

## **Introduction : la médicalisation, vue d'en bas**

Thomas Bujon, Christine Dourlens

▶ **To cite this version:**

Thomas Bujon, Christine Dourlens. Introduction : la médicalisation, vue d'en bas. Bujon, Thomas; Dourlens, Christine; Le Naour, Gwenola. Aux frontières de la médecine, EAC, éd. des archives contemporaines, pp.ii-vii, 2014, 978-2-8130-0114-6. halshs-01100876

**HAL Id: halshs-01100876**

**<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01100876>**

Submitted on 7 Jan 2015

**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.

« **Introduction : la médicalisation, vue d'en bas** », in BUJON Thomas, DOURLENS Christine et NAOUR Gwenola LE (dir.), *Aux frontières de la médecine*, Paris, EAC, éd. des archives contemporaines, 2014.

## **La médicalisation, vue d'en bas. Introduction.**

*Thomas Bujon, Christine Dourlens.*

En 2005, trente ans après la parution de l'ouvrage fondateur d'Ivan Illich *Medical Nemesis*, s'est tenue à New York une conférence pluridisciplinaire sur les implications cliniques, philosophiques et politiques de la médicalisation. L'enjeu de cet événement était de réinterroger la pertinence de cette notion, quelques décennies après son intronisation par le champ académique. Dans sa contribution à cette manifestation, Nikolas Rose (2007), considère que la médicalisation est devenue une sorte d'archétype de la critique sociale. Mais il rappelle aussi que, loin de se réduire à l'accroissement continu du pouvoir et du savoir médical, ce processus « a fait de nous ce que nous sommes ». La médicalisation a façonné nos manières de voir le monde, d'être en relation avec nous-mêmes et les autres, contribuant ainsi à la production d'une forme de vie - *a medical form of life*. Mais, pourtant, elle n'est en aucun cas un mouvement simple et homogène et les significations que l'on y attache, l'interprétation de ses causes comme de ses conséquences, sont loin d'être univoques. Effectivement, nombreux sont les travaux qui, aujourd'hui, analysent la médicalisation comme une réalité contrastée, comme un véritable « phénomène social » qui, au cours des quarante dernières années, n'a cessé de se transformer et dont les contours sont particulièrement difficiles à délinéer (Conrad 2013). Aujourd'hui, la médicalisation ne peut plus seulement être considérée comme une forme de « contrôle social » de la déviance exercée par la médecine (Zola 1972, Conrad 1982) et le pouvoir de la médecine réduit à cette seule et unique expression (Rose 2007) : d'abord parce que l'on constate que « le contrôle social sur les corps s'appliquent avec plus ou moins de profondeur et d'étendue selon les domaines et les périodes » (Fassin 1998) ou que les gens sont médicalisés avec plus ou moins d'intensité (selon les âges de la vie, les classes sociales, le genre, les régions du monde, etc.) ; ensuite parce que, à sa jonction, d'autres processus – la pharmacologisation - *pharmaceuticalisation* (William, Gabe, Martin 2011), la biomédicalisation (Clarke 2010) ou la généticisation (Bourgain, Darlu 2013, Shostak et al. 2008) – tendent à la prolonger si ce n'est à la supplanter ; enfin, parce que d'autres acteurs, publics ou privés, organisations scientifiques, consortiums, industries pharmaceutiques et institutions politiques, participent aussi de sa dynamique et de son développement (Clarke 2000 ; Conrad, Lieter 2004). Ainsi, portée par des acteurs très hétérogènes, aux intérêts différentiels, la médicalisation revêt de multiples dimensions et ses conséquences n'ont rien d'évident pour la médecine, les patients ou la société : par exemple, les médecins à qui l'on a longtemps fait jouer un rôle moteur dans la médicalisation et à qui l'on a attribué un « pouvoir », doivent désormais reconsidérer leur « mandat » avec l'intervention des patients / consommateurs, des compagnies d'assurance, de l'industrie biotechnologique et pharmaceutique dans la construction et la redéfinition des diagnostics, des maladies et de leurs traitements (Conrad 2007).

Explorer l'« au-delà de la médicalisation », comme nous y incite Nikolas Rose, telle est l'ambition de cet ouvrage collectif. En relativisant la portée descriptive, explicative et critique de la médicalisation, Nikolas Rose propose, en effet, d'en faire, non point l'aboutissement mais le point de départ de l'analyse. De fait, les différentes contributions qui composent cet ouvrage ne portent pas vraiment sur les évolutions de longue portée qui contribuent à l'élargissement du champ de l'activité médicale au-delà du thérapeutique. Elles ne s'intéressent pas à l'extension des formes de contrôle de la médecine sur des phénomènes naturels, médicaux ou sociaux, ni à ses multiples revirements et résistances. Elles s'intéressent à ce que font les acteurs eux-mêmes – ici les médecins -, lorsqu'ils opèrent aux marges de ce qui est au fondement même de l'ordre normatif de la médecine moderne : la pathologie. Ce changement d'échelle d'observation, cette « réduction de focale » (Revel 1996) conduit l'investigation

*aux frontières de la médecine*, en des lieux où elle est confrontée à de nouveaux enjeux, est investie de nouvelles missions, côtoie de nouveaux partenaires.

En effet, d'un côté, les innovations techniques ouvrent aux médecins de nouveaux domaines d'intervention. Leur rôle ne se limite pas à soigner telle ou telle partie du corps, à pallier telle ou telle déficience. Il est aussi d'aider l'individu à se dégager des contraintes du biologique et de l'accompagner dans la réalisation de lui-même (procréation médicalement assistée, chirurgie esthétique, prescription de psychotropes, médecine anti-âge, réassignation sexuelle etc.). C'est ici, à la fois, l'augmentation des performances et l'accomplissement individuel qui sont recherchés, la médecine jouant un rôle éminent dans la « capacitation » de l'individu (Clarke 2010, Ehrenberg 2010). Dans ce cadre, le médecin ne renonce pas à mettre en œuvre son savoir et sa compétence spécialisée mais il n'est plus tout à fait en posture d'exercer l'autorité que lui confère le pouvoir de guérir.

D'un autre côté, la convocation des médecins au cœur de la régulation d'un certain nombre de problèmes sociaux, leur investissement dans des institutions telles que l'école, la justice, la prison, etc. les amène à « dé-spécialiser » leur intervention alors même que l'on a beaucoup insisté, au cours des dernières décennies, sur le « mouvement continu de spécialisation de la médecine » (Baszanger et al. 2002). Confrontés à des enjeux qui ne relèvent pas strictement du registre du pathologique, ils sont appelés à porter un jugement sur des situations complexes que le savoir médical ne suffit pas à appréhender. Le développement des maladies chroniques soulève des enjeux similaires. Dans la gestion quotidienne de ces maladies, la médecine fait face à ses limites techniques. Elle devient parfois une médecine d'accompagnement. Elle doit, dans cette perspective, nouer alliances et compromis avec d'autres impératifs et composer avec des enjeux qui ne sont pas médicaux. Cette « hybridation » pose à nouveaux frais la question des fondements de l'autorité médicale quand elle n'est plus associée à la disposition d'un savoir spécifique.

