; rééd. Champs-Flammarion, 2009, p. 13.

sécuritaire est corrélative au développement de la médecine sociale et, plus généralement, des programmes de santé publique.

L'ultime axe de notre analyse était centré sur la mise en perspective de l'émergence de la médecine sociale avec la question sociale à partir du contexte historique dans lequel ce concept a été forgé, par Guérin notamment, afin de montrer comment ce concept s'ancre même au cœur de la question sociale. Cette piste d'analyse nous a amené à procéder à une sorte de contre-généalogie foucauldienne de la médecine sociale afin de montrer la pertinence politique et sociale du concept de médecine sociale, non plus exclusivement sous le prisme foucauldien, mais aussi en tenant compte du contexte dans lequel le néologisme de « médecine sociale » a été forgé. Plutôt que d'aborder la question de la médecine sociale qui serait en contradiction avec la question sociale, nous soutiendrons qu'il faille l'inscrire au cœur même de la question sociale. Ici, nous avons développé l'idée selon laquelle la médicalisation sociale est porteuse d'une critique sociale. Le fondement de cette thèse se trouve dans les mouvements anti-médicaux. Nous avons constaté qu'à travers la réforme sanitaire du XIX^e siècle s'est construite une relation entre la maladie et la pauvreté avec l'idée qu'il est possible d'y remédier grâce à la médecine. Et pour Renault, c'est à partir de là qu'émerge la médecine sociale et singulièrement du rapport de la santé à la pauvreté. Et chez Guillaume Le Blanc, la question sociale innerve l'idée d'un gouvernement des pauvres et des ouvriers³⁷⁰. Ainsi donc, la médecine sociale ne s'inscrit plus dès lors dans un continuum de la police médicale ; elle est dès lors interprétée comme solidaire d'un mouvement de réforme sanitaire visant une critique sociale et qui enveloppe à la fois la critique du libéralisme qui est conçu comme son cadre d'apparition. La thématique de la critique sociale se développe aujourd'hui relativement aux « rapports nécessaires mais problématiques entre soin et précarité, clinique et exclusion »³⁷¹. Il y a ici une sorte de « métamorphoses de la question sociale » aujourd'hui en rapport avec les travaux de Robert Castel. Ainsi, la médecine sociale sert de pont en vue d'aborder la question sociale via une critique sociale. Aussi nous avons analysé les points de résistance issus de la médicalisation. À cet effet, il est apparu que la question de la médecine sociale et ses points de résistance peuvent dès lors être branchées à la question sociale et favoriser ce que Jacques Donzelot appelle « l'invention du social »³⁷², c'est-à-dire la construction progressive des droits sociaux (on peut dire qu'ils prennent un sens plus complet dans l'établissement des différents États-providences et lors de la fondation de la Sécurité

³⁷⁰ Guillaume Le Blanc, *La pensée Foucault*, Ellipses, 2014, p. 167.

³⁷¹ Guillaume Le Blanc, *L'invisibilité sociale*, PUF, 2009, pp. 161-162.

³⁷² Jacques Donzelot, *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, Fayard, 1984.

sociale au lendemain de la Seconde Guerre mondiale) : l'assurance pour les salariés et l'assistance pour ceux qui n'ont pas les moyens de travailler³⁷³. Aussi les termes de précarisation, flexibilisation, exclusion, désaffiliation, vulnérabilité, *etc.*, y trouvent leur fondement puisque c'est à travers ces termes que l'on peut envisager une critique du social, même s'il faut reconnaître que la pauvreté continue d'exister et que de nouvelles configurations des problèmes sociaux apparaissent face auxquelles l'État social n'offre guère de solution convaincante.

