

QUELLE PHILOSOPHIE DU CORPS HUMAIN, POUR QUELLES CONCEPTIONS DU TRANSFERT DES SAVOIRS MÉDICAUX ?

Yves Schwartz

A l'origine de nos Journées « Ergologie, Travail et Développement », il y avait la conviction qu'il ne peut y avoir de modèle prédictif pour le développement des groupes humains et des peuples. De même qu'on ne peut prescrire absolument ni la manière, ni les valeurs au nom desquelles on travaille, on ne peut exporter des formes et objectifs de développement de façon unidirectionnelle. En son temps, Alain Wisner avait bien mis à l'épreuve cette thèse dans le cas des transferts de technologie : un principe technique, une machine, une usine doivent toujours être partiellement « réinventés » localement pour produire efficacement [9]. Mais doit-on nourrir les mêmes préoccupations quand il est question de transferts de savoirs ? Et particulièrement ici, de savoirs sur le corps humain, la médecine, la santé et la maladie ?

Les savoirs dans les sciences de la nature ont conquis leur valeur de ressource sociale, leur pouvoir de transformer notre milieu de vie grâce à leur effort pour déconnecter leur démarche, leurs raisonnements, leurs protocoles, de circonstances locales, de biais introduits par des jugements de valeur. Ce souci d'indépendance crée des communautés virtuellement universelles de « travailleurs de la preuve » selon le mot de Gaston Bachelard : exigence, ascèse d'une pensée conceptualisante et opérative issue d'une tension de « désadhérence » par rapport aux tentations de subordonner la recherche à des ambitions ou des désirs conjoncturels. Nous avons qualifié cet effort de « discipline épistémique ».

Mais en ce qui concerne le soin, la médecine, la santé, jusqu'où est-il juste de célébrer de la même façon un univers de circulation intellectuelle fondé sur des concepts, des protocoles, des technologies hors considération des histoires concrètes des hommes et des peuples, de la santé desquels il est question ? Peut-on déconnecter les politiques de santé de leurs milieux, leurs normes, leurs objectifs de vie ?

Cette interrogation nous mène sur un terrain délicat, voire miné : apprécier à leur juste valeur les prodigieuses réussites du savoir médical issues de cette déconnection, ne pas verser dans l'obscurantisme, et ne pas pour autant sous-estimer ce qu'on pourrait appeler la « vigilance » ou la « discipline ergologique » qui exige des limites à cette déconnection. Dès lors que les humains ne sont pas des choses, des objets naturels, il n'y a pas d'activité de travail, ni de point de vue sur la santé qui n'impliquent des valeurs de vie. Or, il n'y a pas de « science des valeurs ».

Comment alors, durant ces Journées stabiliser un équilibre entre le respect dû à la discipline épistémique interne au progrès de la médecine scientifique et technique dont tout homme quel qu'il soit peut bénéficier, et l'ascèse ergologique qui impose de s'instruire des conditions de vie et des valeurs de développement des groupes humains, singularisés par l'histoire ?

Une distinction de Georges Canguilhem, ce grand philosophe médecin dont nous sommes tous beaucoup inspirés, peut formaliser cette instabilité potentielle à ne pas oublier dans nos réflexions. Le corps vivant, disait-il, est à la fois « *un donné et un produit* ».

Le corps est « *un donné dans la mesure où il est un génotype, effet à la fois nécessaire et singulier des composants d'un patrimoine génétique* ». Sa singularité génotypique étant aléatoire, non effet de culture ou d'histoire, la « nécessité » est celle d'un patrimoine génétique qui conduit à traiter ce corps vivant comme effet de combinaisons biochimiques, corps anonyme et indistinct, à explorer selon les normes rigoureuses de la discipline épistémique.

Ce n'est plus le cas du « corps produit », qui n'est plus un corps anonyme : « *son activité d'insertion dans un milieu caractéristique, son mode de vie choisi ou imposé, sport ou travail, contribue à façonner son phénotype, c'est-à-dire à modifier sa structure morphologique et partant à singulariser ses capacités* »¹. Il faut donc penser dans un champ épistémologiquement hybride, où l'être en étude est à la fois et en même temps corps donné et corps produit.

¹ Dans son texte de 1990, « La santé : concept vulgaire et question philosophique » [2, p. 59].

1. « Corps donné » : nous sommes des ensembles organisés de cellules dont les interactions dynamiques sont saisissables en termes d'échanges énergétiques, chimiques, de calculs de concentration de tels types de cellules ou de molécules. Le diagnostic de « normalité » ou de dérèglement de ces équilibres et échanges requiert des protocoles expérimentaux strictement maîtrisés : dosage de substances dans des prélèvements sanguins, repérages de masses cellulaires normales ou anormales via l'imagerie médicale, identification de porteurs de pathologies ou suivi de vecteurs thérapeutiques au niveau nanométrique...

En ce sens, comme « corps donné », nous relevons légitimement de la discipline épistémique, qui n'a nul besoin de connaître le passé de rencontres, l'histoire de ceux qu'elle examine. Anonymat, désadhérence : quand nous nous soumettons à une analyse de taux de globules blancs ou passons un scanner, nous sommes des corps objets. Recherches sur les cellules souches, thérapie génique, compétitions sur la recherche de molécules bases de nouveaux médicaments : autant d'ambitions scientifiques qui ignorent l'exigence pour chacun de faire d'un corps « son » corps. La seule histoire, l'anamnèse médicale, consiste à comparer les taux, les images à des temps différents, c'est une histoire qui se fait à notre insu, avant d'en être informé, ce n'est pas « notre » histoire.

Et en un sens, c'est bien : il vaut la peine d'être reconnaissant à ces inventeurs d'explorations fonctionnelles et de thérapeutiques biochimiques de chercher à restituer à notre corps donné sa disponibilité aux entreprises de notre corps produit. Et avant de signaler les limites de cette

exploration dans la désadhérence, une lecture récente m'incite à rappeler ce que nous lui devons : sans même parler de l'éradication de la variole, un ouvrage sur les pères fondateurs du pastorisme rappelle comment en 1894 la production par Emile Roux en laboratoire d'« antitoxines » produites après injection de toxines diphtériques à dose non mortelle avait permis la quasi disparition du « cauchemar des mères », l'agonie des enfants diphtériques : « *De temps à autre les pauvres enfants, dans un état d'agitation impossible à décrire, se dressent brusquement sur leur séant, saisissant les rideaux de leur lit qu'ils déchirent dans un mouvement de rage convulsive (...)* Dans un autre moment c'est contre eux qu'ils portent leurs efforts impuissants en portant leur main à la partie antérieure de leur cou comme pour en arracher quelque chose qui les étouffe... »². Au même moment, suite aux premiers succès de la vaccination antirabique, est créé l'Institut Pasteur pour recevoir dans l'urgence des enfants infectés venant du monde entier : parce que fondée sur la désadhérence expérimentaliste, les capacités curatives n'ont cure de l'origine géographique des patients.

Du point de vue donc du corps donné, rien n'est plus légitime que la circulation des savoirs, des appareillages sophistiqués, des protocoles, au sein d'une communauté internationale de physiciens, biologistes, médecins, que l'on pourrait dire « hors sol ». Je pense que c'est une revendication partagée par tous les professionnels de l'institution où nous sommes aujourd'hui : pouvoir accéder au meilleur état de l'art dans leurs spécialités, et pouvoir participer à sa coproduction. Et cela sans ignorer les enjeux financiers, économiques, politiques qui traversent et souvent dénaturent ces échanges (on peut penser aux conflits sur les génériques), ni les obstacles, les modalités souvent discutables de cette

² A. Perrot et M. Schwartz [4, pp.130, 136, 158, 161].

production, ni les problèmes souvent déniés d'appropriation didactique et pédagogiques de ces transferts.

