

Vers une bio-médicalisation de l'existence Entrevue avec Olivier Clain

Amélie Descheneau-Guay

Numéro 755, mars 2012

Souffrances

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/67012ac>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Centre justice et foi

ISSN

0034-3781 (imprimé)

1929-3097 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Descheneau-Guay, A. (2012). Vers une bio-médicalisation de l'existence :
entrevue avec Olivier Clain. *Relations*, (755), 13–15.

Vers une bio-médicalisation de l'existence

Entrevue avec Olivier Clain

Philosophe et sociologue, Olivier Clain enseigne au Département de sociologie de l'Université Laval. Il est l'auteur de « Les mots des maux. Les discours contemporains sur la souffrance » (*Aporia*, n° 6, 2007), dans lequel il pose un regard critique sur notre manière contemporaine d'appréhender la souffrance.

Relations : À quel moment la question de la souffrance humaine est-elle devenue importante dans les sociétés?

Olivier Clain : Les mythes et les religions ont longtemps été les seuls discours à fournir des explications sur la souffrance et à proposer des réponses à l'expérience de la souffrance. En Occident, c'est au V^e siècle avant JC que les médecins de l'École d'Hippocrate s'écartent de la croyance en la capacité des dieux à faire disparaître la maladie et la souffrance en échange d'offrandes reçues. Ils le font en s'interrogeant sur les causes naturelles de la maladie et de la souffrance. Si le souci de guérir et de supprimer la cause de la souffrance du patient fait la grandeur de l'art médical depuis les Grecs, il est difficile de savoir si la médecine a toujours porté une attention égale à la douleur comme telle. Certains historiens de la médecine jugent que celle-

ci n'a jamais fait l'objet d'une attention sérieuse avant la pratique de l'anesthésie au milieu du XIX^e siècle. D'autres soulignent le fait que les médecins ont toujours disposé de techniques anesthésiques, fussent-elles rudimentaires, et qu'ils les ont utilisées quand les circonstances le permettaient.

La médecine est un art de guérir et de soulager un individu en particulier et une souffrance singulière. Si on laisse de côté le soulagement de la détresse, liée à l'expérience de la douleur, que la simple attention respectueuse du médecin à l'endroit du malade rend possible, les moyens dont la médecine dispose pour accomplir sa vocation dépendent de l'état d'avancement des savoirs scientifiques et techniques. L'histoire de la rationalisation des fondements de la médecine fut particulièrement longue et tortueuse, marquée par de longues périodes de stagnation et de régression, et par des combats idéologiques récurrents contre les autorités religieuses. Le christianisme est, disait Canetti, une « religion de la souffrance ». La laïcisation de la médecine fut longue et difficile en Occident parce que la médecine et la religion s'affrontaient sur le même terrain, à savoir le rapport à la souffrance. Ainsi, par exemple, les premiers médecins qui vont tenter d'anesthésier, c'est-à-dire d'abolir la conscience de la douleur, à la fin des années 1840 en Angleterre, vont être poursuivis, certains forcés à l'exil. Et les premières femmes qui purent accoucher « sans douleur » seront menacées d'excommunication, du moins jusqu'à ce que la reine Victoria bénéficie à son tour des bienfaits du chloroforme. Pour les Églises catholique et anglicane, en effet, la douleur était sacrée, en particulier la souffrance liée à l'accouchement.

Rel. : Cette distinction que l'on fait habituellement entre douleur (physique) et souffrance (psychique) provient-elle de la médecine?

O. C. : Cette distinction apparaît d'abord dans la langue vernaculaire. En français, on distingue douleur et souffrance. Dans le vieux français, il existait un verbe, « se douloir », qui vient du latin *dolor*, mais il a disparu. En anglais, il y a *suffering* (souffrance) et *pain* (douleur); en allemand, *Schmerz* (douleur) et *Leiden* (souffrance). Quelle est la portée de ces distinctions? On dira sans doute que la douleur est plutôt physique et que la souffrance renvoie à la souffrance psychique. En philosophie, c'est cette distinction que soutient, par exemple, Paul Ricœur. Selon lui, la douleur est d'origine externe, momentanée et d'ordre physique, alors que la souffrance serait d'ordre psychique, intime et liée à la durée. Emmanuel Levinas refuse, quant à lui, assez catégoriquement cette distinction et insiste sur le fait que toute douleur est déjà souffrance. Plus intéressant encore, il insiste sur le fait qu'en elles-mêmes elles n'« ont pas de sens » et que c'est précisément la raison pour laquelle on parle de leur en donner un (voir leurs contributions dans la revue *Autrement*, « Souffrances », n° 142, février 1994).

Cette même distinction réapparaît dans le discours de la science contemporaine sans toutefois pouvoir être plus définitive. La science distingue dans le mécanisme de production de la douleur sa dimension sensorielle et sa dimension émotive, cette dernière pouvant être rapportée à ce dont on vient de parler à propos de « la conscience de la douleur », ou encore de son anticipation. D'une part, la science redécouvre leur relation étroite, que tous les médecins – en particulier les chirurgiens de guerre – connaissaient depuis longtemps. Elle soutient que l'émotion est régulatrice de l'intensité de la douleur ressentie. On sait aujourd'hui que la course du « signal de la douleur » (dit nocicepteur), qui circule dans la moelle épinière avant d'atteindre le cerveau, peut être freinée en l'absence d'anticipation de la douleur. La distraction et la concentration sur un objet quelconque, la suggestion hypnotique sont autant de moyens d'agir sur la dimension émotive qui elle-même régule la dimension sensorielle (voir Pierre Rainville, *Le Devoir*, 14 avril

2002). D'autre part, si le « signal de la douleur » n'est pas la sensation douloureuse elle-même, si celle-ci ne surgit qu'avec son décodage et qu'on peut bloquer l'apparition de la sensation douloureuse en empêchant ce dernier par l'usage d'analgésiques (la morphine, par exemple), dans l'anesthésie – qui endort seulement la sensibilité consciente et ne se confond donc pas avec l'analgésie –, le « sentir de la douleur » du corps lui-même n'est pas éradiqué. Si on use seulement de produits anesthésiants, le corps de celui qui est soumis à une intervention chirurgicale manifesterait encore tous les signes de la douleur. Le corps, indépendamment de la conscience qu'on en a, porte donc bien en lui la capacité de ressentir de la douleur et la possibilité d'une souffrance muette. Enfin, depuis Freud, on sait qu'une souffrance psychique inconsciente peut engendrer des symptômes somatiques douloureux.

Ce sont toutes ces raisons qui font que, tout en reconnaissant la diversité des lieux d'où provient la souffrance, je me refuse à durcir l'opposition entre souffrance psychique et douleur physique, qui reconduit les présupposés métaphysiques de la séparation de l'âme et du corps. Toute douleur est déjà souffrance et l'étreinte de la souffrance est l'asservissement de soi à soi, la tentative d'y échapper et l'impossibilité d'y parvenir. Cette définition, inspirée des travaux du phénoménologue Michel Henry, insiste sur le fait que, dans la souffrance, je suis dans l'impossibilité de sortir de ma singularité, de m'ouvrir au monde, d'être chez moi « hors de moi », ce qui est pourtant la condition humaine, la condition même du vivant. Spinoza disait ainsi de la tristesse, qu'il identifie dans l'*Éthique* à la douleur physique, qu'elle diminue la puissance d'exister. L'impossibilité d'échapper à soi, malgré la tentative de le faire, explique encore que la souffrance s'accompagne le plus souvent de l'angoisse et alimente la détresse.

Rel. : Comment la médecine, essentiellement art de guérir, est-elle devenue la « biomédecine », le discours scientifique dominant actuel sur la souffrance humaine?

O. C. : À partir des années 1950, la médecine est devenue une biomédecine, c'est-à-dire une pratique qui vise toujours la guérison et le soulagement mais qui est, en même temps, fortement ancrée dans le savoir biologique. Cela a été souligné par Maurice Tubiana (*Histoire de la pensée médicale*, 1995), qui montre que le passage de la médecine à la biomédecine s'illustre, entre autres, par la multiplication des examens « para-cliniques » extérieurs à la rencontre qui se tient « autour du lit du patient » – l'origine du mot « clinique ». La biomédecine, et c'est là une des menaces qui pèsent sur la médecine contemporaine, est la réduction non pas de la souffrance à la douleur, mais de la douleur elle-même à la dimension objective de ses signes extérieurs.

Le rapport à la souffrance, à notre époque, est encore profondément marqué par la transformation de la pharmacologie. Celle-ci a connu une révolution scientifique dans les trente dernières années, en particulier dans la production de nouveaux médicaments. Mais aussi performante puisse-t-elle paraître, dans la logique de marketing qui est la sienne, on finit par appeler « maladie » ce qu'une nouvelle pilule est susceptible de combattre efficacement. C'est vrai dans le cas d'états physiques, mais encore plus concernant les souffrances de l'âme. La pharmacologie participe désormais de la construction de la maladie et se transforme en proposition sociale d'identification de nouvelles souffrances. On a pu montrer que grâce au marketing, les compagnies pharmaceutiques parvenaient à faire reconnaître des pathologies par les associations médicales essentiellement afin de vendre leurs nouveaux produits¹.

¹ Voir l'article d'A. Cassels et M. Rey, « Pour vendre des médicaments, inventons des maladies », *Le Monde diplomatique*, mai 2006, p. 34-35, cité par Vincent Laliberté, *La logique de la recherche en pharmacologie*, mémoire de maîtrise, Université Laval, 2011.

Rel. : Comment arrive-t-on à créer des maladies dites mentales pour vendre un médicament visant à apaiser, voire à éradiquer la souffrance?

O. C. : Les catégories psychiatriques sont extrêmement mouvantes depuis trente ans. Les classifications sont régulièrement reconfigurées depuis qu'existe le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA), qui décrit les troubles dits de « santé mentale » et prétend à la quantification de leur prévalence. Chaque « trouble » est associé à un certain nombre de symptômes. De manière cyclique, on ajoute, modifie et retire des définitions des troubles sur la base de l'avis des comités d'experts, leurs propositions de définitions des troubles devant ensuite être entérinées par les membres de l'APA, dont le nombre aujourd'hui doit approcher 40 000. La prochaine édition de 2013 comptera plus de quatre cents troubles, dont plus d'une vingtaine de nouveaux. On a pu montrer qu'un tiers des experts membres des comités avaient des liens directs avec l'industrie pharmaceutique. Or, comme le souligne Gérard Pommier dans « La Bible américaine de la santé mentale » (*Le Monde diplomatique*, décembre 2011), le fait de soutenir, par exemple, que 30 % de la population est dépressive à son insu est une extraordinaire incitation à la médication préventive qui révèle un changement fondamental dans notre rapport collectif à la souffrance, à la santé et à la vie psychique, en particulier.

Il est important d'ajouter que ces discours savants sur la souffrance et les pratiques qui les soutiennent sont eux-mêmes désormais objectivés et évalués par la pratique gestionnaire, qui sévit bien sûr aussi ailleurs que dans le champ de la santé. Cette dernière se prétend, d'une part, « un savoir-qui-évalue » les demandes particulières de soulagement de la souffrance et les savoirs qui les prennent en charge, et, d'autre part, « un savoir-qui-organise » la rencontre des unes et des autres. Elle a la particularité de ne plus reconnaître une fois pour toutes des qualifications

professionnelles adossées à une formation universitaire – celles du médecin et du psychologue par exemple, qui, en principe, doivent précisément juger des actes qu’ils posent dans leur rencontre de la souffrance –, mais d’instituer des procédures, des protocoles qui isolent des séries d’actes détachées de leurs auteurs et donc de la notion de responsabilité personnelle et professionnelle.

La pratique gestionnaire évalue les types de souffrance à la fois du point de vue d’une logique de la fragmentation, qui reconnaît un ensemble de symptômes bien « découpés » fourni par la technoscience, et du point de vue comptable, selon une logique classique de rentabilité. Pourvu que la « procédure » ou que le protocole d’intervention soit respecté, l’intervention sur tel ou tel type de souffrance peut ainsi être transférée de telle catégorie professionnelle à telle autre moins coûteuse – et moins disposée à user de son autonomie de jugement dans la manière de se rapporter à celui qui souffre. Enfin, elle assoit sa propre légitimité sur sa disposition à l’auto-évaluation, faisant des procédures d’évaluation le seul modèle valable à suivre dans la compréhension et le soin de la souffrance. La bio-médicalisation de la souffrance, voire de l’existence, fait ainsi vivre beaucoup de gens aujourd’hui et s’assure un bel avenir.

Entrevue réalisée par Amélie Descheneau-Guay

Dans *Relations*, no. 755, mars 2012