Défouir
La guérison d'après Canguilhem

Vincent Camus
ENS de Lyon – IHRIM

« Considérée comme un événement dans la relation entre le malade et le médecin, la guérison est, à première vue, ce que le malade attend du médecin, mais non ce qu'il en obtient toujours. [. . .] C'est là, sans doute, la principale raison du fait que, de tous les objets de la pensée médicale, la guérison soit celui dont les médecins ont le moins traité[1]*. »*

S'enquérir de la santé d'un proche revient toujours à lui poser une question au fond très simple : « Alors, comment vas-tu ? » S'il est souffrant, la question renferme alors une inquiétude implicite de plus : « Alors, est-ce que ça va mieux ? » La pudeur dissimule une sollicitude supplémentaire concernant la guérison, cette interrogation ne se satisfait jamais d'un simple « oui » ni d'un simple « non ». La guérison n'est jamais un événement pérenne dont on pourrait déclarer avec certitude qu'il s'est ou non produit, de sorte que l'interrogation porte davantage sur le fait de savoir « comment » la personne guérit. La guérison nomme dès lors l'équilibre souvent très précaire du rapport qu'une personne fragilisée entretient à ce qui l'entoure. C'est à solidifier cet équilibre qu'œuvre la pratique médicale, bien que la médecine fasse silence sur la notion de guérison. Le peu d'égards qui lui sont témoignés dans la littérature médicale et méta-médicale[2] est-il l'indice d'un intérêt volontairement porté ailleurs et qui serait davantage dévolu au thème plus actuel du soin et de la relation entre

1. G.Canguilhem, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », *Nouvelle revue de psychanalyse,* J.-B. Pontalis (dir.) n° 17, printemps 1978, p. 13-26, pour la version originale. Nous citerons ici l'édition ultérieure du texte publiée aux Éditions du Seuil, 2002.

2. Les rares ouvrages de la littérature méta-médicale dédiés à la guérison commencent généralement par faire état de ce peu d'égard, voir R. Allendy, *Essai sur la guérison*, Paris, Denoël et Steele, 1934, p. 8-13, ainsi que J. Sarano, *La guérison*, PUF, « Que sais-je ? », 1955, p. 5-6, et les articles de J. Starobinski, « La guérison », *in* D. Lecourt *et. al., Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 547, ainsi que de G. Canguilhem, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », *op. cit.*, p. 69.

patients et soignants [3] ? La guérison est-elle un thème dénué d'intérêt pour le corps médical ?

Il semble qu'on puisse répondre négativement à cette dernière question : le silence quant aux rapports de la guérison et de la pratique médicale ne résulte ni d'un oubli ni de l'hétérogénéité radicale de leurs problématiques respectives, mais plutôt du malaise [4] que suscite inévitablement leur rencontre. La guérison souligne à la fois la difficulté d'une évaluation par le malade des résultats médicaux obtenus et la naïveté tyrannique du patient, qui attend de ce professionnel une guérison dont ce dernier n'est pourtant pas responsable, puisque son métier a pour objet le seul traitement [5]. La guérison n'implique-t-elle pas l'idée d'une efficacité ou d'une performance dont on peine à penser qu'elles puissent être mesurables ? Aussi nomme-t-elle la béance d'un espoir dont personne n'estime pouvoir assurer la satisfaction. Plus que d'un malaise, il semble dès lors que la guérison soit l'occasion d'un décalage [6] entre le patient et le médecin, entre la nécessité inquiète de l'attente et l'incertaine possibilité de la cessation du mal. Cette attente est colorée par des affects tels que l'espoir, la crainte, l'installation de la résignation ou d'une apparente indifférence… N'est-ce pas déjà adresser un signe discret en direction d'une ethnographie de la pratique médicale, seule susceptible d'enrichir notre cheminement en évaluant la valeur que revêtent ses interrogations pour la pratique des soignants ? Partant de ce constat canguilhémien d'un « décalage », ce chapitre vise à poser deux séries de questions, qui ne portent pas sur les conséquences ou manifestations de ce malentendu, mais sur la nécessité conceptuelle de son origine. La première est théorique : existe-t-il un lien qui puisse se fonder essentiellement entre guérison et pratique médicale ? Quelle est la nature de ce lien ? La seconde est une interrogation méthodologique [7] : pourquoi tenter de répondre à l'aide d'une étude de Canguilhem mène-t-il à poursuivre cette étude conceptuelle jusque sur le terrain de l'ethnographie des pratiques médicales ?