A ce point, il serait opportun d'évoquer, et particulièrement ici, les médecines alternatives, à la suite d'Edouard Orban, celles qui ne s'alimentent pas des protocoles « anonymisants » de laboratoires. Comment évaluer leur efficacité ? Quel degré d'anonymisation conservent-elles, quel degré de singularisation ? A cet égard médecine « hybride », et médecine prête à toute hybridation, comme l'a rappelé Edouard.

2. « Hybride » : nous ne sommes jamais seulement qu'un corps donné. Pour user de termes philosophiques du passé, nous sommes corps et âme, notre âme investit le tout de notre corps, et réciproquement. D'où d'ailleurs notre concept de corps-soi. Si nous voulons distinguer des « champs » en fonction de la nature des objets étudiés, selon notre « épistémologie ergologique », le champ humain est un champ hybride. En témoignent des débats déjà anciens autour de la médecine psychosomatique, le stress, et plus récents autour des « risques professionnels et sociaux », et encore plus entre approches thérapeutiques neurochimiques et approches psychanalytiques des troubles psychiques.

Parler de corps « produit » nous impose d'imputer en partie des modifications de notre corps à des configurations historiques, à des histoires vécues, et non plus comme le seul « *effet d'un patrimoine génétique* ». Mais produit par qui ? par quoi ? On doit circuler ici entre deux pôles, entre une

production « endogène » et une production « exogène », Canguilhem parlait très justement de mode de vie « *choisi ou imposé* ».

Effet de l'histoire d'un mode de vie « imposé », exogène, d'abord. Et le travail, qu'il considérait avec le sport comme exemple de mode de vie producteur du corps, est en effet assez paradigmatique et désormais bien documenté. On rappellera les cas de la silicose et de l'asbestose comme effets sur les poumons de travailleurs longtemps exposés aux poussières de charbon et d'amiante ; et toute la conflictualité sociale, non encore achevée en ce qui concerne l'amiante, pour dé-neutraliser l'origine de la pathologie et l'imputer à des circonstances historiques. « *On connaît les effets préjudiciables des conditions de travail, trop souvent rencontrées dans l'industrie, sur les accidents et les maladies professionnelles, bien sûr mais aussi sur la fatigue, l'usure physique(...), certains cancers, la souffrance mentale, etc. La violence des rapports sociaux dans l'entreprise se concentre d'abord sur le corps des travailleurs* »³.

Mais à la production sur les corps des milieux de travail doit être associé l'effet sur eux des milieux de vie hors travail. Lors des troisièmes Journées « Ergologie, Travail et Développement » organisées à

³ Citation de notre ami Pierre Trinquet [8, pp. 14-15),] extraite de « Formation à l'analyse du travail, et conceptions de la prévention », troisième partie de cette somme exceptionnelle qu'est l'ouvrage tout récemment paru de Catherine Teiger et Marianne Lacomblez, *(Se) Former pour transformer le travail*, où l'on trouvera les plus abondants développements sur ce sujet [7, p. 266].

Porto en Mai 2012, des auteures de l'Université de Coimbra, Lays Helena Paes e Silva et Stefania Barca, évoquaient l'(in)justice environnementale comme une sorte de double peine : aux effets potentiellement nocifs de certaines conditions de travail s'ajoutent pour ces mêmes travailleurs une inégale distribution des risques environnementaux, soit par extrapolation des risques de pollution hors des murs de leurs entreprises et/soit du fait de vivre dans les périphéries urbaines aux conditions d'hygiène de vie dégradées.