La médecine se retrouve ainsi propulsée dans des lieux où elle ne dispose ni des appuis scientifiques, ni des fondements moraux auxquels s'adosse habituellement son magistère. En effet, dans le cadre de l'érosion de la tradition clinique et de la montée en force de ce que Nicolas Dodier (2003) a nommé la « modernité thérapeutique », l'exercice de la médecine est de plus en plus étayé par un ensemble de « dispositifs, d'instances, de notions et d'acteurs » qui ont partiellement relayé « l'autorité morale et cognitive du clinicien ». Désormais, dans le contexte du développement de la médecine scientifique, la pratique médicale est largement orientée par des références, des conférences de consensus, des recommandations, un ensemble de normes qui guident les diagnostics et les thérapeutiques (Castel et Robelet 2009, Berg et Timmermans 2003, Wiesz et al. 2007). Parallèlement, des formes de régulation éthique, des guides de bonne pratique, des chartes, étayent - à distance - la pratique médicale, et décharge le praticien de la confrontation solitaire avec les dilemmes moraux inhérents à l'intervention thérapeutique. Mais, bien sûr, cet étayage ne se déploie pas de manière uniforme. Si, dans certains domaines de la médecine, la modernité thérapeutique semble parfaitement installée, il n'en est pas de même dans d'autres où le rapport à la science et aux institutions est moins prégnant et où les acteurs ont à faire face à des situations moins balisées.

C'est bien lorsque la médecine a tendance à déborder au delà de ses champs d'intervention habituels que cette indétermination est la plus flagrante. Et cela aussi bien lorsque la médecine est requise non seulement au regard de la spécificité de ses compétences et de ses savoirs mais aussi en tant qu'autorité morale, que lorsque le développement des techniques lui ouvrent des domaines d'intervention qui ne sont plus exclusivement limités par l'existence de la maladie ou l'expérience de la souffrance. Dans chacune de ces configurations, la pratique médicale ne peut compter sur les appuis cognitifs et moraux qui encadrent habituellement son activité et elle fait, bien souvent, face à l'incertitude.

L'incertitude que rencontrent ici les médecins n'est pas la conséquence de l'ignorance ou de l'incomplétude des savoirs médicaux (Fox 1988). Elle est une incertitude qu'aucune avancée de la connaissance n'est susceptible de réduire. De nature « ontologique » (Callon 2012), elle est étroitement liée à la « pluralité des mondes sociaux » (Strauss 1992) auxquels sont confrontés les

médecins lorsqu'ils exercent aux frontières de la médecine. A l'entrecroisement de ces différents mondes, les médecins ne disposent plus des cadres leur permettant d'interpréter les situations sur lesquelles agir et ils font face aux limites de leur propre activité. La coexistence de systèmes de référence multiples contribue à mettre en équivalence un ensemble de finalités entre lesquelles les arbitrages s'avèrent bien difficiles à opérer. Bien plus, elle relativise l'idée même de norme (De Munck, Verhoeven 1997) et lui fait perdre en grande partie de sa solidité.

Comment alors les acteurs médicaux aux frontières de leurs missions et de leurs compétences composent-ils avec cette « fragilité normative » (Dourlens 2010) ? Comment l'affrontent-ils sans nécessairement l'occulter ou la contourner ? Quels nouveaux rapports à la norme inventent-ils pour « faire avec » cette indétermination ? Comment « apprennent-ils à marcher sur des sables mouvants » (Bauman 2005) ? Les contributions de cet ouvrage répondent chacune à leur manière à cette interrogation.

Mais la diversité des contributions qui composent cet ouvrage reflète autant les approches de leurs auteurs que la très grande hétérogénéité des professionnels de la médecine dont ils parlent. Anne-Marie Mol et Marcus Berg (1998) ont eu le mérite de pointer que si l'unité de la profession médicale a longtemps été surestimée parce qu'associée au pouvoir social des médecins, il convient désormais de reconnaître les « différences dans la médecine ». En rendant compte des pratiques de médecins très divers au regard de leur statut, de leurs spécialités, de leur position dans la hiérarchie médicale, cet ouvrage prend pleinement acte de ces différences. De toute évidence, le « capital social » dont disposent les professionnels n'est pas totalement étranger au fait que certains, comme les lanceurs de la promesse anti-âge (Sébastien Dalgarrondo et Boris Hauray) sont de véritables entrepreneurs de la médicalisation, alors que d'autres, tels les médecins généralistes incités par l'administration à faire de la prévention (Géraldine Bloy), subissent plutôt les incitations à élargir leurs missions.