En guise de dernières analyses, il convient de revenir sur l'approche de la santé publique que sous-tend la médecine sociale afin de mettre en relief le rapport de la santé publique et la pratique médicale. Comment s'articulent les politiques de santé publiques incluant la prévention avec les structures hospitalières et quelles en sont les implications ? Pour répondre à cette question, il faut dire que les politiques de santé publiques impliquent la prévention : la prévention a pour objectifs de prévenir l'apparition des maladies, d'en réduire les conséquences fonctionnelles et sociales et de favoriser l'égalité devant la santé, en agissant sur les déterminants individuels et collectifs de santé et les inégalités de santé. Ainsi, une grande partie de la mortalité prématurée, de la charge de morbidité et des dépenses de santé est liée à des facteurs accessibles à la prévention³⁷⁴. Son action implique la promotion de la santé de proximité alliant l'éducation pour la santé, la mobilisation sociale et la création d'environnements favorables à la santé et les pratiques cliniques préventives ou précisément une prévention dite médicalisée. Le champ d'action de la médecine sociale est donc fortement lié aux pratiques de la prévention qui est un levier majeur pour répondre aux enjeux sanitaires.

En ce sens, la médecine sociale implique une politique de prévention qui s'articule à l'intervention du système de santé et d'autres interventions extérieures à ce système. Dans le premier cas, on parle de prévention médicalisée ou de pratiques cliniques préventives, réalisées par des professionnels de santé dans le système de soins ou dans le dispositif de santé publique tels que la médecine du travail, la médecine scolaire, la protection

³⁷³Nathalie Burnay et Thibault Moolaert, « Le traitement de la question sociale à travers la revue *Recherches sociologiques et anthropologiques* », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, HS | 2012, 61-62.

³⁷⁴Cf. Propositions pour une stratégie de prévention intégrée à la SNS SFSP, 2014, p. 10 ; L'ensemble de ces textes est accessible sur <http://www.sfsp.fr/dossiers/dossiers.php?cdossier=59>. La prévention a partie liée avec un savoir médical qui, comme nous l'avons vu, a pris son importance avec le mouvement hygiéniste et s'est attaché avant tout aux individualités et aux institutions du mouvement de la médecine sociale des années 1920 et 1930.

maternelle et infantile. Dans le deuxième cas, on parle de promotion de la santé qui vise à accroître l'aptitude des personnes et des groupes à améliorer et maintenir leur santé, leur qualité de vie et leur bien-être et pour cela qui associe interventions centrées sur les compétences individuelles telles que l'éducation pour la santé et création d'environnements matériels et sociaux favorables à la santé³⁷⁵. Notons cependant que les deux leviers sont absolument indissociables, dans la mesure où si l'on ne veut pas aggraver les inégalités sociales et territoriales, les interventions sur les comportements doivent être combinées avec des mesures environnementales proches des personnes, afin qu'elles disposent des ressources nécessaires, au niveau personnel et dans leur environnement, pour promouvoir leur santé³⁷⁶. Aussi sur le plan économique, les interventions de promotion de la santé sont plus souvent rentables - c'est-à-dire que les coûts sont compensés par des gains - que les interventions de prévention médicalisée, qui peuvent toutefois être efficaces (c'est-à-dire que les résultats sont satisfaisants au regard des coûts). Cette approche s'illustre très bien chez Foucault lorsqu'il affirme que : « De nos jours, la médecine rencontre l'économie par un autre chemin. Pas seulement parce qu'elle est capable de reproduire la force de travail, mais parce qu'elle peut produire directement une richesse dans la mesure où la santé représente un désir pour les uns et un luxe pour les autres. La santé est devenue un objet de consommation.³⁷⁷ » C'est dire donc qu'au-delà de la volonté de santé qui suppose une d'organiser la société, la médecine sociale laisse entrevoir des interpellations à la prise en charge individuelle. Roland Gori parle à cet effet de « l'injonction d'autonomie » qui consisterait à détruire des protections pour favoriser la prise d'autonomie, à la responsabilité individuelle à l'égard de la maladie.