L'épidémiologie est un outil possible pour cerner statistiquement les facteurs affectant la santé des corps. Mais c'est un outil à inscrire dans une possible conflictualité sociale, car on ne quitte pas facilement la sécurité d'une clinique du corps donné : ce fut une entreprise de longue haleine, engagée autour de l'étang de Berre, près de Marseille, depuis les années 1980 par Ivar Oddone, poursuivie par Marc Andéol et le Docteur Gilbert Igonet récemment disparu, pour décaler le colloque singulier médecin / patients vers une prise en considération du *curriculum laboris* de ceux-ci : établir des corrélations tendanciennes entre des types d'affection et la fréquentation par eux de grands établissements industriels sur cette zone territoriale relativement bien circonscrite. Avec cette énorme conséquence de faire inscrire une multitude de cas, ailleurs repérés comme simples pathologies du corps donné, comme effet d'une vie de travail spécifiée, donc comme maladie professionnelle appelant réparation.

Spontanément, le langage médical, et c'est normal, se meut dans la sémantique du corps donné. Mais le risque est d'en rester alors, du point de vue du corps produit, à une clinique segmentaire. Evoquant le travail d'Ivar Oddone, Catherine Teiger et Marianne Lacomblez présentent son texte qu'il a appelé

la « fenêtre de Mendès » (p. 504), du nom d'un ouvrier d'Ugine Acier, je crois, un de ceux avec lequel il avait initié l'expérience dont je viens de parler : « *N'accepter* (disait-il), *comme valide que le terme et/ou la locution médicale aurait signifié perdre toute la connotation des termes des ateliers, tous leurs liens avec une réalité faite de choses, d'hommes et de modèles que le langage médical ne pouvait pas couvrir* ». Mendès, que j'ai rencontré avec Oddone, ne voulait pas que la santé ou la maladie professionnelle soit « dépecée », c'est-à-dire réduite à une série de facteurs objectifs repérés dans le milieu (poussières, tel produit toxique...) mis en relation univoquement avec telle affection, comme si en tant que personne globale, chaque travailleur n'essayait pas aussi de réinventer, au cœur des « ateliers », en « adhérence », sa manière de vivre en santé son activité industrielle. Et qui a réfléchi à la suite d'Oddone sur la prodigieuse richesse de « l'expérience ouvrière » comprendra bien cela.

Autrement dit, repérer les facteurs exogènes de production du corps par le mode d'activité « imposé », ce que j'appelle les « risques professionnels », c'est bien, c'est même déjà socialement considérable. Mais cela ne suffit pas pour envisager les liens entre développement et santé. Dans un autre texte du même ouvrage, Canguilhem disait « *Les maladies de l'homme ne sont pas seulement des limitations de son pouvoir physique, ce sont des drames de son histoire* »⁴. « *Son* » histoire ? Notre histoire est sans aucun doute produite par le mode de vie qui nous est imposé. Mais nous ne sommes pas que cela, nous sommes aussi, pour le meilleur et pour le pire, ce que nous essayons d'être.

⁴ « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » [2, p. 89].

3. Notre dernier point doit envisager en quoi notre corps est produit aussi par notre mode de vie « *choisi* », choisi face à ce qui ne lui est jamais totalement imposé. Edouard Orban rappelait à l'instant la phrase de Canguilhem, chacun cherche à « être sujet de ses normes ». Notre santé doit en permanence gérer ses normes de vie entre l'imposé, ce que nous nommons les « normes antécédentes », et ce que nous souhaitons proposer à notre milieu d'activité, comme conforme à nos valeurs de vie. C'est le second sens, endogène, de production, dans l'expression de corps produit : un essai de produire, de dresser, d'habiter notre corps en conformité avec cet axe axiologique.

