Résonner
Hobbes au bloc opératoire (essai de philosophie empirique)

Marine Fauche
ENS de Lyon – IHRIM

« Même l'histoire de la philosophie est tout à fait inintéressante si elle ne se propose pas de réveiller un concept endormi, de le rejouer sur une nouvelle scène, fût-ce au prix de le tourner contre lui-même[1]*. »*

Il est d'usage de s'accorder sur le fait que théorie et pratique s'opposent frontalement, l'apanage de la première étant la réflexion, celui de la seconde, l'action. D'un côté, les philosophes méditatifs, de l'autre, les prestes hommes d'action. L'efficacité rhétorique d'une telle opposition est, par ailleurs, souvent reprise pour alimenter une critique commune de la philosophie tout entière, comme édifice purement verbal et de surcroît souvent verbeux, ignorant voire insouciant d'un supposé *monde réel*, et par conséquent, parfaitement vain. Cette dichotomie, cependant, ne va pas sans problèmes : scinder aussi radicalement ces deux ordres conduit implicitement à amalgamer tous les types de réflexions en une spéculation qui serait pure, indemne de toute pratique, cependant que du même geste, on unifie ce qui relève de la pratique comme s'il s'agissait d'actions parfaitement irréfléchies.

En outre, si la séparation vis-à-vis de la contingence a pu être prônée comme condition d'accès à une vérité intemporelle, par certain philosophe grec, elle n'a certainement pas emporté l'adhésion de chacun des auteurs que l'histoire de la philosophie a retenus comme classiques… La critique des propos déconnectés, abstrus, des *flatus vocis* sans valeur pour l'appréhension du monde véritable, pourrait même être envisagée comme un *topos* de la rhétorique philosophique elle-même. Aussi est-il assez contrariant de voir cette critique originellement interne à la discipline, cet élément de langage récurrent des controverses philosophiques, dont les philosophes s'accusent mutuellement et

1. G. Deleuze et F. Guattari, *Qu'est-ce que la philosophie ?*, Minuit, 2007, p. 81.

dont, pour nombre d'entre eux, ils font profession de se démarquer, être accaparé par un discours amalgamant tous leurs propos pour les disqualifier d'un seul geste.

C'est notamment contre ce *topos* d'une partition exclusive, qui cantonnerait la pratique philosophique à la spéculation et au matériau textuel que nous nous proposons d'identifier, dans les pages qui suivent, des problématiques et des motifs logiques communs à certaines pratiques contemporaines (celles du bloc opératoire d'un centre médical) et au répertoire conceptuel d'un philosophe classique (Thomas Hobbes). Il s'agirait de montrer que certaines logiques sous-jacentes à l'action de praticiens actuels entrent en *résonance* avec celles que proposait Hobbes, d'une façon que l'on envisage aujourd'hui comme toute théorique. Il s'agit autrement dit d'identifier, entre la façon dont les intervenants et patients se comportent en ce lieu clos, et les motifs anthropologiques et politiques développés par Hobbes, des points de convergence, de ressemblance, des figures communes, qui nous sont apparues comme l'écho de sa pensée et surtout des tensions qui la structurent, spontanément mises en œuvre, dans des pratiques contemporaines. Mais pourquoi choisir le bloc opératoire, et y associer Hobbes, en particulier ?

Avant de répondre à ces questions, c'est le choix du terme de résonance qu'il nous faut brièvement préciser. Il se justifie par trois caractéristiques.

Le terme, tout d'abord, un rapport sensoriel, entre deux systèmes physiques, et non pas intelligible, entre un modèle et un simulacre. Ce concept entend en ce sens distinguer le rapport que nous essayons de penser entre catégorie classique et situation contemporaine, du modèle de la réalité et du reflet. La résonance n'induit pas nécessairement l'existence d'un son véritable dont elle serait le simulacre : techniquement, elle désigne un phénomène qui survient lorsque deux systèmes physiques fonctionnent sur la même fréquence. Lorsque une fréquence est émise par l'un de ces systèmes, le second, sensible à cette même fréquence, est dit entrer en résonance avec le premier : une résonance n'engage donc pas de réalité intelligible dont elle serait le phénomène sensible, elle se donne plutôt comme la conséquence physiquement fondée de la rencontre de deux réalités également physiques. Sans être tenants de quelque vérité intemporelle qui affleurerait en de nouveaux exemplaires sensibles, il semble donc possible de soutenir une entrée en résonance circonstanciée.

Le concept fait signe d'autre part, vers un rapport esthétique, plutôt qu'épistémique, puisqu'une résonance ne correspond pas à une reproduction exacte d'un son initial, mais libère certaines harmonies parfois absentes du son initialement émis. En effet, outre son acception technique, le terme de résonance présente également une signification commune selon laquelle il désigne aussi bien un écho réellement fondé (une paroi renvoyant quelque son doué d'une existence objective) qu'une impression subjective, quelque acouphène qui n'engagerait que celui qui l'éprouve. C'est précisément cette ambigüité que nous souhaitons conserver de la signification courante du terme, et qui pose notre second point : *le caractère réellement fondé, ou non, de la résonance, n'importe pas pour le propos que nous voudrions tenir ici.* Il va de soi que la fréquentation assidue d'un auteur classique et de sa manière de penser prédispose à la perception de résonances entre ses catégories et certaines situations dont on se trouve témoin, mais ce fondement subjectif ne compromet pas nécessairement la valeur heuristique

du phénomène en question. Qu'il s'agisse *d'identification* de quelque convergence réellement fondée, ou d'une pure et simple *projection* n'a en somme pas d'importance, dès l'instant où l'on ne prétend pas *rendre compte* d'une prétendue réalité. C'est en ce sens que le concept de résonance s'indexe à la restitution d'un phénomène sensible, plutôt qu'à une réalité intellectuelle ; c'est un rapport non pas de convenance, d'adéquation, mais plutôt de révélation d'aspects, ou d'enrichissement herméneutique, que nous prétendons mettre en évidence.

Troisième caractéristique enfin, le terme, dans son acception commune à nouveau, véhicule une connotation de vague, de flou, que notre conceptualisation voudrait assumer dans la mesure où les résonances que nous identifierons par la suite ne prétendent pas être des coïncidences absolues.

Voilà donc comment il nous est possible de définir liminairement le phénomène dont nous identifierons des occurrences dans la suite de notre propos : la résonance est l'expérience ressentie par un sujet d'une cohérence, peut-être partielle ou vague, entre un concept philosophique et une situation qui lui est anachronique, expérience dont le fondement se trouve non pas dans la vérité permanente, ou quelque supériorité ontologique du concept, mais dans la rencontre circonstanciée entre le sujet qui le détient, ou plutôt, le sujet que ce concept anime, habite, et la situation qui émet une fréquence similaire.

Une tentative de philosophie empirique peut être envisagée selon différentes démarches : nous tâcherons ici de spécifier la nôtre pour rendre compte du choix du terrain, et du philosophe convoqué. Parmi les démarches possibles, se distinguent deux types principaux. On peut tout d'abord, chercher à analyser un terrain d'une façon telle que ce qui ressort des analyses prenne une portée philosophique – ce qui serait une démarche d'abstraction, au sens dynamique du terme ; une démarche allant de la concrétude des expériences empiriques à la valeur générale des conclusions qu'on en tire. La seconde option est inversée, qui consiste à partir d'écrits philosophiques traditionnels pour rechercher, à l'aune de leur armature conceptuelle, les applications, contre-exemples, ou similitudes présentant des évolutions, présents sur un terrain contemporain. Dans ces deux extrêmes options relatives aux démarches de philosophie empirique possibles, se retrouvent les deux grandes traditions d'histoire de la philosophie que sont l'empirisme et l'idéalisme, traditions parmi lesquelles un tentative de philosophie empirique (qui n se confond pas nécessairement avec une démarche empiriste), doit être à même de se positionner.

Notre démarche se place dans un héritage empiriste, par deux aspects principaux. Tout d'abord, le choix du terrain a précédé celui de l'auteur auquel nous allions le confronter, c'est à dire que nous n'avons pas, à partir des concepts d'un auteur donné, recherché un terrain adéquat, pour les y mettre à l'épreuve. À l'inverse, le point de départ réside dans l'expérience d'un terrain à la fois indemne de pensées philosophiques (il n'est pas, à notre connaissance, de philosophie qui prenne le bloc opératoire pour paradigme ou exemple de prédilection. . .), et pourtant très riche philosophiquement puisqu'il agit comme un miroir grossissant des mécanismes humains relatifs aux statuts ontologiques, aux passions, aux relations interindividuelles et aux rapports de représentation et de pouvoir. Autant d'exacerbations, d'exagération de tensions dif-

fuses, dans d'autres situations, qui en font un lieu heuristique pour la réalité humaine en général. Nous avons d'abord procédé à une restitution la plus factuelle possible de ce qu'une semaine d'opération dans un bloc opératoire nous avait permis d'observer : la présente restitution constitue en fait une seconde élaboration, une reprise de ce premier travail d'écriture. Quoiqu'un pur rapport factuel, une transcription de faits parfaitement indemne de l'observateur, soit inaccessible, c'est un tel idéal régulateur que nous avons gardé comme objectif dans un premier temps, avant de recourir à une élaboration conceptuelle des informations récoltées à partir de l'auteur avec lequel le terrain nous semblait entrer le plus nettement en résonance.