Quant aux acteurs de la santé publique, il apparaît que le médecin généraliste, premier recours en France en termes de soins, est un premier acteur de la prévention médicalisée. D'autres professionnels de santé interviennent également, dans leurs champs de compétences respectifs à l'instar des médecins d'autres spécialités, à savoir les dentistes, infirmiers, pharmaciens, etc., dans le cadre du système de soins usuels ou du dispositif de santé publique. La liste des interventions concernées est vaste : information, éducation pour la santé (hygiène de vie, santé buccodentaire, etc.), counseling, bilans de santé, suivi des grossesses, de la santé et du développement des enfants, dépistage des facteurs de risque et des maladies,

³⁷⁵ *Ibid.*

³⁷⁶ Didier Jourdan, *La santé publique au service du bien commun ? - Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique*, Éditions de santé, 2012.

³⁷⁷ Michel Foucault, *Dits et Écrits*, t. III, op.cit., p. 54.

vaccination, contraception, chimioprophylaxie, etc. Elle concerne aussi la prise en charge des facteurs de risque à l'exemple de hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, tabac, alcool, etc. Eu égard de ce qui précède, on peut constater que la médecine sociale a certes un impact invasif sur le social, mais elle assure également un rôle protecteur à travers les mécanismes sanitaires.

Au demeurant, on peut remarquer que ces mesures de prévention confinent la médecine sociale à une dimension de « santé totalitaire » pour reprendre l'expression de Roland Gori : à travers des protocoles de diagnostic et de soins très standardisés, à travers le contrôle social de nos existences par une surveillance médicale accrue au nom de la santé publique, nos modes de vie se retrouvent toujours plus normalisés³⁷⁸. Comment lutter contre les dérives de cette médicalisation généralisée ? Comment sortir de cette médicalisation et de cette psychiatrisation, de cette emprise du pouvoir sur nos corps ?

³⁷⁸Roland Gori et Marie-José Del Volgo, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Denoël, 2005.

| LEXIQUE CHOISI DE MEDECINE SOCIALE | |
|---|--|
| CONCEPTS | DEFINITIONS |
| Disparités en santé | Connu sous le terme de <i>health disparities</i> aux États-Unis, <i>healthine qualities</i> dans le reste du monde anglophone, le terme <i>disparités en santé</i> exprime les différences observées dans l'état de santé des individus ou groupes d'individus. Le terme n'implique pas un jugement moral. Il peut y avoir des <i>disparités en santé</i> entre les hommes et femmes, entre différents groupes d'âges, entre groupes socio-économiques ou ethniques (entre autres). |
| Déterminants sociaux de la santé | Conditions sociales et économiques qui influencent l'état de santé d'une population et de ses individus. Systématisés notamment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1996, en 2004, puis en 2008, les <i>déterminants sociaux de la santé</i> incluent plusieurs concepts : le gradient social, le stress, la petite enfance, l'exclusion sociale, le travail, le chômage, le soutien social, les dépendances, l'alimentation et les transports. |
| Inégalités sociales de santé | La notion d'« inégalités sociales de santé » découle de celle, plus globale, « d'inégalités sociales », et regroupe au moins deux aspects importants : les <i>inégalités d'état de santé</i> et les <i>inégalités d'accès aux soins</i> . Les « inégalités sociales » reflètent des différences systématiques, parfois importantes, entre groupes sociaux quant au revenu, à la position professionnelle, à la propriété, à la formation ou à la santé. |
| Iniquités en santé | <i>Health inequities</i> en anglais, le terme d' <i>iniquité en santé</i> introduit un jugement éthique et moral par rapport à ce qui est considéré comme évitable et injuste. Les inégalités sociales de santé peuvent être considérées comme inéquitables si elles reflètent une distribution inéquitable des déterminants sociaux de la santé sous-jacents. |
| Précarité et pauvreté | La <i>précarité</i> est un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. La <i>précarité</i> ne conduirait à la <i>pauvreté</i> que lorsqu'elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle « se chronicise » et qu'elle compromet ainsi gravement les chances de réassumer les responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible. |

³⁷⁹Ce tableau est inspiré de l'article sur la « Médecine sociale en 2013 : quand la précarité précède la pauvreté », Revue médicale suisse, 2013 : À voir sur le lien <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-N-408/Medecine-sociale-en-2013-quand-la-precarite-precède-la-pauvrete>. Nous nous en servons pour montrer l'ensemble de pratiques et des notions liées à la médecine sociale aujourd'hui.