L'évocation par Pierre Trinquet des effets négatifs des normes du travail sur le corps des travailleurs se terminait ainsi : « *Mais il n'y a pas de fatalité car nous avons toujours un pouvoir de transformation des situations de travail* ». Nous renverrions volontiers, dans la Revue *Ergologia*, à ce constat d'un préventeur, quelques jours avant son départ à la retraite, et à l'issue d'un « Groupe de rencontre du travail » organisé par notre équipe : conscient d'avoir « *fait honnêtement (son) travail de préventeur* », il avouait en même temps : « *je me suis trompé d'une certaine façon* », trompé justement pour avoir « laissé dans l'ombre » ce « pouvoir de transformation des situations de travail », ces normes de santé que nous essayons de nous donner : j'ai laissé, disait-il, « *les personnes au travail dans l'isolement seules face à mes prescriptions et aux difficultés qu'elles rencontraient pour parvenir à réaliser ce qu'elles avaient à faire et, en même temps, à vivre en santé et en sécurité* » [1, p. 186].

Difficultés que nous nommons les « *risques du travail* », par opposition à ce que nous nommons plus haut les risques professionnels. Et la belle thèse à soutenir prochainement de Muriel Prévot Carpentier

confirme que les « conditions de travail » ne peuvent jamais être objectivées et stabilisées uniquement dans la « désadhérence », comme si elles n'étaient pas toujours partiellement retravaillées, « renormalisées » par l'usage que nous essayons de faire de notre « corps-soi », comme nous disons, visant ce que nous pensons être notre santé. Et cet usage, nul ne peut l'anticiper à notre place (il n'y a pas de « science des valeurs »). Donnons deux illustrations qui pourraient passer pour paradoxales.

Ainsi, dans le texte sur l'(in)justice environnementale, mentionné plus haut, dans l'entreprise brésilienne d'extraction d'amiante blanche, à Minaçu en pays guarani, quel choix de vie doit prévaloir et donc quelle définition de la santé dans la politique syndicale entre acceptation négociée du risque sanitaire pour maintenir emploi et famille en ce lieu, ou préservation des voies respiratoires au risque de la perte de ses ressources ? Autre bel exemple développé par notre amie Eliza Echternacht : au nom de quel arbitrage en valeur, articulé aux contraintes *in situ* de l'activité, les techniciens d'un service de radiologie d'un hôpital de Rio de Janeiro préfèrent laisser ouverte une porte plombée dont ils savent pourtant qu'elle les protège des radiations [6, pp. 36-37] ? Dans les deux cas, on ne peut en rester à ces alternatives, mais dans les deux cas un choix de production de son corps-soi s'est imposé que nul ne peut en « exterritorialité » dénigrer.

Au nom de quoi cherchons-nous à produire, à « façonner » notre corps ? C'est là où parce que nous sommes des êtres hybrides, les savoirs sur le corps produit ne peuvent émerger et se transférer de la même manière que ceux du corps donné. Et c'est dans cette hybridation toujours à réapprendre des savoirs de santé que peut être correctement posé le rapport entre santé et développement. « Résistance au changement » : la version négative peut parfois être légitime, mais par exemple en matière de

technologie à transférer, notre ami Abdallah Nouroudine nous a bien montré en quoi c'est la promotion d'un mode de vie social qui était en jeu dans le maintien de certaines pratiques affectant les corps au travail [3].

Critiquer la concentration d'énormes plateaux techniques de la dernière sophistication sur un nombre très restreint d'hôpitaux, coûteux et d'entretien délicat, comme on l'a entendu à Maputo lors de nos Premières Journées « Ergologie, Travail et Développement » en 2007 : est-ce « résistance au changement » ou choix de maintien en santé d'un maximum de populations productives sur des terres agricoles de l'ensemble du territoire mozambicain ? Qui peut le dire sans s'instruire des projets et des héritages des populations concernées ?

Pour revenir au soin, j'ai souvenir de cette belle session des Questions d'Actualité du Master d'Ergologie de cette année, consacrée aux savoirs et usages de soi infirmiers dans les hôpitaux de Marseille, lieu majeur de « l'interculturalité » : comment apprendre et traiter dans les services la diversité des rapports au corps, au soin, à la maladie, à la mort, la structuration et le rôle des familles (si important dans les usages hospitaliers, ici en Algérie) ? Autant de normes collectives spécifiant cette dimension des « corps produits » ; non qu'il s'agisse là de normes culturellement homogènes et intangibles, mais d'autant de manières de gérer le corps et la santé dans la continuité d'un héritage que l'on pense cohérent avec des projets de vie. Il me semble que nous touchons là une dimension de la recherche comparative triangulaire Brésil-Algérie-France dont nous allons parler un peu plus tard.