Pourtant, et sans minorer les conditions structurelles qui façonnent l'exercice de la médecine, cette publication se focalise plus particulièrement sur les ressources mobilisées « en situation » par les médecins, pour faire face à l'indétermination et l'incertitude. De fait, lorsqu'ils interviennent aux marges de leur profession, l'expérience que font les médecins de la relative inconsistance de leurs appuis normatifs ne les dispense pas d'exercer leur mission et donc de se frayer, malgré tout, des « possibilités d'agir » (Baszanger et Dodier 1997). Selon les contextes, les postures adoptées peuvent être plus ou moins défensives. Parfois arc-boutées sur le maintien en l'état d'un territoire médical balisé et de l'identité qui lui est associée, elles se déclinent alors en de multiples stratégies de contournement, de résistance face à un élargissement des missions susceptibles d'en dénaturer le sens (Lise Dassieu). Mais elles prennent aussi des formes subtiles de sélection des interventions au regard des contraintes de la situation. Ainsi les médecins généralistes encouragés à développer des actions de prévention se livrent à un travail d'interprétation des injonctions qui leur sont faites et ils privilégient des interventions qui s'inscrivent dans des registres d'action bien rodés et qui ne sont pas susceptibles de perturber leurs relations avec les patients (Géraldine Bloy). Les possibilités d'expansion du territoire médical sont ainsi saisies de manière sélective et raisonnée par les praticiens qui régulent leurs activités et en contrôlent le développement. L'autonomie associée à la pratique médicale s'actualise autant donc dans la conquête de nouveaux territoires que dans le repli sur un domaine préservé.

Ce qui est finalement ici à l'œuvre c'est un jeu entre continuité et discontinuité. Préserver « l'authenticité médicale », tout en déplaçant les frontières sur lesquelles elle paraît assise .... Le maintien de cet équilibre fragile est souvent soutenu par un travail de requalification qui porte autant sur l'objectif de l'action médicale que sur ses modalités : ainsi, lorsque ce n'est plus la guérison d'une maladie qui est l'objet de l'intervention, c'est le soulagement de la souffrance qui est promu comme finalité (Yannick Le Hénaff). Ce n'est donc plus à partir de l'objectivation scientifique d'un état pathologique que le soin est légitimé mais à partir de l'expression d'une subjectivité, qui est, dans ce cas, extrêmement valorisée. Notons pourtant que, même lorsqu'elle constitue l'une des références constitutives de l'intervention médicale, la demande du patient n'est pas systématiquement mise en exergue. Tel est le cas de la chirurgie de réassignation sexuelle en milieu hospitalier où l'organisation

des décisions et des prises en charge ainsi que la mise à l'écart du patient qu'elle induit opère un « travail de re-signification collective du projet de transformation du consultant » qui « se retrouve soumis(e) au questionnement de l'expertise médicale » (Laurence Hérault). Dans d'autres contextes, cette réintégration dans le giron médical peut passer par la requalification du soin dispensé. Les traitements de substitution aux opiacées sont ainsi parfois assimilés à la prise en charge de n'importe quelle maladie chronique (Lise Dassieu).