Une telle démarche, où les catégories d'analyse sont prétendument suspendues dans un premier temps de récollection, ne va bien sûr pas sans poser problème. On pourrait tout d'abord nous objecter que rien n'exclut que ces catégories prétendument suspendues aient en réalité toujours été, secrètement, de façon inassumée, à l'œuvre chez l'observateur – ce qui serait d'autant plus probable que la pensée de Hobbes n'était pas étrangère à cet observateur. Mais dans la mesure où nous nous donnons ici comme objectif de simplement faire part de ces expériences subjectives que sont les résonances entre situation présente et philosophie passée, que ce soit le cas n'importe pas excessivement pour notre propos. Une seconde objection, plus ennuyeuse, serait la suivante : rien n'indique que les catégories convoquées soient les plus propices à l'analyse de la situation. Et de fait, qu'est-ce qui justifie de recourir à un auteur comme Hobbes pour identifier des résonances à même d'enrichir l'analyse d'un terrain comme celui du bloc opératoire ? On s'en remet plus volontiers aux écrits de Descartes, de Leibniz, ou encore de Spinoza pour confronter les philosophes classiques à la médecine contemporaine, ou aux nouvelles perspectives théorétiques neuroscientifiques [2]. Mais précisément, pourquoi ces trois penseurs sont-ils privilégiés ? Sans doute avant tout parce qu'ils affrontent tous trois le problème classique de l'articulation de l'âme et du corps, en y proposant pour chacun une solution originale. Le dit « dualisme » cartésien, le concept leibnizien d'expression et les différents modes, chez Spinoza, sont autant de dispositifs conceptuels qui permettent de lier les dimensions physiques et métaphysiques de l'homme.

Par contraste, la philosophie première de Hobbes se présente comme un physicalisme strict, où un tel problème n'a pas lieu de se poser : n'existent que des corps et des mouvements, qui sont exclusivement déterminés sur le plan physique. C'est d'abord comme corps que l'homme se caractérise. Mais l'absence de métaphysique n'empêche pas de penser d'autres dimensions, d'autres aspects propres à ces corps, aspects anthropologique et politique, en particulier. C'est ainsi que la trilogie des *Elements of Philosophy* s'articule autour de trois dimensions, celles du corps, de l'homme, et du citoyen. Si donc, d'un côté, le matérialisme strict de Hobbes ferme la porte au problème de l'union de l'âme et du corps, d'un autre côté, il ouvre d'autres espaces problématiques, autour de l'articulation de ces trois statuts. Et il nous semble que c'est cette articulation, davantage que celle de l'âme et du corps, qui se trouve sollicitée par les pratiques du bloc opératoire, dans la mesure où le patient, une fois anesthésié, ne se donne que comme corps à l'intuition des soignants. Plus généralement l'importance

2. Ainsi de Damasio, dans *L'erreur de Descartes*, et *Spinoza avait raison,* ou de Henri Atlan, qui se réfère à Spinoza pour éclairer la biologie contemporaine.

du pouvoir, de sa représentation, et des rapports hiérarchiques, dans l'espace du bloc opératoire, nous semblent se prêter avec prédilection à une philosophie qui s'attache aussi bien à la dimension politique qu'aux aspects ontologiques et anthropologiques des activités humaines, et qui pense une cohérence entre ces trois dimensions. C'est pourquoi il nous est apparu propice de choisir cet auteur pour observer la façon dont ses concepts pouvaient entrer en résonance avec les pratiques du bloc opératoire.

Pour ce faire, nous nous proposons ici d'évoquer les figures communes à ces deux univers, les résonances que nous avons identifiées, selon deux thématiques principales : une ontologie comparée du patient et du citoyen, dans un premier temps, puis une anthropologie du pouvoir médical, dont nous étudierons les procédés faisant écho aux motifs de la théorie politique de Hobbes auxquels les soignants d'aujourd'hui ressemblent par leurs démarches.

1 Ontologies comparées du patient et du citoyen

Politique et médecine ont ceci de commun qu'elles donnent lieu à des déclinaisons de l'antique paradoxe d'un moindre mal consenti en vue d'un bien futur. Les pratiques chirurgicales radicalisent l'exemple traditionnel du remède au goût amer, que l'on consent à boire pour guérir, puisque l'amélioration de la condition du patient suppose alors un acte dont la fin et les modalités semblent contradictoires : il s'agit d'ouvrir un corps afin de le soigner. Ce motif logique se retrouve en politique, dès l'instant où l'on envisage l'institution d'un pacte social dans les termes des théoriciens contractualistes. C'est alors un même *calcul d'intérêts à plus ou moins long terme* qui se trouve décisif et amène les hommes à entrer en politique. Le renoncement d'un homme à faire usage de son droit naturel sur toute chose au profit de la garantie d'une effectivité restreinte de ce droit, et son consentement à une opération chirurgicale en vue d'améliorer ou de préserver sa condition corporelle, se laissent alors penser selon le même motif logique : celui du moindre mal. Le patient et le citoyen apparaissent à ce titre comme deux figures de soumission volontaire, de renonciation à un pouvoir au profit d'un avantage escompté. Voici le lieu d'une première résonance ; si dans le dispositif de Hobbes, les lois anthropologiques conduisent les hommes au pacte social qui fait d'eux des citoyens, au bloc opératoire à l'inverse, l'anesthésie, dans sa dimension chimique, et les pratiques des soignants, par leur aspect symbolique, conduisent le patient opéré à passer du statut d'homme à celui de corps. Quels sont les termes et modalités de cette transition ontologique ?

1.1 Sensation et imagination

Partons d'un problème interne à la philosophie empiriste qu'est celle de Hobbes : Dans une objection aux *Méditations métaphysiques* de Descartes, Hobbes cherche à mettre le philosophe français en difficulté eu égard à la continuité ontologique du sujet cartésien : si ce qui caractérise un homme, c'est la présence en lui d'idées innées, qu'advient-il lors des « lourds sommeils sans rêves » où cette idée n'est pas présente à son esprit ? Descartes rejettera cette objection en arguant que les idées innées sont affaires de faculté, et non de présence à l'esprit perpétuelle, mais l'objection de Hobbes nous informe à dire vrai davantage sur son émetteur, car c'est bien dans une philo-

sophie fondée sur la sensation, comme la sienne, que ces lourds sommeils, si on les radicalise [3], posent problème. Mais quels sont les termes exacts de ce problème ? La question pour Hobbes est de savoir ce qui assurerait la continuité ontologique pour un homme qui sommeillerait d'une façon telle que ses organes engourdis ne lui permettent plus *du tout* de sentir ce qui l'environne. Qu'est-ce qui, en pareil cas, est à même de garantir, du point de vue de cet homme, aussi bien sa propre perpétuation, que celle du monde auquel il n'a plus accès ?

La réponse est que rien ne le permet. En revanche, une faculté mentale prendrait, en pareil cas, le relai de la sensation dans le défilé d'images qui se présentent à l'esprit : l'imagination. Le problème se reporte alors, non plus sur la disparition de la sensation, mais sur l'articulation de cette première faculté avec l'imagination. C'est en effet cette seconde faculté qui rend problématique la véracité de la première ; si, en l'absence de sensation présente, nous n'étions pas à même de nous représenter quoi que ce soit, alors la sensation se donnerait comme présente ou absente sans risque d'illusion. Mais le fait que les imaginations prennent le relai, lorsque nous dormons, et se donnent avec une force équivalente à celle de la sensation effectivement présente, autorise un doute sur la réalité de chacune de nos sensations. Aucun critère interne à la sensation ne permet d'en garantir la réalité. Dans le dispositif conceptuel de Hobbes, le problème latent à l'articulation de ces facultés est donc d'abord celui du réalisme, c'est-à-dire de la croyance en un monde indépendant de nos facultés, lors même que ce que nous percevons n'est qu'imagination – un réalisme auquel la force de l'imagination prédispose, mais qu'elle met en péril dans ses fondements du même coup. Mais l'originalité de Hobbes, dans son traitement d'un tel problème, est de montrer, par la fiction de l'anéantissement de toutes choses [4], qu'il n'en est pas un, c'est-à-dire que le réalisme, davantage qu'une tendance spontanée à éradiquer, constitue plutôt une nécessité anthropologique, consécutive à la force de la faculté d'imagination. Si le monde venait à disparaître, et qu'un seul homme y survivait, alors les imaginations de cet homme se présenteraient à lui comme s'il s'agissait du monde lui-même, et il serait incapable de percevoir la différence.