| | |
|-----------------------|---|
| Vulnérabilité | Dans le cadre éthique, la <i>vulnérabilité</i> est la probabilité accrue de subir un tort : n'importe quel tort, pour n'importe quelle raison. Dans la pratique médicale, l'association d'une <i>vulnérabilité sociale</i> (par exemple précarité socio-économique) à une <i>vulnérabilité médicale</i> (par exemple atteinte de l'état de santé mentale) peut conduire à une <i>vulnérabilité clinique</i> , conduisant à un risque de prise en charge clinique inadéquate (par exemple, diminution de l'accès ou de la qualité des soins apportés). |
| Travailleurs pauvres | En anglais, <i>working poor</i> , personnes exerçant une activité professionnelle mais dont les revenus sont insuffisants pour vivre au-dessus du seuil de pauvreté. Il arrive régulièrement que ces personnes exercent plusieurs activités professionnelles en même temps. |
| Seuil de pauvreté | En Suisse en 2010, le <i>seuil de pauvreté</i> correspondait à des revenus mensuels inférieurs à CHF 2450 pour un ménage d'une personne et CHF 3990 pour un couple avec deux enfants. On distingue la pauvreté absolue qui est un manque de ressources financières jugées comme minimales pour la survie, de la pauvreté relative qui est définie par rapport aux ressources moyennes disponibles dans une société. |
| Épidémiologie sociale | Elle analyse la distribution des phénomènes de santé et de maladies selon des critères sociaux (par exemple, formation, profession, revenu, etc.). L'accent est mis sur la quantification des conséquences des facteurs de risques sociaux sur la morbidité et la mortalité dans une population donnée. |
| Coefficient de Gini | Ce <i>coefficient mesure</i> l'inégalité de certaines grandeurs, notamment celle des revenus. Ce coefficient est compris entre 0 et 1. Pour une valeur de 0, la répartition des revenus est parfaitement égalitaire (chaque personne a le même revenu). Plus le coefficient est élevé, plus la répartition est inégale. |

BIBLIOGRAPHIE

A. Ouvrages, articles et conférences, Cours au Collège de France de Michel Foucault³⁸⁰

1. Ouvrages

- *Histoire de la folie*, Gallimard, Paris, 1961.
- *La volonté de savoir*, Gallimard, Tel, 1976
- *Les anormaux*, Gallimard-le seuil, Paris, 2001.
- *Les machines à guérir*, Mardaga, Bruxelles, 1979.
- *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque des sciences humaines », 1966.
- *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963.
- *Résumé des cours. Conférences, essais et leçons du Collège de France*, Ed. Julliard, Paris, 1970-1982.
- *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

2. Articles et conférences

- « Espace, savoir et pouvoir », *Dits et Écrits*, tome IV, texte n°310.
- « Face aux gouvernements, les droits de l'homme », *Dits et Écrits*, t. IV, n° 355.
- « Folie, une question de pouvoir », *Dits et Écrits*, Tome II, Texte n°141, 1974.
- « La politique de la santé au XVIIIe siècle », *Dits et écrits*, n° 257, 1979.
- « La vérité et formes juridiques », *Dits et Écrits*, tome II, texte n°139.
- « Le monde est un grand asile », *Dits et Écrits*, Quatro Gallimard, Paris vol I et II, 1994.
- « Le pouvoir psychiatrique », *Dits et Écrits*, Quatro Gallimard, Paris, 1994.
- « Le sujet et le pouvoir », *Dits et écrits*, vol. II (1976-1988), Paris, Gallimard, 1736.
- « Les grandes fonctions de la médecine dans notre société », *Dits et Écrits*, Vol I et II, Quatro Gallimard, Paris.
- « Les mailles du pouvoir », *Dits et Écrits*, t. II, Paris, Gallimard, 2001.
- « L'œil du pouvoir », *Dits et Écrits*, Vol III, Gallimard, Paris, 1994.
- « Pouvoir et savoir », *Dits et Écrits*, Tome III, Texte n°216, 1977.
- « Structuralisme et poststructuralisme », texte n° 330, *Dits et Écrits*, t. II, 2001.
- « Un système fini face à une demande infinie », *Dit et Écrits*, t. IV, n° 324.
- « Bio-histoire et bio-politique », *Dits et Écrits* volume 3, 1976.