Aussi l'objet de ce chapitre est-il double. D'une part, Canguilhem ne réalise pas tant, dans sa thèse de médecine intitulée *Le normal et le pathologique* [8] aussi bien que dans l'article ultérieur « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » une philosophie de la médecine, qu'une anthropologie philosophique, et ces textes réclament qu'on les

3. Alors que le silence de la littérature médicale sur la guérison en fait le lieu d'une absence de thématisation véritable, le *care* et la philosophie du soin ne l'abordent que de manière accidentelle, puisque leurs perspectives consistent à approcher la santé à partir d'une éthique de la relation, là où envisager pleinement la notion de guérison implique de partir de ce que le patient ressent de son propre état. De même, la sociologie de la santé ne l'interroge qu'à partir d'une description des relations sociales. Cette sociologie se distribue selon deux axes principaux. Le premier s'intéresse plutôt à la dimension relationnelle de la pratique médicale et aux *effets de ces relations* sur ses résultats. Le second étudie davantage les conditions et les ressorts de la *légitimation* de cette pratique en tant qu'elle représente une pluralité de professions insérées dans le champ concurrentiel de la santé.

4. Face à ce malaise, J.-B. Pontalis évoque la prudence que vise à manifester le choix de son titre « l'idée de guérison », préféré à « la guérison ». J.-B. Pontalis, « Une idée incurable », *Nouvelle revue de psychanalyse,* J.-B. Pontalis (dir.), n° 17, printemps 1978, p. 7.

5. G. Canguilhem, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », *op. cit.*

6. *Ibid.*, p. 69.

7. « Les historiens de la thérapeutique ont eu rarement le projet d'examiner le rapport quasi-contractuel qui lie l'attente de guérison à l'offre de traitement, la demande de soins à la réponse que lui apporte le savoir. *La traditionnelle histoire des idées gagne à s'enrichir d'une approche de type "anthropologique"* ou de psychologie sociale. » J. Starobinski, « La guérison », *op. cit.*, p. 547 (je souligne).

8. G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2013. *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* (1943) et *Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique* (1963-1966).

lise comme tels. Certains concepts canguilhémiens – tels que ceux de norme et de guérison – impliquent un mode original de conceptualisation qui appelle une enquête ethnographique, *pour qu'en soit réalisée une étude philosophique* satisfaisante. L'enquête se défend alors du soupçon de tourisme – soupçon selon lequel l'enquête serait motivée par une simple curiosité dont chacun serait en droit de condamner l'irrespect – par la rigueur méthodologique de la nécessité qui la réclame. D'autre part, une telle démarche – par laquelle se trouvent associées philosophie et ethnographie – est susceptible d'éclairer efficacement le fonctionnement d'une pratique médicale [9]. Elle révèle que la guérison, selon le concept que nous en formulerons, demeure irréductiblement attachée à toute pratique médicale en dépit de l'apparent bannissement dont elle fait l'objet comme notion. L'objectif d'une telle tentative est à la fois de contribuer aux lectures canguilhémiennes et d'aider à comprendre les enjeux qui sont ceux d'un terrain, ici, un service hospitalier de dialyse – qui constitue précisément un cas-limite puisque la guérison ne peut jamais s'y présenter sous la forme d'un événement ni d'un état pérenne. La philosophie empirique tient alors dans l'unité de la poursuite de ce double espoir, au moyen de prime abord surprenant d'un « défouissement » du concept dans la pratique médicale. Ce geste consiste à estimer la valeur problématique d'un concept par sa capacité à rendre compte des enjeux d'une pratique. La succession des étapes théoriques et méthodologiques de ce « défouissement » ordonne les moments de ce chapitre : du général vers le particulier.

1 Préparer le défouissement par une lecture : prétentions anthropologiques

Il importe d'abord d'apporter une précision quant au statut des concepts canguilhémiens. Cette précision s'avère d'autant plus fondamentale qu'elle conditionne la possibilité – discrète quoique d'une valeur majeure – d'une lecture anthropologique du *Normal et du pathologique*. Aussi est-ce la dimension heuristique – que Canguilhem laisse implicitement au lecteur le soin d'admettre ou de rejeter – de la continuité de l'exercice de la normativité qui mérite d'être soulignée. La normativité indique que la vie serait le principe de la production, chez le vivant, des critères à l'aune desquels il évalue le rapport à son milieu : les normes. La *nécessité* de cette production constitue un postulat que Canguilhem demande à chacun d'admettre [10]. Le fait que la vie produise nécessairement de la valeur, c'est-à-dire le fait que le vivant produise *nécessairement* un rapport non strictement factuel aux faits ne peut en effet qu'être *admis* [11] : cet aspect majeur est à souligner bien qu'il soit dérangeant. Il signifie en effet que Canguilhem ne fournit pas tant une philosophie vivante de la vie qu'une philosophie du rapport humain à la vie.