Or donc, c'est cette même articulation entre sensation et imagination que l'on voit à l'œuvre dans les pratiques des anesthésistes. Les soignants ne mettent-ils pas en œuvre, implicitement, une théorie des facultés très proche de celle de Hobbes, lorsqu'au moment d'endormir un patient, ils lui suggèrent de s'imaginer partant en voyage ? Mais que s'agit-il de faire exactement, et comment cet usage de la fiction peut-il être interprété ? Un autre argumentaire est en effet possible, dont d'ailleurs certains anesthésistes font usage : on peut faire le choix d'expliquer au patient ce à quoi l'on procède exactement, quels sont les effets et modalités d'action de ce qu'on lui administre, etc. Ce type de discours part du principe que ce que redoute le patient, c'est bien la suspension de la fonctionnalité de ses organes de sensation, appréhension rationnelle, et que l'on cherche à prévenir en expliquant ce qui se produit. Mais le premier type

3. Le sommeil ne devient un cas problématique que si on passe à la limite l'engourdissement dont il affecte, selon Hobbes, la sensation : en effet, cet engourdissement n'empêche pas que demeure une sensation amoindrie, dont témoigne la détermination mutuelle des rêves et des sensations qui a lieu dans le sommeil : Hobbes, Thomas, *Éléments de loi*, Allia, 2006, I, III, 3, p. 43-44.

4. Exposée brièvement au début des *Éléments de loi* (I, I, 8, p. 38 de l'édition citée) et surtout dans Hobbes, Thomas, *De Corpore*, II, VII, 1.

de discours, proposant de s'imaginer en voyage répond à une angoisse plus sourde, et cependant compréhensible à partir du moment où l'on considère, de façon discursive et théorique, comme Hobbes, ou simplement de façon spontanée, qu'être, c'est avant tout sentir. L'appréhension consécutive à une anesthésie, lorsqu'on pense en ces termes, ce n'est donc pas de sentir ses organes s'ankyloser, mais plus radicalement, de disparaître, tout en sentant le monde disparaître aussi bien.

C'est en ce sens qu'il nous semble possible d'interpréter la contradiction relative, tout au moins, la tension, que l'on peut repérer entre les deux types d'argumentaires usités par les anesthésistes. Le propos de certains d'entre eux consiste à affirmer que *rien ne va se passer*, puisque le patient ne sentira rien, cependant que le propos des autres, au contraire, insiste sur le fait que *ce qui se passe, se passe comme prévu*, conformément à une procédure presque dramatisée, et qui précisément, se clôt sur la suggestion d'une fiction. En ce sens, il nous semble possible d'interpréter le voyage suggéré par les anesthésistes, au moment de l'endormissement, comme une résonance pratique, symétrique à la fiction de l'anéantissement de toutes choses du *De Corpore.* Si le monde venait à disparaître en effet, un survivant pourvu de ses souvenirs ne s'en rendrait pas compte, car ces imaginations, en l'absence de sensations rivalisant en force, seraient à même de s'enchaîner continuellement en son esprit. Et c'est de façon très comparable, en recourant aux souvenirs et à l'imagination de celui que l'on endort, que l'on cherche à prévenir l'appréhension de la sensation du néant, et à susciter dans l'esprit du patient, une continuité. Si la fiction de l'anéantissement de toutes choses a pour fonction de mettre en crise la question de réalisme, et d'en montrer, sinon l'inanité, du moins le caractère insolvable, les narrations proposées par les soignants au moment d'endormir ont une fonction précisément inverse : il s'agit de feindre, par le discours, la perpétuation de ce qui va effectivement disparaître.

1.2 Hommes et personnes

Ce dernier point nous amène à évoquer le comportement des soignants à l'égard du patient, qui n'est pas seulement une conséquence de ce changement de statut, qui l'avaliserait, mais joue dans le changement de statut du patient un rôle déterminant. Car si le patient anesthésié perd le statut de corps sentant pour acquérir celui de simple corps, il n'en reste pas moins une personne, pourrait-on penser. Mais quelle distinction entend-t-on poser entre un homme et une personne ? Partons à nouveau de l'analyse de Hobbes :

> Est une personne, celui dont les paroles et les actions sont considérées, soit comme lui appartenant, soit comme représentant les paroles ou actions d'un autre, ou de quelque autre réalité à laquelle on les attribue par une attribution vraie ou fictive [5].

Il s'agit bien sûr d'une définition d'inspiration juridique, qui a d'abord pour vocation de préparer la théorie de la représentation politique, mais qui n'en trouve pas moins une résonance dans le domaine médical qui nous intéresse. En effet, lorsque l'on s'attache à penser en ces termes, il apparaît que la qualité de personne est, pour

5. Hobbes, Thomas, *Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile*, Sirey, 1971, chapitre XVI, p. 161.

un homme, intégralement suspendue à la considération que les autres ont de lui. Autrement dit, non seulement ce n'est qu'à partir du moment où des regards et pensées autres m'attribuent des paroles ou des actes, que j'acquiers la qualité de personne, mais en outre, cette qualité de personne se décline selon ce que l'on m'attribue. Si l'on ne m'attribue que des paroles, me voilà locuteur ; et à l'inverse, je peux bien n'être considéré que comme acteur. Qu'advient-il alors si l'on n'attribue pas même à quelqu'un l'acte de respirer ou de sentir ? Car de fait, un patient sous anesthésie générale voit certaines de ses fonctions physiologiques prises en charge artificiellement : ainsi de la respiration, qui devient ventilation artificielle. Ces changements effectifs, à l'origine d'un changement objectif du statut du patient, se trouvent doublés par des changements de considération, de la part des soignants, que leur savoir technique amène à considérer les patients selon l'état « d'éloignement » qu'ils leur attribuent. Ce savoir des facultés qu'il convient d'attribuer, ou non, au patient, selon son état, dicte chez les soignants des comportements différenciés envers un patient éveillé, auquel on s'adresse, aussi bien discursivement que gestuellement, et un corps anesthésié, dont on fait usage comme d'une table, d'un support pour instruments chirurgicaux, d'un appui. Autrement dit, c'est à partir de ce que le corps sent, de ses facultés physiologiques, que l'on détermine le comportement à adopter à son égard, et donc, implicitement, le statut ontologique qui est le sien. Les praticiens se trouvent donc portés à établir ce statut par une « dérivation physiologique », pour reprendre la formule par laquelle Kant critiquait l'empirisme de Locke en théorie de la connaissance [6], c'est-à-dire qu'ils mettent en œuvre ce que l'on pourrait appeler un empirisme pratique. Le passage du statut d'homme à celui de corps s'effectue donc non seulement de façon objective, par la perte de conscience et de sensibilité, mais en outre de façon symbolique, médiatisée par la représentation que les soignants se font de l'homme qu'ils opèrent.

Ce second aspect du changement ontologique du patient est très manifeste au bloc opératoire, où l'on pourrait dire que le corps du patient est scénographié comme corps. Son entrée dans la salle d'opération, généralement sur un brancard [7], l'intronise comme corps allomobile, c'est à dire non mû de lui-même [8]. La scénographie se poursuit, une fois le patient endormi, par la préparation à l'opération. Coloré de bétadine, marqué d'une croix à l'endroit qu'on ouvrira, le corps de l'opéré est considéré comme un matériau, dont on dissimule le visage (en chirurgie viscérale, par exemple, le champ opératoire, ce papier bleu stérilisant qui couvre l'opéré à l'exception de la zone à ouvrir, est relevé à la verticale au niveau du torse du patient, en sorte que du côté des chirurgiens, le visage n'est pas visible), ou dont le visage n'est pas reconnaissable, une fois équipé pour l'opération (les yeux du patient sont scotchés, son nez et sa bouche couverts par l'appareil d'intubation, et une sorte de charlotte stérilisée recouvre le haut de sa tête), même pour l'anesthésiste, situé pour sa part du « bon » côté du champ opératoire.