³⁸⁰ Les titres sont classés par ordre alphabétique.

- « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine », *Dits et Écrits* volume 3, 1976.
- « Entretien avec Robert Bono, Sécurité sociale : l'enjeu », *Dits et écrits*, Paris, Gallimard, 1983.
- « La naissance de la médecine sociale », *Dits et Écrits* volume 3, 1977.
- « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », *Dits et Écrits* volume 3, 1978.
- « Prisons et asiles dans le mécanisme du pouvoir », *Dits et Écrits*, Quatro-Gallimard, Paris, 1994.
- « La scène de la philosophie », *Dits et Écrits*, tome III, texte n°234.
- *Histoire de la sexualité*, vol. 1 : *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.

3. Cours au Collège de France³⁸¹

- 1972-1973 : *La société punitive*, Paris, Gallimard, 2013.
- 1973-1974 : *Le Pouvoir psychiatrique*, Paris, Gallimard, 2003,
- 1975-1976 : *Il faut défendre la société*, Paris, Gallimard, 1997.
- 1977-1978 : *Sécurité, territoire, population*, Paris, Gallimard, 2004.
- 1978-1979 : *Naissance de la biopolitique*, Paris, Gallimard, 2004.
- 1979-1980 : *Du gouvernement des vivants*, Paris, Seuil, 2012.
- 1982-1983 : *Le Gouvernement de soi et des autres I*, Paris, Gallimard, 2008.

B. Autres articles et ouvrages sur Michel Foucault et relatifs à la problématique de la médecine sociale³⁸²

1. Articles :

- ARTIÈRES, Philippe, « Diagnostiquer » : une autre version a paru sous le titre « Dire l'actualité. Le travail du diagnostic chez Foucault », *Courage de la vérité*, sous la direction de Frédéric Gros, Paris, PUF, 2002.
- ARTIÈRES, Philippe, « Introduction », *Michel Foucault et la Médecine*, Kimé, 2001.
- Bertani, M., « Sur la généalogie du bio-pouvoir », in J.-C. Zancarini (dir.), *Lectures de Foucault. À propos de « Il faut défendre la société »*, ENS Éditions, 2001.
- BOULLANT, François, « Michel Foucault, Penseur de l'espace », Titre du Séminaire développé par François Boullant dans le cadre des travaux du Laboratoire « Savoirs, Textes, Langage » du 15 janvier 2003, Université de Lille 3 : <http://stl.recherche.univ-lille3.fr/seminaires/philosophie/macherey/Macherey20022003/Boullant.html>

³⁸¹ Classés par ordre chronologique.

³⁸² Les articles et les ouvrages sont classés ici par ordre alphabétique en fonction de leurs auteurs.