9. Notre démarche se rapproche de celle adoptée par P. Barrier dans *La blessure et la force*, *la maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*, Paris, PUF, 2010, et *Le patient autonome*, Paris, PUF, 2014. Elle en diffère pourtant en ce que P. Barrier montre comment la juste compréhension du diabète doit conduire à réinventer le concept canguilhémien de normativité : il formule l'idée d'une autonormativité. Ici, nous ne visons pas à reformuler un concept canguilhémien, mais simplement à évaluer son efficacité explicative et à en préciser le schème de travail dans un service de dialyse.

10. *Ibid.*, p. 105.

11. *Ibid.*, p. 104.

Cette précision liminaire s'inscrit en faux contre une lecture plus « intuitive » du *Normal et du pathologique*, selon laquelle ce serait *au nom d'une prétendue communauté d'expérience entre l'auteur et le lecteur* que l'on pourrait admettre que la vie n'est pas indifférente aux conditions d'exercice se trouvant hors d'elle. S'il peut en première instance sembler que chacun puisse effectivement ressentir la polarisation biologique à l'œuvre en lui, reconnaître une communauté d'expérience [12] entre l'auteur et le lecteur consiste à acquiescer immédiatement à la nécessité de l'exercice continuel d'une normativité, sans interroger les arguments utilisés par Canguilhem pour l'expliquer. Acquiescer à ce que l'on doit admettre nécessite pourtant de comprendre les raisons de cet acquiescement : il n'est en effet rien de moins intuitif ni de moins immédiatement accessible que la normativité ou la norme, puisque si nous pouvons bien éprouver certains de leurs effets [13], le procès de leur exercice demeure inconscient [14].

Plutôt que d'invoquer une communauté d'expérience, une lecture du *Normal et du pathologique* doit partir de l'exigence canguilhémienne : reconnaître la nécessité *heuristique* de la permanence de l'exercice de la normativité [15]. Canguilhem lui-même revendiquait explicitement sa démarche comme étant celle d'une clarification de quelques concepts médicaux. Il faut admettre comme un fait de second degré que le vivant évalue son rapport à tout fait. Il est impossible de rendre compte d'une activité vivante, quelle qu'elle soit, si l'on n'admet pas *à titre heuristique* que le vivant préfère et exclut nécessairement. Refuser à Canguilhem ce qu'il demande de lui accorder aurait rendu la lecture du *Normal et du pathologique* impossible, et aurait abouti à ne pouvoir expliquer pourquoi la plante, l'animal ou l'homme diffèrent de ce qui n'est pas vivant. Si l'homme a la capacité d'être indifférent aux conditions dans lesquelles sa vie s'exerce, toute activité devient non pas contradictoire, mais simplement absurde – c'est-à-dire inintelligible pour la vie elle-même – au sens où l'activité ne revêt plus la moindre signification pour le vivant : elle n'est rien que le résultat nécessaire d'une légalité de type physico-chimique [16]. La dimension heuristique de la normativité et de la norme indique à la fois leur origine réflexive et leur visée explicative, en accusant la distance critique à conserver à l'égard de cette prétention à l'explication.

S'interroger sur le fondement de cet accord entre Canguilhem et son lecteur aboutit à un constat capital : la démonstration par l'absurde de Canguilhem n'est en réalité possible qu'au prix de l'opposition binaire de deux possibilités qui en réalité ne s'opposent pas tout à fait : l'existence nécessaire de la polarisation et l'inexistence de cette polarisation pour tout vivant. Un espace est laissé dans la démonstration à l'acquiescement du lecteur, libre d'accepter ou de refuser le pacte méthodologique que lui propose Canguilhem. Il y a pacte, car il existe un choix possible. Mais sans ce pacte, comment comprendre qu'on puisse vouloir guérir ? La démonstration porte sur l'existence possible de la polarisation, mais échoue à démontrer la nécessité de

12. Claude Debru a souligné cette difficulté lorsqu'il fait de la normativité un concept « presque mystique ». Claude Debru, « L'engagement philosophique dans le champ de la médecine : Georges Canguilhem aujourd'hui », *in* