

## Entre droit et médecine : la régulation des corps

« *Experimentum in corpore vili* » : la locution latine est étudiée par Grégoire Chamayou (2008) dans son histoire des techniques d'acquisition des corps pour l'expérimentation médicale aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles. Toute une architecture philosophique et médicale a permis de légitimer des expériences faites sur des sujets, dont les corps étaient non seulement sans valeur et sans dignité, mais de surcroît faciles à obtenir. Les avilis ont assumé les dangers au profit de la collectivité, histoire de payer leur dette et de se rendre utiles avant de disparaître. Condamnés à mort, prostituées, déments, pauvres dépendants de l'assistance publique, colonisés, se voyaient assigner une fonction : contribuer à leur corps défendant aux progrès de la science et de l'humanité. Les « contrats » passés avec ces figures prenaient des formes telles que « choisir entre l'exécution ou se faire inoculer la lèpre sur le visage », « bénéficier des soins prodigués à l'hôpital des miséreux en contrepartie de l'ingurgitation de nouveaux remèdes » ou « compenser le gâchis d'une vie non laborieuse par le don utile de son cadavre ».

Le principe du « consentement libre et éclairé », clé de voûte de l'éthique médicale contemporaine (Beauchamp et Childress, 2009), a été largement absent au cours du XVIII<sup>e</sup> et de la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Le modèle paternaliste dominant posait comme seul critère de licéité de l'expérimentation l'intérêt objectif du patient entièrement laissé à l'appréciation du médecin. La volonté et l'autonomie du patient n'entraient pas en ligne de compte. Puisque la relation était conçue sur le mode de la tutelle, le médecin n'était soumis ni à aucun devoir d'information ni à l'obligation de recueillir un quelconque assentiment. Cette exigence aurait privé les médecins de ceux qui constituaient alors les « bassins des sujets de l'expérimentation », c'est-à-dire ceux qui étaient incapables de discernement pour des raisons mentales, destitués de l'usage du libre arbitre en raison de leur jeune âge, de leurs crimes ou de leurs déviations sociales. Or, vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, une nouvelle sensibilité publique émerge pour qualifier d'intolérable ce qui était jusqu'alors normalisé. La machine judiciaire relaie ces émois et intervient. En Allemagne et en France, des procès sont intentés contre des médecins dont les expériences n'avaient pas de buts thérapeutiques, comme ces patients hospitalisés à qui la syphilis avait été inoculée ou encore ces enfants pauvres dépendants de l'assistance qui servaient malgré eux de cobayes. Pour une opinion publique en voie de constitution notamment sous l'influence de la presse, l'expérimentation pratiquée sans obtenir au préalable le consentement devient un abus physique condamnable. Toutefois, dans leurs publications sur la question, les médecins rappellent une tension fondamentale : le sacrifice de l'individu à la collectivité est certainement immoral, mais si l'on veut combattre les ravages de la fièvre jaune ou du choléra, l'expérimentation est inexorable. La question à résoudre est alors comment rendre moins immorales ces pratiques. Les affaires judiciaires ont contraint à un

changement de paradigme, en témoigne le projet d'une contractualisation de la relation expérimentale. De même qu'en échange d'une rétribution salariale, les ouvriers consentent à s'exposer aux risques de la nécrose dans les usines d'allumettes ou les peintres à l'empoisonnement de la cêruse, Bongrand songe à un procédé semblable pour les essais cliniques et thérapeutiques<sup>1</sup>. La finalité n'est pas la protection du patient – principe mis en exergue dans les procès – mais de concevoir le consentement comme un nouvel instrument de recrutement des sujets d'expérience que l'on convaincrait au besoin par des rémunérations substantielles en compensation des risques<sup>2</sup>.

Depuis, on le sait, le schéma contractualiste s'est largement imposé sous l'influence d'une régulation juridique qui, au fil des décennies, a accordé de plus en plus de droits aux patients et précisé les contours de la notion de responsabilité médicale. Le consentement libre et éclairé est la condition *sine qua non* du contrat, rappelle le droit, mais il entraîne aussi la possibilité d'une décharge de la responsabilité. Le devoir d'information sur les risques de traitements s'impose au corps médical qui se trouve, par la même occasion, théoriquement protégé. En dépit du souci sourcilieux de se donner leurs propres règles de fonctionnement, les médecins doivent compter avec les dispositifs de surveillance, de régulation et de réglementation par lesquels l'Etat aime à rappeler sa souveraineté en matière de gouvernement des populations. De bonne guerre, le corps médical coopère étroitement avec les professions du droit, concède avec plus ou moins d'adhésion aux prescriptions et aux proscriptions des pouvoirs publics. Le « paternalisme bienveillant » n'a pas pour autant disparu comme l'atteste la notion juridique de « *privilège thérapeutique* » : dans certaines conditions, le médecin peut décider lui seul ce qu'il considère être le mieux pour le patient sans devoir tenir compte de l'avis de ce dernier.

Liberté de choix, consentement volontaire, autonomie, responsabilité : toutes ces notions sont au cœur de la philosophie libérale qui sert de référence au gouvernement contemporain du vivant, du corps social et du corps médical. Et cet art libéral de gouverner produit ses propres crises de gouvernementalité, car qui dit libertés produites à profusion dit aussi prolifération des risques à surveiller. C'est cet angle qui est privilégié dans ce dossier consacré à l'économie des échanges entre le champ médical, l'ap-

pareil juridique et le monde social. Au point de départ de l'élaboration de ce numéro s'est trouvée l'idée que le « fait divers » judiciaire continue de fonctionner comme un révélateur social fascinant, mais insuffisant. De nos jours encore, lorsque sur le banc judiciaire des accusés s'assoit un représentant du monde médical, l'opinion publique s'émeut à la lecture de la chronique. Comme cette jeune infirmière bordelaise récemment mise en examen pour homicide involontaire en raison d'une erreur de manipulation lors de la distribution de médicaments : un triple dosage de neuroleptiques donné par inadvertance au « *malade d'à côté* » qui finit par succomber d'un arrêt cardiaque. L'erreur humaine est sanctionnée dans l'immédiat par l'interdiction d'exercer ; les résultats de l'autopsie éclaireront le magistrat sur la part de responsabilité de celle qui a trois ans d'expérience dans le métier. Le dosage servi dans un verre était destiné à améliorer le sort du malade voisin, à la corpulence robuste ; or, il a été fatal au corps trop frêle de celui qui l'a ingurgité en méconnaissance de cause<sup>3</sup>. Vraisemblablement, le quidam qui lit la brève dans le journal est saisi par un tressaillement : « j'aurais pu être ce malheureux « d'à côté » qui, lorsqu'il a fait son entrée à l'hôpital, était bien loin d'imaginer l'infortune qui serait la sienne ».

La médiatisation d'affaires judiciaires, où il est question d'erreurs chirurgicales ou d'imprudences dans l'administration des médicaments, n'ébranle pas forcément la légitimité du pouvoir des spécialistes des soins. Dans certains cas, elle contribue d'une façon paradoxale à la renforcer, car par le récit des conditions du drame, sont aussi décrites la noblesse, l'utilité et la vulnérabilité du magistère soignant. Plus important à nos yeux, l'affaire judiciaire cristallise sous une forme dramatique des inquiétudes et enregistre sur le mode sismographique une économie morale historiquement située. Ici nous allons renoncer à prendre pour argent comptant les discours sur la « crise de la médecine » qui jaillissent spontanément lorsqu'une sombre affaire éclate. Ce registre de la dénonciation est capable de dire tout et son contraire, s'écrier devant la démesure du pouvoir médical ou regretter son affaiblissement.

Mais l'existence et la profusion de ces discours ne sont pas à négliger pour autant, comme le souligne Didier Fassin (1996). Sous le regard sociologique et anthropologique, il convient d'identifier qui parle, à partir de quelle position et pour énoncer quelle « vérité ». L'auteur propose

1. Pierre-Charles Bongrand (1906), « La valeur de l'expérimentation sur l'homme en pathologie expérimentale », *La Revue scientifique*, 12, 5<sup>e</sup> série (cité in Chamayou, 2008).

2. Les scientifiques américains inspirent le médecin français, lesquels pratiquaient déjà, dans leurs recherches sur les vecteurs de transmission de la fièvre jaune, les contrats d'expérimentation conclus avec les soldats et les travailleurs immigrés d'origine espagnole.