- BURNAY Nathalie et MOULAERT Thibault, « Le traitement de la question sociale à travers la revue Recherches sociologiques et anthropologiques », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, HS, 2012.
- CANGUILHEM, Georges, « Les maladies », in *Écrits sur la médecine*, Ed. du Seuil, Coll. « Champ freudien », 2002.
- COLIN, Johanne, « Relations de sens et relations de fonctions : risque et médicament », *Sociologie et sociétés*, Vol. 39, No 1, 2007.
- COLUCCI, M., « Médicalisation » et Di Vittorio, P., « Santé publique », in *Lexique de biopolitique. Les pouvoirs sur la vie*, traduit de l'italien par Pascale Janot, Érès, Toulouse 2009.
- DAMM JIMENEZ, Évelyne, « Comment rendre la santé publique ? », revue *Cosmopolitiques*, n°14, mars 2007 :
http://www.cosmopolitiques.com/sites/default/files/01-%20Pr%C3%A9sentation_Cosmo%2014.pdf
- DEMAILLY, Lise, « Variations de la “démocratie sanitaire” et politique publique de santé mentale en France », *Sociologies, Théories et recherches*, 2014 : URL :
<http://sociologies.revues.org/4653>.
- Deppe, H.-U, Regus M., *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie*, Suhrkamp, Francfort/Main, 1975.
- DI VITTORIO, Pierangelo, « Dégénérescence » et « Psychiatrie », *Lexique de biopolitique. Les pouvoirs sur la vie*, Éditions Érès, 2009.
- DI VITTORIO, Pierangelo, « Le malaise de la médecine. La fonction thérapeutique entre soin et biopolitique », *Philosophie de la santé, Santé conjugée* – avril 2011– n°56.
- FASSIN Didier, « La biopolitique n'est pas une politique de la vie », *Sociologie et sociétés*, vol. 38, n°2, 2006.
- FASSIN, Didier, « Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de santé publique », in FASSIN D. (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris : La Découverte, 1998.
- FEE E., PORTER D., « Public Health, Preventive Medicine and Professionnalisation : England and America in the 19th Century », in A. Wear, *Medicine in Society. Historical Essays*, Cambridge University Press, 1992.

- FROGER, Yves, « La clinique à l'épreuve de la démocratie sanitaire », *Journal français de psychiatrie*, vol. 3, n° 30, 2007 : DOI : 10.3917/jfp.030.0039
- GUÉRIN, J., « Au corps médical de France », *Gazette médicale de Paris*, n° 11, 11 mars 1848.
- GUÉRIN, J., « La médecine sociale et la médecine politique », *Gazette médicale de Paris*, n° 13, 25 mars 1848.
- GUÉRIN, J., « Médecine sociale et médecine socialiste », *Gazette médicale de Paris*, n° 12 et 12, 15 et 18 mars, 1848.
- HABER Stéphane et RENAULT Emmanuel, « Une analyse marxiste des corps ? », *Actuel Marx*, 41 : Corps dominés/corps en rupture, 2007.
- LAURENT, Jean Pierre, «Par-delà la biopolitique», *Critique* 696: 352-368, 2005.
- LE BLANC, Guillaume, « Foucault et la médecine », *La Pensée Foucault*, Ellipses, 2005.
- MOLINIER, P., « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », in Paperman et Laugier (eds.) *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Paris, EHESS, Raisons Pratiques, 2005.
- PAPERMAN, Patricia, « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel », *Le souci des autres*, Paris, EHESS, 2005.
- RAMSEY, M., « Mouvements anti-hygiénistes et libéralisme : vers une histoire comparée », in P. Bourdelais (dir.), *Les Hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Belin, Paris 2001.
- RENAULT, Emmanuel, « Radical Democracy and an Abolitionist Concept of Justice », *Critical Horizons*, vol. 6, 2005.
- RENAULT, Emmanuel, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes* 3/ 2008, n° 1.
- ROLLET, Jacques, « Michel Foucault et la question du pouvoir », *Archives de Philosophie*, vol. 51, Octobre-Décembre, 1988.
- RULLAC, Stéphane, « Le misérabilisme dans l'action sociale : un racisme d'État contemporain ? L'exemple de la prise en charge des SDF depuis 1992 », *Nouvelles Pratiques Sociales*, v.22, n°2, 2010 (revue québécoise) : <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>
- SABOT, Philippe, « Une société sous contrôle ? », *Méthodos : savoirs et textes, Savoirs textes langage - UMR 8163*, 2012, p. 10. <halshs-00746527>

- SAID, Edward, « Criticismbetween Culture and System », *The World, The Text and the Critic*, Cambridge, Mass. : Harvard University Press, 1983.
- SÉNELLART, M., « Situation des cours », *M. Foucault, Sécurité, Territoire, Population*, Seuil/Gallimard, 2004.
- SOULIÈRE, Marguerite, « Pathologiser l'adolescence : une nouvelle grammaire sociale ? », dans HachimiSanni Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2009.
- VIRCHOW, Rudolf, « Die öffentliche Gesundheitspflege », *Die Medecinische Reform*, 5, 1848.
- VU F., BISCHOFF T., WOLFF H., GUESSOUS I., DORY E., DUBOIS-ARBER F., STRINGHINI S., BODENMANN P., « Médecine sociale en 2013 : quand la précarité précède la pauvreté », *Revue Médicale Suisse – www.revmed.ch –*, *Vulnérabilité et santé*, 27 novembre 2013.
- WORMS, Frédéric, « Les deux sens du soin », *Esprit*, « Les nouvelles figures du soin », janvier 2006.