6. Kant, Emmanuel, *Critique de la raison pure*, GF, 2006 ; *Logique transcendantale. Analytique transcendantale*, livre I, chap. 2, § 13, p. 101.

7. Le fait que l'on distingue la chirurgie donnant lieu à une brancardisation et la chirurgie dite « ambulatoire », c'est à dire les opérations qui autorisent une sortie de l'hôpital sitôt l'acte effectué, pourrait accréditer l'importance de ce critère.

8. Ce qui contrevient au premier critère définitoire d'un être vivant, pour Aristote : celui de l'automobilité.

En somme, le traitement du corps du patient semble répondre à des préoccupations d'ordre non pas simplement technique, mais également symbolique. Il semble qu'il y ait, dans ces procédés qui contribuent à objectiver le corps anesthésié, davantage qu'un souci de stérilisation et de préservation. Sans doute est-il nécessaire, pour les soignants amenés à opérer, de ne plus attribuer au patient qu'ils ouvrent le statut d'homme, de façon momentanée : en sorte que non seulement le corps du patient passe *effectivement* du statut d'homme pourvu de sensation à celui de corps insensible, mais en outre, la personne du patient, si l'on veut bien entendre par là, l'ensemble des actes que les soignants lui attribuent, se trouve réduite *symboliquement* à une série de fonctions physiologiques diffractées. Il y a certes toujours, objectivement, *un* corps, auquel sont attribués des fonctions, dont l'anesthésiste vérifie le maintien. Mais il n'y a plus à proprement parler de *personne* à qui ces fonctions soient attribuées, car le patient est alors désigné de façon métonymique, par l'organe qui chez lui fait l'objet de l'intervention, et ses facultés physiologiques sont évoquées de façon indépendante de leur détenteur. Le changement dans la façon dont a lieu leur surveillance est à ce titre révélateur : au patient éveillé, le praticien demande comment il se sent, s'enquiert de l'appréhension phénoménologique de sa température et de sa tension, lui reconnaissant ce faisant une certaine autonomie physiologique, et un savoir sur sa propre condition corporelle. Quant au patient anesthésié, les informations physiologiques le concernant sont obtenues par des indicateurs techniques, sous forme de paramètres chiffrés ou géométriques, regroupés sur les écrans de l'appareil de monitorage, représentations métonymiques d'un corps dont on ne reconnaît plus l'autonomie ni le statut d'homme. Autant de façons de faire qui entrent en résonance avec la théorie de la personne, en ceci que le regard des intervenants sur le corps qu'ils opèrent *n'est pas seulement consécutif à la transition ontologique de celui-ci, mais contribue positivement* à réduire le patient opéré à un corps. Non seulement celui-ci n'est objectivement plus quelque chose auquel on puisse attribuer des paroles ou des actions, mais en outre, les fonctions physiologiques qui demeurent siennes, et qui pourraient maintenir sa qualité de point focal auxquels sont attribués des prédicats, sont comme indépendantisées par leurs représentations et leurs dénominations. Si donc la théorie de la personne permet à Hobbes de penser la possibilité, pour une multitude d'hommes, de se trouver représentés en un seul, elle trouve un écho dans la figure symétrique d'un homme unique, qui du fait de représentations qui le fragmentent et dissipent son unité, voit son statut ontologique altéré.

Nous avons jusqu'ici tenu un propos presque exclusivement ontologique, eu égard à ce changement de statut : pourtant, une telle transformation de l'homme au profit d'une nouvelle dimension d'être n'est pas sans éveiller d'autres résonances de philosophie classique : il s'agit en effet du motif politique par excellence des théories contractualistes, dans lesquelles au moment du pacte, l'individu, d'homme qu'il était, devient citoyen. Si le patient qui passe sur la table d'opération effectue le trajet inverse, en devenant corps, il n'en ressemble pas moins au citoyen par ceci que c'est *en tant qu'homme*, c'est-à-dire mû par des intérêts humains, qu'il consent à entrer (momentanément, pour le patient, certes, c'est là l'une des nombreuses limites de la comparaison) dans une nouvelle dimension ontologique qui sert son intérêt –tout comme l'homme hobbesien se fait citoyen du fait de préoccupations, non pas d'emblée

politiques, mais tout d'abord humaines. C'est cet aspect que nous nous attacherons à présent à considérer.

1.3 Droit naturel et faculté naturelle

Qu'est-ce qui amène un homme à renoncer à une puissance originellement en sa possession, et à se soumettre à un pouvoir qui restreigne sa liberté ? C'est à cette question que Hobbes cherche à répondre lorsqu'il entreprend de théoriser le pacte social [9]. Dans sa réponse, un élément intéresse ici notre propos, à savoir, la notion introduite par Hobbes, dès 1640, de *droit naturel.* Il s'agit là d'un curieux alliage conceptuel : les droits naturels d'un homme consistent en sa puissance originelle, ce qu'il lui est possible et permis de faire avant l'institution d'un pouvoir étatique qui les limite. Le terme juridique de *droits* qualifie donc paradoxalement un *état de fait*, un état d'avant toute juridiction. Le droit naturel d'un homme, c'est son droit à toute chose : en l'absence de législation qui le restreigne, et ce droit alors ne connaît pas de limites *en droit*, il est absolu. Il n'empêche qu'*en fait*, ce droit n'a aucune effectivité absolue : en l'absence de législation, avoir un droit sur toute chose n'est pas synonyme, loin de là, d'y avoir effectivement accès.

Un tel naturalisme, combiné chez Hobbes, avec un positivisme juridique, a pour corollaire que les droits naturels de l'homme hobbesiens sont inaliénables : même lors de la transmission de droit qui a lieu lors du pacte social, on ne renonce pas véritablement à ces droits : on ne renonce qu'à en faire usage. Cette caractéristique que Hobbes confère, de façon très originale, aux droits naturels, à savoir que s'il est physiquement impossible de s'en défaire, il nous est toutefois possible de renoncer artificiellement à en faire usage, donne lieu à un débat à son sujet, pour déterminer s'il s'agit d'un penseur naturaliste, ou bien artificialiste [10]. Tout se passe en effet comme si nous étions naturellement (par les lois naturelles, ces lois de la raison qui déterminent nos choix selon notre intérêt) amenés à renoncer à un droit naturel lui aussi, comme si la nature humaine conduisait nécessairement à l'institution étatique artificielle. Si donc l'état est bien une création des hommes, un *artifice*, il n'en est pas moins la conséquence d'une *nature* humaine. La tension qui gît dans ce dispositif, où l'artificiel surgit dans la continuité d'une nature, a des enjeux qui excèdent l'histoire de la philosophie classique, des enjeux que l'on peut retrouver, en particulier, dans des rhétoriques relatives aux avancées médicales.

C'est pourquoi il nous semble intéressant de rapprocher le droit naturel, pensé par Hobbes, d'une faculté naturelle, comme est la sensation, et du même coup, le renoncement, consécutif à un artifice, à faire usage de ce droit, de la suspension artificielle de la sensation qu'est l'anesthésie. Le droit naturel sur toute chose trouverait alors un

9. Et voici la réponse qu'il y donne, en 1640, c'est à dire dans son premier traité politique : « La fin pour laquelle un homme se dessaisit du droit qu'il avait de se protéger et de se défendre par son propre pouvoir, et l'abandonne à un autre, ou à d'autres, est la sécurité qu'apportent la protection et la défense qu'il attend de ceux à qui il abandonne son droit. En outre, un homme ne peut s'estimer en sûreté que lorsqu'il lui est possible de prévoir qu'on ne puisse lui faire aucune violence. » Hobbes, Thomas, *Éléments de loi*, II, XX, 5 (p. 129 de l'édition citée).

10. Le rapport entre nature et artifice s'annonce ambigu dès les premières lignes du Léviathan : « *La nature, cet art* par lequel Dieu a fait le monde [...]. » Hobbes, Thomas, *Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile*, Introduction (p. 5 de l'édition citée. Nous soulignons.)

écho pratique et lointain dans le fonctionnement physiologique originel d'un corps, et le dessaisissement de ce droit, dans la suspension momentanée de cette faculté. Or, la force du raisonnement de Hobbes est de parvenir à penser *une institution artificielle dans le prolongement de lois naturelles* (ces lois anthropologiques qui prescrivent à l'homme de contracter). Cette conception de l'articulation entre nature et artifice autorise un raisonnement similaire en médecine, qui offrirait une réponse possibles aux argumentaires naturalistes parfois opposés à certains actes anesthésiques, comme la péridurale : dans la mesure où il est naturel pour l'homme de chercher à éviter la douleur, l'anesthésie apparaît comme *un artifice auquel on recourt naturellement.* L'anesthésie peut alors être envisagée à la fois comme un acte médical qui attente à une faculté naturelle, et en même temps, comme la conséquence logique d'un raisonnement dicté par des lois naturelles.

Le patient du bloc opératoire et le citoyen contractualiste ont donc ceci de commun qu'ils sont amenés à changer de dimension ontologique, passant pour le premier, de l'homme au corps, et pour le second, de l'homme au citoyen, ce changement supposant le renoncement à une faculté ou à un droit naturels, par le biais d'un artifice. La comparaison bien sûr, a de nombreuses limites, mais aussi nous semble-t-il, une portée herméneutique que nous avons cherché à mettre en évidence. Parmi ses limites, l'une d'elles apparaît très clairement dans la formule des *Éléments de loi* que nous citions plus haut, où un élément met à mal les rapprochements que nous conduisons. La finalité du renoncement au droit naturel, c'est à dire de la soumission volontaire à un pouvoir, nous dit Hobbes, c'est de se préserver vis-à-vis de la violence. Un homme ne consentira à contracter que *s'il lui est possible de prévoir qu'il ne lui sera fait aucune violence.* Or, consentir à un acte chirurgical, c'est précisément s'attendre à ce que l'on attente à son intégrité corporelle, en sorte que le consentement à une opération chirurgicale semble bien plus malaisé que le pacte social. Comment légitimer l'institution et les modalités d'action parfois violentes d'un pouvoir qui a pour finalité la préservation de ceux sur qui il s'exerce ? Il s'agit là d'une question que la philosophie politique contractualiste s'est posée en son temps, mais qui ressurgit elle aussi dans les pratiques des intervenants du bloc opératoire. C'est à ce second niveau, celui du pouvoir médical et non plus du statut du patient, que nous chercherons à identifier une seconde série de figures communes à la réflexion philosophique classique, et aux pratiques contemporaines.

2 Pouvoir politique et pouvoir médical : institution et modalités d'action

Si l'on admet, liminairement, que les intervenants du bloc opératoire sont les détenteurs d'un certain pouvoir, que nous chercherons à caractériser, auquel les patients se soumettent de façon volontaire, on rencontre vite la question de l'institution de ce pouvoir. Cette question se pose avec une acuité toute particulière dans le cas des chirurgiens et anesthésistes, qui contrairement à la majorité des praticiens de la médecine, obtiennent ce pouvoir à un moment ponctuel : celui de la consultation qui précède le passage au bloc opératoire. En effet, la finalité de cette consultation, outre l'anamnèse qui y est conduite et doit permettre au praticien d'estimer les risques propres au profil du patient, est l'obtention d'un « consentement libre et éclairé »

à l'intervention du soignant, de la part du patient. Si donc les consultations médicales donnent plus communément lieu à des écrits s'attachant à identifier les enjeux de communication entre soignant et patient, il nous semble possible d'en produire une analyse, plus réflexive peut-être, en termes d'institution du pouvoir. C'est ce que nous tenterons de mener ici, en partant à nouveau d'un motif de philosophie politique classique : celui du pacte social.

2.1 Pacte et consentement : entre raison et passions

Il est de coutume en philosophie d'envisager la vie politique comme une spécificité humaine consécutive au caractère rationnel de l'homme. C'est bien l'absence de raison qui empêche les fous et les enfants de prendre part au pacte social, et rend nécessaire en ce qui les concerne la mise en place d'un tuteur, qui les représente aussi longtemps que dure l'absence de raison en eux. Mais la pensée politique de Hobbes se caractérise, à ce sujet, par l'usage particulier des passions qu'elle met en œuvre, car outre cette condition rationnelle, l'institution de la vie politique suppose des conditions passionnelles, comme la crainte mutuelle et l'espoir d'une vie plus heureuse. De cette tension entre raison et passions naissent des problématiques particulières, en ce qui concerne le pacte social. Revenons par exemple sur la formule des *Éléments de loi* :

> La fin pour laquelle un homme se dessaisit du droit qu'il avait de se protéger et de se défendre par son propre pouvoir, et l'abandonne à un autre, ou à d'autres, est la sécurité qu'apportent la protection et la défense qu'il attend de ceux à qui il abandonne son droit. En outre, un homme ne peut s'estimer en sûreté que *lorsqu'il lui est possible de prévoir* qu'on ne puisse lui faire aucune violence sans que l'État ne le dédommage [11]...

Le renoncement des hommes à un droit naturel est motivé par un avantage *escompté* dans le futur, celui d'un usage restreint du droit naturel en question, garanti par la sécurité permise par l'État institué. Cette sécurité est-elle absolument certaine ? Certes non, il est possible d'y attenter, mais l'homme est alors assuré de voir ses dommages compensés par l'État. Toutefois, ce n'est pas le caractère certain de la protection qu'apporte l'État qui est modalisé, dans la phrase de Hobbes : c'est bien plutôt *la possibilité pour l'homme de se représenter cet avantage* qui est mise en question (*s'il lui est possible* de prévoir). Dans un tel dispositif, la logique phénoménale prévaut sur celle de la réalité, comme dans plusieurs aspects de la philosophie hobbesienne. Mais pourquoi souligner la possibilité que l'homme ne se représente pas cet avantage ? C'est que, dans l'univers hobbesien, les hommes sont affublés d'une myopie passionnelle qui les empêche de considérer que l'avantage d'un bien futur justifie un mal présent [12] : le pacte suppose donc, pour que les hommes y soient amenés, non pas simplement que l'institution du pouvoir étatique permette d'assurer *effectivement* une sécurité aux contractants, mais en outre, que ceux-ci soient à même de se la représenter comme

11. Hobbes, Thomas, *Éléments de loi*, II, XX , 5 (p. 129 de l'édition citée).

12. « Car la nature a pourvu les hommes de remarquables verres grossissants qui sont leurs passions et leur amour d'eux-mêmes, et à travers lesquels toutes les petites contributions semblent de grands préjudices ; mais il leur manque les lunettes d'approche que sont les sciences morales et politiques, qui leur permettraient de voir de loin les misères qui sont suspendues au-dessus de leur tête, et qui ne sauraient être évitées sans de telles contributions... » Hobbes, Thomas, *Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile*, chap. XVIII (p. 191 de l'édition citée).

effective. L'avantage rationnellement fondé doit en outre être doublé d'un assentiment passionnel. Et c'est à une problématique très voisine, croyons-nous, que font face les soignants lorsque, avant d'opérer quelqu'un, ils le rencontrent lors d'une consultation d'anesthésie.

Que l'opération proposée soit à l'avantage du patient correspond à la part rationnellement mise en valeur par leurs argumentaires, mais d'autres pratiques rhétoriques, de la part des médecins, se prêtent à penser que le but de ceux-ci n'est pas tant de produire chez le patient une compréhension rationnelle de l'intervention proposée, que d'emporter leur adhésion en les amenant à se représenter avec espoir les avantages de l'opération, et à craindre les désagréments d'une non-intervention. Le pouvoir médical à l'œuvre au bloc opératoire est-il alors toujours fondé sur un accord rationnel de la part des patients ? Ou bien le consentement de ces derniers est-il, parfois, consécutif à des conditions passionnelles ? Question dont dérive une question corollaire : *que l'assentiment à une convention ait lieu en partie suite à des moteurs passionnels doit-il remettre en cause la légitimité de la convention ?* Dans le texte normatif qui réglemente cette consultation, l'objectif indiqué semble privilégier un consentement qui serait rationnel, puisqu'il est question d'un consentement est « libre et éclairé [13] ». Est donc idéalement attendu de la part du patient qu'il obtempère en connaissance de cause, averti des risques et bénéfices de ce qu'on lui propose. Mais à cet idéal rationaliste, la réalité de la consultation ne correspond pas toujours : l'argumentaire explicatif du soignant se double alors souvent de propos davantage persuasifs, ou de métaphores qui n'ont pas tant pour but d'éclairer l'esprit que d'emporter une adhésion passionnelle. Loin de nous l'idée de mener ici une critique implicite de tels procédés ; il nous semble en effet que la médecine ne saurait se passer d'une dimension rhétorique, que justifie la difficulté de faire comprendre à un patient la terminologie très technique usitée par les soignants. Le point où nous voulons en venir est plutôt celui-ci : le problème philosophique répertorié qui consiste à chercher à déterminer s'il est légitime qu'un accord politique soit extorqué « pathologiquement », selon le mot de Kant, c'est à dire du fait de passions, donne lieu à une résonance entre la réponse de Hobbes et les pratiques des soignants contemporains. Pour Hobbes en effet, la crainte et l'espoir sont des passions proprement politiques, qui jouent un rôle positif dans l'institution de la puissance coercitive. Leur interférence dans l'institution du pouvoir n'est donc pas tant problématique, que motrice : Ce n'est que parce que l'espoir, entendu comme la *représentation* d'un bien *comme* étant à venir (passion dont le fondement est parfaitement subjectif, donc), vient redoubler passionnellement la prévision rationnelle, comme la crainte le fait à l'égard de l'appréhension objective d'un mal à venir, que le pouvoir peut être institué. Et c'est encore la crainte du pouvoir coercitif qui permet au pouvoir institué de demeurer en place : que ces passions entrent en jeu dans l'institution et le maintien du pouvoir politique ne compromet pas ledit pouvoir pour autant [14]. De cette pensée originale du rôle des passions dans l'institution du pou-