« Leur hypothèse était que le moustique transmettait la maladie. Pour s'en assurer, conformément aux réquisits de la pathologie expérimentale, il leur fallait en faire la preuve sur des sujets sains. Concrètement cela consistait à enfermer des individus dans une pièce et à y lâcher des moustiques ayant piqué des sujets infectés. Si les sujets tombaient malades, on en concluait que les moustiques transmettaient la fièvre jaune » (Chamayou, 2008 : 304).

3. « Une infirmière bordelaise mise en examen après la mort d'un patient », *Libération*, le 13 août 2009.

de distinguer les rhétoriques de la crise de la médecine selon que l'on a affaire au public, aux professionnels de la santé ou à l'Etat. Entre ces trois acteurs, ce sont des transformations structurelles des rapports de pouvoir qui font le lit de la polyphonie accusatrice. Le public attend du monde médical l'efficacité thérapeutique et l'intégrité morale. Mais alors qu'il est si souvent question dans les médias des progrès scientifiques dans de nombreux domaines de la biomédecine, certains patients doivent se résigner à l'échec des traitements. La croyance presque illimitée dans les potentialités de la médecine va de pair avec la défiance ordinaire à l'égard de son exercice concret (Fassin, 1996). Plus informé, le public serait devenu plus sensible aux décalages entre ce qu'il est en droit d'attendre et ce qu'il obtient effectivement. L'incurie médicale transportée dans le champ judiciaire alimente une *crise de confiance*, une crise fondée en grande partie sur une vision fort idéalisée d'une médecine animée par une éthique du dévouement et du désintéressement. La découverte d'affaires de corruption matérielle ou d'abus de la bonne foi des patients instaure un climat de doute quant aux finalités poursuivies par le corps médical. Par-delà les routines de la consultation ordinaire connues de tous, ce sont des représentations ambivalentes qui perdurent dans l'imaginaire collectif tant elles sont alimentées par la hantise de la tentation faustienne comme par l'espoir mis dans la guérison. Le soignant est ce spécialiste qui peut sauver comme sacrifier des vies (Valabrega, 1962). Une telle représentation polarisée des fautes et des vertus de l'art médical contribue, on s'en doute, à reconduire une image publique quelque peu mystifiée de ces professions.

Chez les professionnels de la santé, une affaire judiciaire qui concerne l'un des leurs fait remonter à la surface une *crise de légitimation*. On connaît les doléances devenues récurrentes de ceux qui déclarent être exposés aux épreuves d'autojustification thérapeutique devant des patients trop informés et trop crispés sur les coûts. A leur grand regret et exaspération, certains médecins estiment se trouver de plus en plus sous la ligne de mire critique des patients. De plus, les luttes ont lieu dans le champ de plus en plus fragmenté et concurrentiel des professionnels. Plus la pratique consiste à être proche du chevet du patient et de la misère de condition, plus les professionnels estiment ne pas être reconnus à leur juste valeur. Certaines figures ont le sentiment de perdre leurs prérogatives passées (comme le «médecin de famille») ou, à l'inverse, d'accéder difficilement à l'affranchissement de vieilles tutelles (comme les infirmières). De l'Etat, les professionnels de la santé attendent une reconnaissance de leurs efforts et de leurs mérites, réclament de meilleures conditions de travail, sous la forme rarissime de grèves. Mais ils contestent aussi les atteintes à leur autonomie ou l'empiètement sur leurs sources de revenus.

Enfin, une affaire portée devant le tribunal, surtout si elle implique la responsabilité des pouvoirs publics, plonge l'Etat dans une *crise de régulation* manifeste dans bien

d'autres domaines comme le contrôle accru des dépenses de santé, le maintien de la sécurité des populations et des administrés, les coûts et les profits du vieillissement démographique. Les politiques publiques de santé cherchent à contrôler l'offre de soins, ce qui n'est pas sans alimenter des tensions auprès des usagers du système de santé. Le rôle de l'Etat n'est pas qu'économique, il est aussi politico-juridique : il représente une instance de légitimation des professionnels de la santé, il met en place des dispositifs de médiation visant à résoudre des conflits qui opposent ces professionnels entre eux, tout comme les litiges avec les patients. « *Ce n'est donc pas la médecine qui est en crise, mais des pouvoirs qui sont en jeu* » (Fassin, 1996 : 194). Comme l'attestent les concurrences internes entre les professionnels, le pouvoir des praticiens est mis en cause par le monde social et le pouvoir médical confronté aux logiques d'Etat. Autrement dit, par un effet de zoom, on découvre bien d'autres choses en amont de la scène relatée dans la presse d'une garde-à-vue ou d'une inculpation impliquant des acteurs du champ médical.