2. Ouvrages :

- ABEL T., DUETZ SCHMUCKI M., HUWILER-MÜNTENER K., BORISCH B., *Médecine sociale et préventive – Santé publique*, Huber 3e édition, 2009.
- ARTIÈRES Philippe et POTTE-BONNEVILLE Mathieu, *D'après Foucault. Gestes, luttes, programmes*, Les Belles Lettres, Paris, 2007.
- BRUGÈRE, Fabienne, *Le sexe de la sollicitude*, Paris, Le Seuil, 2008.
- CASTEL, Robert, *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, 1977.
- CASTEL, Robert, *La gestion des risques*, Éditions de Minuit, Paris, 1981.
- CASTEL, Robert, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.
- CHAREST, René, « Misérabilisme, médicalisation du social et biopouvoir », *Nouvelles pratiques sociales*, 2010.
- COGNET Marguerite et MONTGOMERY Catherine, *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2007.
- COLEMAN, W., *Deathis a Social Disease : Public Health and Political Economy in Early Industrial France*, University of Wisconsin Press, 1982,

- COUZENS HOY, David, *Michel Foucault, Lectures critiques*, Traduit de l'anglais par Jacques Colson, Éditions Universitaires, Paris, 1989.
- DONZELOT, Jacques, *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, Fayard, 1984.
- DONZELOT, Jacques, *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, Fayard, 1984.
- DURKHEIM, Émile, *Les règles de la méthode sociologique* (1894), rééd. Paris, Flammarion, « Champs », 1988.
- ESQUIROL, J.-É. D. (1805), *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Réédition (1980) par les soins de Marcel Gauchet & Gladys Swain, Paris, Librairie des Deux Mondes.
- FISCHBACH, Franck, *Sans objet, Capitalisme, subjectivité, aliénation*, Vrin, Paris, 2009.
- GORI, Roland, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris, Denoël, 2005, en collaboration avec M. Del Volgo.
- GOUBERT, Jean-Pierre (dir.), *La médicalisation de la société française, 1770-1830*, Waterloo, 1982.
- GROS, Frédéric (dir.), *Foucault. Le courage de la vérité*, Presses universitaires de France, coll. « Débats philosophiques », Paris, 2002.
- GROTHJAHN, A., *Soziale Pathologie. Versuche einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene*, Springer, 1923.
- HAYEK, Friedrich A., *La route de la servitude*, Paris, PUF, « Quadrige », 2002.
- HEATH, I., *Matters of Life and Death : Key Writings*, Radcliffe, Oxford 2007.
- HONNETH, Axel, *La Société du mépris*, La Découverte, 2006.
- ILLICH, Ivan, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.
- JOURDAN, Didier, *La santé publique au service du bien commun ? - Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique*, Éditions de santé, 2012.
- Karl Marx, *Le Capital*, Éditions sociales, 1983.
- LA BERGE, A.F., *Mission and Method, The Early Nineteenth-century French Public Health Movement*, Cambridge University Press, Cambridge 1992.
- LABREURE, David, *Michel Foucault, psychiatrie et médecine*, sous la direction de M. Jean-François Braunstein, 2003/2004 : <http://www.memoireonline.com/06/07/479/michel-foucault-psychiatrie-et-medecine.html>

- LE BLANC, Guillaume, *L'invisibilité sociale*, PUF, 2009.
- LE BLANC, Guillaume, *La pensée Foucault*, Ellipses, 2014.
- LEGRAND, Stéphane, *Les normes chez Foucault*, PUF, Paris, 2007.
- MARMOT MG, SMITH GD, Stansfeld S, et al., *Health inequalities among British civil servants : The Whitehall II study*, Lancet 1991.
- MEMMI, Dominique, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris, La Découverte, 2003.
- MONOD, Jean-Claude, *La police des conduites. Le bien commun*, Paris, 1997.
- NEGRI, Antonio, *La fabrique de porcelaine*, Paris, Éditions Stock, 2006.
- NEUMANN, S., *Die öffentliche Gesundheit spflegeim Staate des Eigentumsrechts, ihrerechtliche Begründungundzweckmässige Organisation*, 1847.
- OTHMAR KEEL, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815*, Montréal-Genève, 2001.
- PASSERON Jean-Claude et GRIGNON Claude, *Le Savant et le Populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Seuil, 1989.
- PAUGAM, Serge, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 1988, 8e éd., « Quadrige », 2009.
- PINEL, Philippe, *Traité médico-philosophique*, Paris, Richard, 1801, section II, chapitre 6, « Avantage de l'art de diriger les aliénés ».
- PROCTOR, R. N., *La guerre des nazis contre le cancer*, Belles Lettres, 2001.
- RAZAC, Olivier, *Histoire politique du barbelé*, 2000 ; rééd. Champs-Flammarion, 2009,
- ROSEN, G., *From Medical Police to Social Medicine*, Science History Publications, 1974.
- SANNI YAYA, Hachimi, *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2009.
- SHRYOCK, R. H., *The Development of Modern Medecine. An Interpretation of the Social and ScientificFactorsInvolved*, Alfred A. Knopf, 1936.
- SMART, Barry, *Foucault, Marxism and Critique*, London : Routledge & Kegan Paul, 1983.
- STEDMAN, Jones, *La Fin de la pauvreté ? Un débat historique*, Ère, 2007.
- SUPIOT, Alain, *Critique du droit du travail*, PUF, 1994.
- TOURNAY, Virginie, *Le concept de police médicale. D'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative*, revue Politix n° 77, 2007.

- WILKINSON RG., *The need for an interdisciplinary perspective on the social determinants of health*, Health Econ, 2000.
- WORMS, Frédéric, *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?*, PUF, 2010.
- WRESINSKI, Joseph, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Paris, Journal officiel, 1987.

C. Dictionnaires et Encyclopédies spécialisés:

- REVEL, Judith. *Dictionnaire Foucault*, Ellipses, Coll Dictionnaire Paris, 2008.
- REVEL, Judith, *Le vocabulaire de Foucault*, Ellipses, Paris, 2002.
- STEFAN, Leclercq (dir.), *Abécédaire de Michel Fo*
- GROS, Frédéric, « Biopolitique », *Encyclopædia Universalis*, consulté le 6 juin 2017.
- LEFORT, Robert, « Antipsychiatrie », *Encyclopædia Universalis*, consulté le 9 juin 2017. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/antipsychiatrie/>

D. Journées d'études et colloques :

- POTTE-BONNEVILLE, Mathieu, « Pour une généalogie des mouvements d'usagers », une intervention lors du colloque « Le politique vu avec Foucault » co-organisé par l'Association française de Sciences Politiques et le Centre interdisciplinaire de recherches comparatives en sciences sociales, Paris, Institut d'études politiques, 7 et 8 janvier 2005.
- BODIN, Romuald, « Le pouvoir médical et ses ‘points de résistance’ », Journée d'étude, Calenda, Publié le jeudi 06 novembre 2014 : <http://calenda.org/305552>
- REVEL, Ariane, « Foucault et la question sociale », Séminaire, Calenda, Publié le mercredi 09 décembre 2015 : <http://calenda.org/350673>

E. Dossier :

- [Propositions pour une stratégie de prévention intégrée à la SNS SFSP, 2014](http://www.sfsp.fr/dossiers/dossiers.php?cdossier=59) ; l'ensemble de ces textes est accessible sur <http://www.sfsp.fr/dossiers/dossiers.php?cdossier=59>