13. Voici la formulation du décret de 1994 : « La consultation pré-anesthésique est obligatoire pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou locorégionale. Elle permet d'obtenir du patient un consentement libre et éclairé. Le consentement sera libre, en effet, dès lors que la consultation, comme la réglementation le prévoit, est faite à distance de l'intervention (délai incompressible de 48 h). »

14. « Il est par là manifeste que non seulement les actions dont le commencement réside dans la convoitise, l'ambition, la concupiscence et dans les autres appétits qui poussent vers la chose en question, mais aussi celles dont le commencement réside dans l'aversion ou la crainte des conséquences qui suivent l'omission,

voir, il nous semble possible de trouver un écho dans les enjeux attachés au pouvoir des chirurgiens et des anesthésistes, tel que les consultations le fonde. Ce pouvoir en effet, quelle que soit la formulation par laquelle il est fondé juridiquement, est parfois fondé, plutôt que sur la compréhension et l'adhésion rationnelle des patients, sur l'imagination de ceux-ci, imagination qui confère leur force aux éléments rhétoriques et peut-être scénographiques du pouvoir auquel il consentent de se soumettre.

Le rôle des passions dans le consentement à l'institution d'un pouvoir ne doit pas nous porter à penser que le consentement est alors dépourvu de toute valeur et légitimité. C'est tout l'intérêt ici du rapprochement avec l'anthropologie hobbesienne, qui autorise précisément qu'une action passionnelle soit néanmoins effectivement volontaire : les deux ne s'opposent pas, mais la volonté constitue simplement le dernier désir qui survient dans une délibération, c'est à dire une alternance de désirs. En d'autres termes, contrairement à ce qui se passe dans d'autres philosophies, pour Hobbes la volonté qui entérine une décision n'est pas nécessairement consécutive à une délibération rationnelle, et *n'en a pas besoin pour être légitime*. Si donc au sortir d'une consultation, la délibération d'un patient se clôt sur la crainte ou l'espoir, cette motion passionnelle, autrement dit, cet « appétit », dans le langage hobbesien, tient effectivement lieu de volonté, quand bien même il n'est pas le fruit d'une compréhension parfaitement rationnelle de la situation. Sans la crainte et l'espoir qui meuvent les hommes, et les poussent à sortir de leur condition naturelle, une République ne viendrait pas à être fondée. Ce motif philosophique, qu'on pourrait appeler l'interférence des passions dans le processus qui doit conduire à une convention, ressurgit dans les consultations médicales à deux titres : il est présent, de façon latente, dans les rhétoriques des soignants pendant la consultation, et apparaît également dans le critère retenu pour attester de la « liberté » du consentement du patient. Ce critère, comme l'indique le décret de 1994, est la non-rétractation du patient dans un délai incompressible d'au moins 48 heures : il s'agit croyons-nous d'un autre point de résonance avec la théorie anthropologique hobbesienne, en ceci que ce critère atteste, à défaut de la rationalité, impossible à éprouver, du consentement, bien plutôt de la fermeté de la résolution. Le fait que le consentement dure dans le temps est envisagé comme justifiant de la liberté de ce consentement : implicitement, on considère ce faisant que la volonté est, essentiellement, *une décision qui se spécifie par son caractère durable, plutôt que par les modalités par lesquelles elle vient à être*, autrement dit, on trouve ici un écho de l'idée hobbesienne que la volonté n'est définie que par sa situation temporelle, comme le dernier des appétits d'une délibération.

2.2 Le corps médical comme personne collective

Voilà donc le consentement obtenu, et le patient endormi : l'autorisation a été donnée aux praticiens de mener leur opération. Mais chaque opération est en fait le lieu d'une coopération, c'est-à-dire d'une entreprise collective et d'une responsabilité partagée. Les soignants aiment à se présenter comme une équipe, et de fait, l'individualité de chacun d'eux est mise entre parenthèse, dans l'espace du bloc opératoire, au profit de leurs fonctions. Cette spécificité du bloc opératoire, liée aux enjeux vitaux qui y

sont des action *volontaires*. » Hobbes, Thomas, *Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile*, chap. VI (p. 56 de l'édition citée).

sont suspendus à la possibilité d'agir efficacement en équipe, nous semble se prêter à identifier dans l'action collective des soignants une dernière série de figures convergeant avec des thèmes hobbesiens, en particulier, avec les thèmes consacrés à la personnalité collective de l'État. Nous partirons, à nouveau, des analyses du *Léviathan*.

Dans la théorie politique hobbesienne, le thème de la personnalité collective de la République est introduit pour répondre à un problème bien précis : celui de l'unité, ou plutôt de l'unification de la multitude d'individus contractants. Cette unification est nécessaire à ce que soit institué un pouvoir coercitif unique, pour tenir tous les hommes en respect. Mais comment faire en sorte que plusieurs personnes viennent à n'en faire plus qu'une ? La réponse de Hobbes prend appui sur une théorie de la représentation, théorie à laquelle nous avons déjà fait référence, à propos de l'ontologie éclatée du patient, et dont la dissipation pouvait être vue comme une conséquence du regard des soignants. Nous avions alors convoqué la définition hobbesienne de la personne pour mettre en évidence que le statut du patient, et sa qualité d'homme ou de corps, pouvait être envisagé comme étant suspendu aux regards et considérations des soignants. Nous en faisions alors un usage précisément inverse de celui qu'a en vue Hobbes au moment où il s'en fait le théoricien : il s'agissait pour nous de penser, non pas comment plusieurs hommes pouvaient être représentées par une seule personne, mais comment un seul homme pouvait se trouver anéanti en tant que personne par la pluralité de ses représentations, visuelles et chiffrées, fragmentées, diffractées sur différents écrans et différentes échelles. La seconde convocation de cette théorie ne sera pas plus orthodoxe que la première, dans la mesure où nous prétendons cette fois y trouver un écho pratique du côté des soignants, qui ne constituent pourtant pas à proprement parler une multitude d'hommes que représenterait une personne unique. Il nous semble cependant possible d'identifier deux termes entre lesquels un jeu est à l'œuvre, en chacun des intervenants médicaux, à savoir l'homme individuel et le soignant doué d'une fonction particulière, et partie prenante d'une équipe. C'est cette dualité dans l'identité des soignants qui nous semble propice à chercher dans leurs pratiques un écho à la théorie hobbesienne de la représentation politique.

La formulation de la théorie de la personne en effet, parmi nombre de ses enjeux, conduit à élargir le concept de représentation, qui ne qualifie pas seulement le rapport qui git entre les contractants et le souverain, autrement dit, les auteurs et l'acteur, mais en outre, trouve un emploi valable pour désigner un rapport de soi à soi-même. En témoigne cette curieuse formule, dans la citation ci-dessus : « Personnifier, c'est jouer le rôle, ou *assurer la représentation de soi-même* ou d'autrui [15]. » En d'autres termes, non seulement la théorie de la personne conduit à placer le fondement de l'identité à soi d'un être dans la considération qu'en ont d'autres personnes (c'était le sens de la première définition qu'en donne Hobbes : « Est une personne celui dont les actes et paroles *sont considérés comme* lui appartenant… »), mais en outre, cette

15. « Le mot de personne est latin. À sa place, les Grecs ont *prosopon*, qui désigne le visage, alors que *persona*, en latin, désigne le déguisement, l'apparence extérieure d'un homme, imités sur la scène ; et parfois, plus précisément, la partie du déguisement qui recouvre le visage : le masque. De la scène, le mot est passé à tout homme qui donne en représentation ses paroles et ses actions, tant à la scène que dans la vie courante : et personnifier, c'est jouer le rôle, ou *assurer la représentation de soi-même* ou d'autrui : de celui qui joue le rôle d'un autre, on dit qu'il en assume la personnalité, ou qu'il agit en son nom […]. » Hobbes, Thomas, *Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile*, chap. XVI (p. 161 de l'édition citée. Nous soulignons).

théorie se prête à penser au sein même de chacun un décalage entre soi-même, et la représentation que l'on donne de soi.

À bien des égards, ces problématiques relatives à l'identité, aussi bien collective, qu'individuelle, se retrouvent de façon latente dans les pratiques des intervenants du bloc opératoire. Nous évoquerons en premier lieu les enjeux relatifs à une identité collective. Dans les discours des soignants, le thème de l'équipe, dont la solidarité est nécessaire à l'efficacité est omniprésent. Comment cette identité collective se manifeste-t-elle dans leurs pratiques ? De façon très visuelle, elle apparaît d'abord par le biais de leurs tenues et de leurs masques parfaitement semblables, en d'autres termes, par la représentation collective qu'ils donnent d'eux-mêmes comme autant d'entités interchangeables à première vue, autant de porteurs du même masque. Il s'agit là d'un usage du masque particulier : la tenue des soignants n'a pas pour fonction de mettre en évidence qu'ils représentent *quelqu'un d'autre*, qui les aurait autorisés, mais plutôt de rendre visible leurs compétences médicales. C'est en tant qu'infirmier, en tant qu'anesthésiste, et plus généralement en tant qu'intervenant habilité que l'on porte une blouse et un masque. Autrement dit, la tenue des soignants semble plutôt avoir pour fonction d'*assurer leur propre représentation*, en tant que soignant plutôt qu'individu. Cependant, ne peut-on penser que ces nécessités déontologiques et hygiéniques se doublent d'une autre forme de détermination, d'ordre non plus pratique, mais plutôt symbolique ? Pourquoi en effet tous les soignants sont-ils tenus de porter une blouse de couleur parfaitement identique, et de faire exclusivement usage d'objets standardisés ? Ne peut-on voir en ces usages l'expression de la nécessité, à la fois de se scénariser comme intervenant habilité, mais également de ne pas s'individualiser, et donc de se donner comme l'élément indifférencié d'une personne collective ? À ce titre, on pourrait interpréter les tenues des soignants comme autant d'éléments de représentation ayant pour fonction de les amalgamer en une personne collective, un corps médical doué d'un pouvoir commun, plutôt que d'individuer chacun d'eux comme un soignant déterminé. On peut donc voir dans l'esprit d'équipe de soignants, et les accessoires matériels qui le rendent visible, un écho de la représentation politique, qui aurait lieu cette fois-ci non pas par la médiation d'une personne portée par un homme individuel, mais à même les intervenants : les acteurs, dans le cas qui nous intéressent, coïncident en effet avec les auteurs qu'ils représentent, mais c'est l'identité (au moins visuelle) des acteurs entre eux qui permet d'asseoir une personnalité collective. La pluralité des acteurs se trouvent alors contrebalancée par la ressemblance qui les amalgame, en sorte que la médiation de la représentation, si elle est moins directe que dans le cas d'un acteur unique, n'en est pas moins présente.

Eu égard à présent au second aspect de cette problématique d'identité, à savoir, l'identité à soi, il nous semble que certains aspects du comportement des soignants se prêtent à en effectuer, là encore, une lecture qui mette en évidence une résonance avec les idées hobbesiennes. Nous nous arrêtions plus haut sur cette curieuse formule, par laquelle la théorie de la personne problématise le rapport à soi : assurer la représentation de soi-même. Dans quel contexte une telle représentation de soi a-t-elle lieu d'être ? Il semble que cette exigence soit attachée à un espace où le regard d'autrui vient consacrer l'identité que l'on donne à voir, ce qui est précisément le cas du bloc opératoire, et plus largement, de nombreuses pratiques médicales, où la qualité de soi-

gnant est attachée à ceux qui en sont détenteurs à la fois, bien sûr, par la formation dont ils peuvent se prévaloir, mais aussi par le regard d'autrui, qui les consacrent. Aussi est-il possible d'interpréter à cette aune la constance, la fidélité à soi des soignants, aussi bien dans l'humeur qu'ils donnent à voir aux autres praticiens que dans les attitudes qu'ils réservent aux patients. Faire preuve d'un caractère impavide, ou au contraire, d'un humour inchangé peut être interprété comme une tentative d'assurer sa propre identité par le biais du regard d'autrui, en assurant une représentation de soi-même, avec la constance qu'Aristote recommande aux personnages dans sa *Poétique*. En d'autres termes, dans la mesure où la personnalité n'a d'existence que par la considération exogène qui la consacre, la personnalité individuelle d'un chirurgien, d'un anesthésiste, et plus largement d'un soignant, se trouve renforcée par l'image qu'autrui lui attribue, ce qui justifie que l'on s'efforce d'en assurer une représentation stable et parfois même prototypique. Il apparaît alors possible de comprendre en ces termes l'assignation à la bonne humeur, ou au contraire au sérieux, mais de façon générale, la constance digne d'un personnage dont font particulièrement preuve certains intervenants médicaux. Le professionnalisme des soignants pourrait en ce sens être compris, non seulement comme une *caractéristique* objective de leur conduite, mais en outre comme une *attitude* adoptée afin de consacrer leur personne, c'est à dire l'identité qu'ils tirent des considérations d'autrui.

Ce point nous conduit à considérer, en deçà de la personnalité collective que nous avons esquissée, des variations dans les personnages médicaux du bloc opératoires, variations liées à leurs fonctions. Comment concilier la personnalité collective du corps médical, et ces spécificités individuelles, sources parfois de conflits d'autorité ?

2.3 Le corps médical et ses membres : personnalité collective et fonctions différenciées

Dans l'économie du *Léviathan*, à la nécessité d'instituer une puissance collective, qui tienne les hommes dans la crainte d'un châtiment s'ils enfreignent les lois, fait suite l'exposé non plus d'une nécessité, mais d'une prédilection de la part de Hobbes : il s'agit de mettre en évidence qu'il est avantageux pour une République qu'un seul homme détienne le pouvoir absolu conféré par les contractants. Autrement dit, après avoir exposé la génération de la personne, dans tous les cas unique, de la République, sans spécifier la forme de cette dernière, Hobbes se livre à une apologie de la monarchie, où cette personne coïncide avec un seul homme. Et cette apologie est étonnamment pratique, eu égard à la théorie politique exposée dans son ensemble : Hobbes y expose sa préférence pour la monarchie en s'appuyant sur les commodités de décisions que celle-ci permet. Si donc le passage à une personne collective est donc pour sa part justifié par un argumentaire proprement politique (c'est le moment de l'institution), lorsqu'il s'agit de spécifier les trois principales formes de Républiques possibles (moment pour ainsi dire de la constitution), Hobbes recourt à un argumentaire plutôt pragmatique. Du fait de la moins grande inconséquence des avis d'un homme seul en regard de l'inconstance des assemblées où, « en sus de celle qui vint de la nature, intervient alors une autre inconstance qui tient au nombre [16] », la mo-

16. Hobbes, Thomas, *Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile*, chap. *XIX* (p. 196 de l'édition citée).

narchie se présente comme une forme de République avantageuse, par rapport aux formes ou le pouvoir est détenu par une assemblée. En somme, s'il est nécessaire que le souverain soit une seule *personne*, pour unifier la multitude qui l'engendre, il est d'autre part préférable que cette personne soit un seul et unique *homme*, afin qu'il soit mieux à même d'agir.

C'est un enjeu très semblable qu'il nous semble identifier à travers les pratiques et argumentaires des équipes médicales. Si l'on entend souvent, comme nous l'indiquions plus haut, les intervenants affirmer qu'ils prennent part à une équipe, ce propos semble légèrement compromis par les différences hiérarchiques entre chacun d'eux, et le partage des tâches qui y est consécutif. La personne collective, le corps médical, est certes mû par une finalité commune lors de ses interventions, à savoir, le bien du patient, mais ce dénominateur commun donne parfois lieu à des argumentaires rivaux, dont chacun se fonde sur la spécialisation du locuteur. Cette spécialisation, cependant, n'est certes pas seulement source de différends, elle est avant tout ce qui permet l'efficacité de la coopération. En ce sens, il nous apparaît possible d'identifier dans les interactions des soignants une tension entre d'une part l'identification générale à une personne collective, en tant que « corps médical », et d'autre part, une cristallisation de l'autorité autour de figures de proue.