Le refus d'une lecture simplificatrice des phénomènes réunis sous la notion de «judiciarisation» de la médecine est d'emblée énoncé dans l'article qui ouvre ce dossier. Hammer, Cavalli et Burton-Jeangros soumettent à l'examen kaléidoscopique les ambivalences constitutives des relations tissées entre les profanes et les hommes de l'art. Ces auteurs assument une position de défiance vis-à-vis des rhétoriques teintées de moralisme qui de gouttes d'eau font des océans : les cas de procès intentés contre le corps médical deviennent une attitude procédurière généralisée, les principes de précaution formalisés dans les codes déontologiques deviennent le signe d'une médecine globalement défensive, l'erreur médicale portée à la connaissance publique se transforme en dévoilement de pratiques autoritaires et incompétentes. Dans le registre informel, ces avis rapides et tranchés peuvent servir d'exutoire. Plus problématique est leur transposition en langage savant dans les publications soucieuses de livrer clés en main la seule et véritable nature de «la crise de la médecine». Parce que ces écrits sont loin d'être rares, ces auteurs consacrent une bonne partie de leur texte à tempérer ces ardeurs alarmistes par des opérations de distanciation critique. Les apports d'une recherche empirique réalisée en Suisse auprès de femmes enceintes au sujet de l'évaluation qu'elles font du suivi médical de leur grossesse leur servent à montrer que les rapports dans le monde de la santé sont le plus souvent soumis à des compromis négociés, du moins telle est la représentation que se font certains profanes lorsqu'ils relatent leurs transactions plus ou moins sereines avec le corps médical. La conscientisation des vulnérabilités et des responsabilités partagées est en quelque sorte l'une des fonctions ardues du droit contemporain de la santé. Dans ce dossier, un juriste s'interroge à partir du contexte français : au fond, pourquoi la médecine est-elle rétive à la régulation juridique ? Guillaume Rousset fait l'inventaire des sources de malentendus : les médecins peinent à accepter

ce qu'ils estiment être une inflation des règles juridiques, tout en admettant, parfois du bout des lèvres, que le droit peut les protéger. De leur côté, les professionnels du droit sont forcés de reconnaître que c'est bel et bien au tribunal que les contentieux entre les soignants et les soignés finissent par trouver une issue. Et ils découvrent à cette occasion que, comme souvent, il n'y a pas qu'une question de droit, mais bien d'autres plaintes qui remontent à la surface : conditions hospitalières de travail, coûts de la santé, complexité des réseaux de soins, émergence de nouveaux risques sanitaires et controverses autour des diagnostics. Si la hantise d'une médecine traînée de plus en plus devant les tribunaux doit être nuancée, les recours en justice ont quant à eux des significations qui mériteraient, selon l'auteur, d'être largement documentées par les sciences humaines.

Nous sommes bien loin du cadrage philosophique et médical étudié par Chamayou qui a permis de légitimer l'aviilissement et l'exploitation de certains sujets dans les sociétés occidentales et dans les pays colonisés par elles. L'histoire sociale, l'histoire des idées médicales et de la régulation politico-juridique ont complexifié le schéma contractualiste. Les actes sans nécessité thérapeutique se sont multipliés par les techniques intensifiées de dépistage de la médecine préventive, renforçant ainsi la consécration du « droit de savoir ». Le principe aujourd'hui admis du « consentement éclairé » va bien au-delà de la simple justification d'un traitement ou d'une intervention thérapeutique. Le droit de savoir porte sur : pourquoi, comment, avec quelles conséquences et quels coûts le geste médical est accompli. Dans cette visée idéalisée, le médecin et le patient seraient des partenaires dans un rapport qui se veut contractuel et égalitaire. Dans les faits, comment répondre aux attentes d'un patient qui veut sortir du cabinet avec une information claire, alors que dans de nombreux cas, c'est l'incertitude, la divergence et l'ignorance qui règnent ? La règle de la transparence qui consisterait à révéler toute la vérité au patient n'est-elle pas plus préjudiciable que bénéfique du point de vue thérapeutique ? A l'inverse, que faire de ces patients qui font usage d'un autre droit qui leur est reconnu qui est celui du « ne pas vouloir savoir » ou simplement le strict minimum ?

Comme le fait remarquer Dominique Memmi (2003), l'exercice du pouvoir médical et paramédical a évolué vers des formes plus subtiles. De l'imposition paternaliste des disciplines du corps, on est progressivement passé à une surveillance médicalisée diffuse de l'exercice des libertés. Car entre-temps, le processus de civilisation a poursuivi son chemin, les savoirs pasteurien se sont diffusés dans le corps social, la vigilance sanitaire a été en grande partie incorporée par des catégories de la population dont le niveau scolaire s'est par ailleurs élevé. L'appareil normatif juridique formalise les revendications portées par certains mouvements sociaux (soutenus par ailleurs par des professionnels de santé) : davantage de liberté dans les choix, davantage de droits d'accès aux informations, de

consultation voire de participation aux décisions. Entre le « *souci de soi* » (intégrité, autonomie, protection), et le « *souci d'Etat* » (gouvernement du vivant qui assure avec efficacité la sécurité des populations et multiplie les forces productives), s'intercalent des professionnels dont la mission est de vérifier si ces deux soucis concordent. Deux exemples éloquentes que Dominique Memmi a étudiés sont révélateurs d'une étape avancée de l'art libéral de gouverner et des contours politico-juridiques de la contractualisation. Le premier est la dépénalisation de l'avortement couplée à la liberté de concevoir et de procréer. Ces libertés revendiquées par des mouvements politiques sont instituées par le droit. Il ne demeure pas moins que dans leurs « libres choix » les individus sont amenés à justifier leurs actes. Aux cabinets médicaux, dans les bureaux du planning familial ou à la pharmacie qui délivrent la pilule du lendemain, ont lieu les surveillances et interrogatoires discrets des véritables mobiles de la demande. Il faut veiller aux bons usages de la liberté de prévenir ou d'interrompre une grossesse, d'entreprendre une fécondation *in vitro*. Le second exemple nous vient des soins palliatifs, de la liberté reconnue de choisir les conditions de sa propre mort, allant jusqu'à considérer, non sans âpres débats menés dans les cénacles savants, l'idée d'une euthanasie assistée. Au chevet du moribond, le confessionnal laïc s'installe pour découvrir les raisons d'un choix, faire parler avant qu'ils s'en aillent, remplacer ici et là, petit à petit, l'acharnement thérapeutique par l'encadrement bienveillant et curieux des fins de vie.

Memmi prolonge les thèses de Foucault. Dans ses cours consacrés à la naissance de la bio-politique, il montre que l'une des propriétés fondamentales de l'art libéral de gouverner consiste à aller bien plus loin que la seule affirmation des libertés. Le principe de l'auto-détermination est en soi une fiction creuse et inerte. Gouverner dans la pensée du libéralisme consiste à *produire* les libertés, à créer les conditions efficaces de leur propre existence. A l'aune de ce productivisme, on comprend la prolifération des dispositifs juridiques tels que « le libre choix du médecin », le « consentement éclairé », le « droit à l'information ». Mais il faut aussi contrôler les coûts économiques et politiques des usages impropres de ces libertés. Dans cette police contemporaine des corps, les professionnels ne dictent pas de manière autoritaire et par imposition explicitement coercitive comment il faut être pour préserver ce bien temporel précieux qui est le « capital santé ». Ils passent des contrats, se mettent à l'écoute, préviennent des risques, suggèrent des pistes que le patient dûment informé est censé choisir librement. Ils sont acteurs d'un dispositif étatique qui consiste à surveiller l'auto-surveillance. Comme l'analyse Arnaud Frauenfelder dans sa contribution à ce dossier, la constitution d'un problème autour du dopage sportif est à comprendre à l'aune d'une économie sanitaire plus diffuse et généralisée des vertus de l'activité physique comme exercices de l'auto-vigilance des corps largement encouragés par une série de messages prophylactiques « spontanément » adoptés par les classes moyennes.