Ce travail de requalification est souvent requis pour atténuer l'ambiguïté des orientations médicales et éloigner les méprises qu'elle provoque. Ainsi, dans le domaine de la psychiatrie particulièrement marqué par la dilution des frontières entre soins et gestion des risques, les promoteurs des nouvelles unités fermées sont tenus – pour échapper au soupçon d'une orientation sécuritaire et punitive – de référer les pratiques d'enfermement à des simples considérations « fonctionnelles » (Benoît Eyraud et Livia Velpry). Pourtant si ces opérations de requalification semblent, dans certains cas, s'apparenter à un discours de justification, elles ne semblent pouvoir s'y réduire. Elles prennent place, en effet, au sein de remaniements plus globaux qui concernent les positionnements épistémologiques et éthiques des médecins (Caroline Protais). Ainsi, l'évolution de l'expertise psychiatrique en matière pénale et le mouvement de responsabilisation des malades mentaux criminels qui y est associé est indissociable du mouvement de désenclavement de la psychiatrie, et de dé-particularisation du malade mental et de sa pathologie. Si les experts travaillent à la frontière de plusieurs registres concurrents (Sébastien Saetta), participant ainsi à l'établissement de connexions inédites entre prise en charge pénale et psychiatrique, ils ancrent la légitimité de leur mission dans le sillage des transformations historiques de la psychiatrie auxquelles ils contribuent.

De fait, la reconfiguration des frontières médicales s'accompagnent souvent de recompositions importantes quant aux savoirs médicaux mobilisés, aux techniques adoptées, mais aussi aux partenariats mis en place. Dans le domaine des toxicomanies et des dépendances, l'implantation des politiques locales de réduction des risques (Gwenola Le Naour) ou la mise en place du projet addictologique (Nicolas Fortané) se sont appuyées sur les relations étroites tissées entre des professionnels de la médecine et des acteurs politiques défendant des conceptions du soin similaires. Dans les centres de rétention (Franck Enjolras), les médecins travaillent dans le même espace que les policiers dont, en revanche, ils ne partagent pas, *a priori*, les références. Cette cohabitation n'est pas seulement source de tensions. Elle est aussi source d'influence réciproque et de rapprochements : les logiques sécuritaires des policiers et les logiques humanitaires des médecins trouvent un point de convergence dans la nécessité d'une gestion des risques et la préservation de la dignité des retenus. La circulation des normes et des valeurs est donc une circulation à double sens. L'extension du champ d'intervention de la médecine ne passe pas forcément par la « conversion » des mondes sociaux avec lesquelles elle interagit. Elle implique des jonctions, des recoupements, des reformulations, mais aussi des hybridations, des compromis, des renoncements... Bref, des processus complexes de traduction ou de transcodage (Lascoumes 1996) dont la clôture semble encore lointaine.

« Vue d'en bas », la médicalisation paraît, ainsi, mettre les médecins à l'épreuve : elle les donne à voir moins comme les instigateurs d'une inéluctable conquête que comme des acteurs, parmi d'autres, aux prises avec la fragilité, l'instabilité et parfois même la dilution de leurs cadres d'action. C'est ce dont témoignent dans cet ouvrage les médecins qui, au cours d'entretiens, font part de leurs expériences et discutent les analyses des différents contributeurs, sociologues, anthropologues ou politistes. Consacré aux médecins qui exercent *aux frontières de la médecine*, cet ouvrage leur donne la parole<sup>1</sup> et propose de faire ainsi découvrir d'autres facettes, encore peu explorées, de la médicalisation.

---

<sup>1</sup> Cet ouvrage fait suite au séminaire *Les nouvelles frontières de la médecine* organisé à l'École Normale Supérieure de Lyon, au laboratoire Triangle, au cours de l'année 2012 et 2013. Les différentes contributions ont toute été discutées par un médecin. Dans la foulée, chaque médecin discutant a été interviewé prolongeant ainsi la discussion avec les auteurs à partir, notamment, de leur pratique médicale. Ces entretiens retranscrits et retravaillés ponctuent ainsi la lecture des différentes contributions des sociologues, anthropologues et politistes.

## Références

- BAUMAN, Z. (2013), *La vie liquide*, Paris, Fayard.
- BASZANGER I., DODIER, N. (1997), « Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique », *Revue française de sociologie*, vol. 38, n°1, pp. 37-66.
- BASZANGER, I., BUNGENER, M., PAILLET, A. (dir.) (2002), *Quelle médecine voulons-nous?*, Paris, La Dispute.
- BERG, M., MOL, A-M. (dir) (1998), *Differences in Medicine, Unraveling Practices, Techniques and Bodies*, Durham and London, Duke University Press.
- BERG, M., TIMMERMANS, S. (2003), *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphia, Temple University Press.
- BOURGAIN, C., DARLU, P. (2013), *ADN super star ou super flic ? Les citoyens face à une molécule envahissante*. Paris, Seuil.
- CALLON, M. (2012), *Les incertitudes scientifiques et techniques constituent-elles une source possible de renouvellement de la vie démocratique ?* Centre de Sociologie et de l'Innovation, Working Papers Series, 28.
- CASTEL, P., ROBELET, M. (2009), « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal de Gestion et d'Economie Médicale*, vol. 27, n°3, pp.98-115.
- CONRAD, P. « Medicalization: Changing contours, characteristics, and contexts » in W. Cockerham (dir) (2013), *Medical Sociology on the move. New directions on Theory*. Springer Netherlands. pp. 194-215.
- CONRAD, P. (2007), *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, The John Hopkins University Press.
- CONRAD, P., LEITER, V. (2004), « Medicalization, Markets and Consumers », *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 45, pp. 158-176.
- CONRAD, P. (1982), « Medicalization and social control », *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, pp. 209-232.
- CLARKE, A. MAMO, L., FOSKET, J., FISHMAN, J., SHIM, J. K. (dir) (2010) *Biomedicalization : Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, Durham, Duke University Press.
- CLARKE, A., FISHMAN, J., FOSKET, J., MAMO, L., SHIM, J. K. (2000), « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux », *Sciences sociales et santé*, vol. 18, n°2, pp. 11-42.
- DODIER, N. (2003), *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'EHESS.
- DOURLENS, C. (2010), *L'action publique à l'épreuve de la fragilité normative*, Mémoire pour l'Habilitation à Diriger des Recherches, Université Jean Monnet, Saint-Etienne.
- EHRENBERG, A. (2010), *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob.
- FASSIN, D. « Les politiques de la médicalisation », in Aïach P., Delanoë D. (dir.) (1998) *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris Edition Economica, Anthropos.
- FOX, R.C (1988), *L'incertitude médicale*, Paris, L'Harmattan.
- ILLICH, I. (1975), *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil.
- LASCOUMES, P. (1996), « Rendre gouvernable: de la traduction au transcodage. L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique », in CURAPP, *La Gouvernabilité*, Paris, Presses Universitaires de France.

MUNCK de, J., VERHOEVEN, M. (dir) (1997), *Les mutations du rapport à la norme. Un changement dans la modernité*, De Boeck Université, Collection Ouvertures Sociologiques.

REVEL, J. (1996), *Jeux d'échelle. La micro-histoire à l'analyse*. Paris, Gallimard.

ROSE, N. (2007), « Beyond medicalisation », *The Lancet*, vol. 369, pp. 700-703.

SHOSTAK, S., CONRAD, P., HORWITZ, A.V. (2008), « Sequencing and Its Consequences: Path Dependence and the Relationships between Genetics and Medicalization », *American Journal of Sociology*, Vol. 114, n°1, pp. 287-316.

STRAUSS, A. (1992), *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*. (textes réunis et présentés par Baszanger I.), L'Harmattan.

WEISZ, G., CAMBROSIO, A., KEATING, P., KNAAPEN, L., SCHLICH, T., TOURNAY, V. (2007), « The Emergence of Clinical Practice Guidelines », *The Milbank Quarterly*, n°75, pp. 691-727.

WILLIAM, S., GABE, J., MARTIN, P. (2011), « The pharmaceuticalisation of society? A framework of analysis », *Sociology of Health and Illness*, vol.33, n°5, pp. 710-725.

ZOLA, I. (1972), « Medicine as an Institution of Social Control », *The Sociological Review*, vol. 20, n°4, pp.487-504.