Sont révélateurs de cette identification secondaire, qui s'ajoute à l'identification collective, certains partages de tâches, et certaines dissensions. Ainsi un personnage particulier se détache-t-il, dans la personne collective du corps médical, par son activité et ses responsabilités plus grandes : le chirurgien. C'est précisément à lui que revient de prendre des décisions rapides, au moment de l'opération, et de déférer des ordres aux infirmiers et aux internes qui l'environnent. Ce faisant, le chirurgien instille un rapport d'autorité vis-à-vis des autres membres de l'équipe. Mais il n'est pas le seul personnage bien distinct du bloc opératoire, dans la mesure où, de l'autre côté du champ opératoire, du côté du patient, se trouve l'anesthésiste, dont les actes et propos s'attachent non pas à la partie du corps qui est opérée, mais au patient dans son entier, dont il surveille et indique les paramètres corporels que nous mentionnions plus haut. L'anesthésiste, par son rôle de surveillance, au cours de l'opération, acquiert en quelque sorte le statut de représentant du patient, par la médiation des indicateurs techniques de l'état de ce dernier.

Autour de ces deux figures se détachent comme deux pôles, dans l'espace d'une salle d'opération, dont l'un se cristallise autour du visage du patient et de l'appareil de monitorage, de part et d'autre de l'anesthésiste, et dont l'autre s'active autour de la zone opérée, du côté du chirurgien. Cette répartition nette des intervenants, en deux côtés distincts, attachés pour chacun à une partie du corps du patient, est lisible à même la configuration de l'espace, d'une façon que l'on pourrait qualifier, selon la formule de Rancière, de partage du sensible [17]. À cette dissipation du corps du

17. « J'appelle partage du sensible ce système d'évidences sensibles qui donne à voir en même temps l'existence d'un commun et les découpages qui y définissent les places et les parts respectives. Un partage du sensible fixe donc en même temps un commun partagé et des parts exclusives. Cette répartition des parts et des places se fonde sur un partage des espaces, des temps et des formes d'activité qui détermine la manière même dont un commun se prête à participation et dont les uns et les autres ont part à ce partage. » Jacques Rancière : http ://www.egs.edu/faculty/jacques-ranciere/articles/le-partage-du-sensible-interview/ (consulté en avril 2016).

patient, on peut donc assigner selon notre lecture deux fonctions : d'une part, elle contribue au passage du statut d'homme à celui de corps, que nous envisagions plus haut, et d'autre part, elle entérine une division au sein du corps médical entre deux groupe d'intervenants, les infirmiers et internes étant affectés d'un côté ou de l'autre. Au sein du corps médical se détachent donc deux équipes, comme deux groupes de fonctionnaires distincts, dont la coopération est indispensable, mais dont les fonctions se démarquent nettement : il s'agit, d'un côté, de rendre compte de l'état du patient et de ses évolutions ou de sa stabilité, de l'autre, d'opérer effectivement [18].

Ces deux fonctions sont-elles, en quelque sorte, en rivalité, de telle sorte que la pluralité des hommes détenteurs du pouvoir médical paralyserait, ou du moins ralentirait, les opérations effectuées ? Il nous semble possible de parler de rivalité dans la mesure où chacun de ces deux intervenants principaux peut se prévaloir d'une formation plus importante, qui lui confère une fonction de premier ordre dans l'opération. De la même façon, alors que les autres membres du corps médical se prévalent avant tout d'intégrer une équipe, et d'agir de concert, ces deux personnages présentent dans les discours qu'ils tiennent sur leur propre fonction une propension à souligner leur caractère actif, et ce, par l'intermédiaire de ce qu'on pourrait appeler, une mythologie de l'homme d'action. « Le médecin est un homme de réflexion, le chirurgien, un homme d'action », indique un chirurgien commentant la prise de décision rapide qu'il vient d'effectuer. Mais l'anesthésiste n'est pas en reste, qui recourt à une métaphore de prédilection pour décrire son emploi : celle du pilote. L'induction (moment de l'endormissement) correspondant à l'envol, l'opération, au pilotage automatique, et le réveil à l'atterrissage. Cette métaphore récurrente, dans les propos des anesthésistes, laisse à penser qu'il s'agit, pour ces professionnels, de montrer à la fois le caractère crucial de leur rôle, et le fait qu'il s'agit d'une fonction active, que l'anesthésiste, lui aussi, est « celui qui fait », même si le chirurgien l'est de façon plus visible.

En somme, les enjeux soulevés par Hobbes au sujet de la constitution de la République, et tout particulièrement, la problématisation d'une personne unique représentée par plusieurs hommes, sont bien présents, quoique modulés, dans l'espace des équipes de soignants, où l'identité est suspendue à la fonction, où les conflits d'autorité, parfois ouverts, sont en tout cas souvent latents, et où les délégations de pouvoirs font l'objet d'enjeux importants [19]. Si donc les soignants, par leurs tenues, pratiques et discours, revendiquent l'appartenance à une collectivité que nous avons cherché à identifier comme un « corps médical », d'autre part, cette identité de groupe fait face aux problématiques qui se laissent penser sur le modèle de la scission d'une personne collective en plusieurs hommes distincts.

Caractérisé par les dispositifs de sécurité qui empêchent d'y accéder, par son caractère tabou et comme dissimulé dans l'hôpital, le bloc opératoire ressemble, par certains aspects, à un ministère étatique dont les opérations seraient tenues secrètes et obéiraient à une certaine raison spécifique. De fait, dans ce lieu pourvu d'une logique

18. Opposition sur laquelle insiste Jean Peneff, dans son article «Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, n° 3/97, p. 265-296. Il y met en évidence que les opérations en question sont interprétables comme une lutte, entre chacun de ces pôles.

19. On peut penser, notamment, à la récente délégation aux infirmières de l'opération d'une pose de cathéter, qui était auparavant répertoriée comme un acte chirurgical et réservé à ces praticiens.

propre, s'effectuent des interventions très réglementées, et cependant toujours paradoxales en ceci qu'elles consistent à attenter à l'intégrité corporelle, en ayant pour fin la préservation des corps des patients. C'est de ce paradoxe, de cette tension entre les modalités d'action et les fins que naissent des problématiques toutes philosophiques, dont nous avons ici développé quelques pistes.

Afin de prévenir la douleur d'un patient, l'anesthésie se présente de prime abord comme une solution purement technique. Les enjeux auxquels les praticiens font face semblent alors se réduire à des problèmes pratiques. Cependant, les appréhensions subjectives des patients aussi bien que les comportements et choix d'argumentaires des soignants se prêtent à penser que cet acte médical excède le simple acte technique, et entre en résonance avec des problématiques plus réflexives, des problématiques d'ontologie classique. Ainsi avons-nous cherché à montrer qu'il était possible d'envisager l'anesthésie comme une transition ontologique, un passage pour le patient, du statut d'homme à celui de corps. Ce passage présente deux aspects : celui, objectif, de l'immobilité, de l'inconscience et surtout de l'insensibilité, par le biais de la suspension physico-chimique de la sensation, mais également une dimension subjective, c'est-à-dire relative à la considération des soignants. Da la même façon, les problèmes pratiques posés par la légitimation de l'autorité des soignants, ainsi que par la nécessité de leur coopération, dans l'espace du bloc opératoire, peuvent être interprétés comme participant à des enjeux d'ordre politique, traités sur un mode mineur, à partir d'un terrain empirique, mais présentant les mêmes logiques que les questions philosophiques animant les théoriciens de philosophie politique.

Les pratiques du bloc opératoire, en entrant en résonance avec ces motifs philosophiques, leur donnent une nouvelle vigueur, permettent d'en offrir une intuition concrète, et peut-être, de mettre en évidence qu'il s'agit de problématiques qui initialement dépassaient le champ strictement spéculatif. La mobilisation de concepts classiques autorisent également un décentrement, eu égard aux questions pragmatiques du champ de la médecine contemporaine. Tout comme les enjeux d'abord considérés comme strictement *psychologiques* de la crainte du patient peuvent être pris au sérieux donner lieu à une lecture proprement philosophique, de même, les enjeux du pouvoir médical qui se manifestent de façon exacerbée au bloc opératoire, ne sont pas des enjeux exclusivement pratiques. Sans pour autant constituer des Problèmes Philosophiques consacrés, ils entrent en résonance avec des problématiques philosophiques précises, en particulier, avec certaines tensions propres à la philosophie de Hobbes, quoiqu'elles ne se manifestent pas dans un heurt de concepts et de principes, mais de façon plus sourde, à travers les pratiques des soignants et les appréhensions des patients. Il semble donc qu'à l'action revendiquée, la réflexion s'attache comme son ombre portée. Aussi serait-il possible en ce sens, de parler d'un matérialisme en acte, de la part des chirurgiens, et plus généralement d'un empirisme spontané, de la part des soignants : l'idée de Bachelard selon laquelle les scientifiques portent en eux une philosophie spontanée s'appliquant aussi bien aux praticiens.