La surveillance médicalisée de l'usage des libertés a tendance à s'intensifier auprès des catégories de la population qui semblent particulièrement coriaces ou du moins qui semblent échapper à une certaine normativité sanitaire. Le pouvoir appelle à la résistance, qui en retour le fait perdurer. Le processus de civilisation est inachevé, constatait Elias (1975). Car des conflits structurels font barrage à une pacification des rapports sociaux qui résulterait d'une incorporation réussie de la discipline, d'une maîtrise civilisée de ses propres gestes et postures. L'intervention des professionnels de la santé s'avère plus que jamais indispensable, en témoigne l'extraordinaire multiplication de personnages et de pratiques aux marges de l'orthodoxie médicale. Or, les campagnes préventives buttent sur des résistances : ces corps obèses et anorexiques qui contrarient toute la prophylaxie alimentaire, ces dérives éthyliques qui défient encore et toujours la patience des héritiers de la réforme hygiéniste, ces appareils locomoteurs déformés par la méconnaissance des techniques du corps qui dosent efficacement les efforts.

Cette problématique a fait l'objet d'une journée de conférences consacrées à la « clinique de la question sociale » dont la plupart sont publiées dans ce dossier<sup>4</sup>. Dans le contexte actuel, où la question sociale n'est plus guère problématisée tant elle est masquée par une approche morale des problèmes sociaux, c'est vers les lieux confinés du soin qu'elle tend à être refoulée. L'anamnèse des « problèmes sociaux » des usagers en situation de précarité débouche le plus souvent sur l'identification d'une série de conduites individuelles à risques : habitudes alimentaires, comportements sexuels, manières d'éduquer, consommations médicamenteuses. Dans le champ socio-sanitaire, les solutions passent alors par une correction des comportements, par un programme de conversion des dispositions et par une transformation souhaitée du sujet : consommer moins de graisses et plus de légumes, poser des limites aux enfants par la parole et non pas par la punition, adopter des moyens de contraception jugés plus efficaces, savoir gérer soi-même le mal de dos. Les professionnels du champ socio-sanitaire se doivent d'être porteurs de ces messages et d'aider les patients à être « acteurs de leur santé ». De plus, les nouvelles formes d'interventionnisme institutionnel impliquent, pour ces professionnels, une contribution accrue aux politiques de « signalement des dangers ». Dans ce contexte, leurs tâches supposent d'affiner leurs

4. Journée organisée par le Réseau d'Etudes Appliquées des pratiques de Santé, de Réadaptation et de Réinsertion (RéSaR) : « Professionnels socio-sanitaires et usagers en situation de précarité. La clinique au quotidien de la question sociale », Genève, le 17 octobre 2007.

techniques de dépistage et d'enquête sociale, de certifier des aptitudes et des compétences sociales des « clients » à se prendre en charge, de vérifier le bien-fondé des demandes d'une thérapeutique ou d'un certificat d'arrêt de travail, de multiplier les visites à domicile.

Dans sa contribution, Philippe Longchamp analyse l'activité de l'infirmière scolaire dans le contexte genevois. Se déplaçant dans les territoires scolaires, l'infirmière s'engage dans un corps-à-corps subtil avec des familles dont les cultures somatiques traduisent et trahissent des positions sociales et économiques fort inégales. La surveillance des pratiques alimentaires domestiques et de l'hygiène corporelle de l'enfant : autant de gestes bien anciens des passages de l'infirmière, mais qui sont aujourd'hui mis sous la tension d'une politique des signalements de la négligence et de la maltraitance. Toujours dans le registre des déplacements de l'infirmière dans le monde social, Annick Anchisi se penche sur ces instruments à valeur juridique qui permettent de rationaliser l'évaluation des usages des corps vieillissants dépendants. La visite chez les personnes âgées malades, à qui le choix est offert de rester à domicile, est quadrillée par des réformes de l'assurance-maladie qui visent à comptabiliser avec minutie les coûts d'une fin de vie en dehors des structures hospitalières. Paradoxalement, celui qui bénéficie d'une allocation d'impotent doit faire l'objet d'une mesure de ce qu'il peut encore accomplir. Une menace tenace pèse sur ces corps invalides : les réductions d'aides au profit d'un engagement privé souhaité par l'Etat. Car ces politiques menées sous les auspices de l'autonomie sont coûteuses. Le dispositif des « soins à domicile » médicalise les foyers, transfère un appareillage sécuritaire qui exige une compétence profane dans l'usage. L'infirmière ne se rend pas uniquement dans les foyers pour mesurer la pression artérielle, nettoyer une plaie, contrôler les médicaments ou refaire un pansement. Elle joue alors aussi ce curieux rôle « administratif » qui consiste à observer et à quantifier les efforts à fournir pour réaliser des « activités de la vie quotidienne ». « L'écoute » par laquelle l'identité distinctive du métier est affirmée se trouve assujettie à des considérations marchandes.

Tirillés entre les mesures interventionnistes énoncées d'en haut et la « petite misère » côtoyée au quotidien, les professionnels tentent de composer non sans éprouver des tensions et des dilemmes. A l'attente d'une possible reconnaissance formulée par les « usagers » – combinée à la méfiance voire à la résistance – les infirmières se trouvent souvent confrontées à des missions impossibles qui dépassent largement leur cahier des charges officiel. Cette mission impossible se traduit alors par des réponses qui oscillent entre la sollicitude de circonstance et le rappel à l'ordre, entre les immixtions dans la vie privée et le maintien protocolaire de la distance. Par ces gestes et échanges quotidiens, la question sociale est certes refoulée, mais elle ne fait pas moins l'objet d'une clinique constante.

Surveiller médicalement les conditions d'octroi de droits sociaux à l'aune de règles juridiques est au principe même du développement de l'expertise médico-légale dans le champ des assurances sociales.

En Suisse, l'expertise psychiatrique est devenue de plus en plus nécessaire pour sonder les âmes et les bonnes volontés des demandeurs de rentes d'invalidité. Cristina Ferreira interroge le sens de ces scènes d'expertise à partir de la jurisprudence. Poser un diagnostic ne suffit pas pour dessiner des profils gestionnaires de l'assurance; le climat de soupçon contraint de vérifier pourquoi certains s'estiment incapables de travailler en s'appuyant sur une doléance corporelle. Devant le psychiatre mandaté par l'Etat, cette doléance est mal formulée, ou alors de manière rudimentaire, confuse, inintelligible, théâtrale. Les techniques de l'aveu sont une épreuve lorsque l'expertise médico-psychiatrique s'exerce sur une clientèle immigrée non qualifiée qui comprend à peine le français. Dans certains espaces, en dépit de la coprésence d'un médecin et d'un sujet malade, les principes du « libre consentement » et du droit à l'information sur les tenants et les aboutissements d'un examen sont mis entre parenthèses.

Le gouvernement politique du vivant implique encore et toujours des critères médicalisés de la hiérarchisation. Certes, il n'est plus question dans les traités médicaux des « *corpore vili* », de ces vies infâmes sur lesquelles la médecine pouvait exercer une domination en toute impunité. L'économie morale se métamorphose au gré des définitions de l'intolérable. En témoigne la dignité reconnue à partir des années 1980 aux victimes de traumatismes, autrefois stigmatisées comme les soldats réfractaires à leur retour sur le champ des batailles ou les ouvriers accidentés. C'est cette thématique qui est abordée au cours de l'entretien réalisé avec Richard Rechtman, psychiatre et anthropologue, à partir de l'enquête co-réalisée avec Didier Fassin (2007). Les usages institutionnels des catégories de la nosographie psychiatrique échappent aux professionnels tant ils sont appropriés par le politique dans des dispositifs d'octroi d'indemnités lors de sinistres, de demandes de droits d'asile ou de prises en charge humanitaires des victimes civiles des conflits armés. La police médicalisée et psychiatisée des droits instaure de nouvelles inégalités, est au service de l'inclusion des uns et de la relégation des autres au nom de critères qui échappent à la maîtrise des professionnels de la santé.

Cristina Ferreira  
Cristina.Ferreira@hesge.ch

Raphaël Hammer  
Raphael.Hammer@unige.ch

## Bibliographie

- Beauchamp T. L. et Childress J. F. (2009), *Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press, 6<sup>e</sup> éd.
- Chamayou G. (2008), *Les corps vils. Expérimenter sur les êtres humains aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles*, Paris, La Découverte, Les Empêcheurs de penser en rond.
- Elias N. (1975), *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy.
- Fassin D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF.
- Fassin D. et Rechtman R. (2007), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.
- Foucault M. (2004), *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-79*, Gallimard, Seuil.
- Memmi D. (2003), *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.
- Valabrega J.-P. (1962), *La relation thérapeutique : malade et médecin*, Paris, Flammarion.