4. Pour conclure : il faut savoir se tenir en position d'équilibre entre formes d'apprentissage des savoirs de santé du corps donné et ceux du corps produit. L'éminente valeur des premiers tend pourtant à porter ombrage à l'apprentissage clinique des seconds, clinique individuelle comme collective, comme si du point de vue médical, l'humain avait cessé d'être hybride.

Comment « soigner » si l'on peut dire, les corps naufragés de Lampédusa, comment comprendre cet usage extrême, ce dressage aux limites de leur usage d'eux-mêmes sans essayer de comprendre les impasses, les impossibilités vécues comme telles d'une vie en santé générées par les politiques à l'aveugle de développement –ou de non développement- dans les pays des migrants.

Non qu'il faille sous-estimer en rien la nécessité des échanges, transferts, et pas seulement pour les savoirs du corps donné. Nul héritage d'un groupe humain ne s'est jamais développé en vase clos, sans emprunt exogène, ni apprentissage de l'autre, condition de reconnaissance d'un « commun » dirait Edouard Orban, et il y a en la matière à éviter tout « essentialisme » culturel. Mais il y aurait danger à déconnecter ces fécondes interactions des « projets héritages » des groupes concernés. Je reprendrais volontiers ce concept [5, p. 481] pour penser l'articulation des savoirs du corps produit à ceux du corps donné : pas de savoir sur la santé des corps produits qui ne doive s'instruire de cette permanente dialectique, propre aux individus, aux groupes, aux peuples, entre ce qu'ils retiennent à un moment de positif dans leur histoire (l'héritage) et les linéaments d'un monde futur à construire (le projet), lesquels en retour contribuent à sélectionner ce qui est porteur dans cet héritage.

Alors, quels transferts de savoir pour penser les rapports santé-développement des groupes et des peuples ? Etre au fait des savoirs les plus récents du corps donné, produits dans la désadhérence, éventuellement très loin d'eux, et se mettre en instruction de l'état de leurs projets héritages, à ce moment de leur histoire. Pas simple certes. Mais comment échapper à notre hybridité ? Ou bien nous acceptons ce défi, ou bien nous pensons la santé à la place de nos semblables.

Références bibliographiques

- [1] ANONYME, 2010, « Reconsidérer la prévention des risques professionnels », *Ergologia*, n° 3, Mars, Université de Provence, pp. 171-186
- [2] CANGUILHEM G., 2002, *Ecrits sur la Médecine*, Paris, Editions du Seuil
- [3] NOUROUDINE A., 2001, *Techniques et Cultures. Comment s'approprié-t-on des technologies transférées ?* Toulouse, Octarès Editions
- [4] PERROT A. ET SCHWARTZ M., 2013, *Pasteur et ses lieutenants, Roux, Yersin et les autres*, Paris, Editions Odile Jacob
- [5] SCHWARTZ Y., 1988, *Expérience et Connaissance du Travail*, Paris, Editions Sociales, réédition 2012
- [6] SCHWARTZ Y. ET ECHTERNACHT E., 2009, « Le corps-soi dans les milieux de travail : comment se spécifie sa compétence à vivre », *Corps*, n° 6, Mars
- [7] TEIGER C. ET LACOMBLEZ M., (coord.), 2013, *(Se) Former pour transformer le travail*, Presses de l'Université Laval
- [8] TRINQUET P., 1996, *Maîtriser les risques du travail. Le cas du bâtiment et de l'industrie française*, Paris, Presses Universitaires de France
- [9] WISNER A., 1985, *Quand voyagent les usines*, Syros Editions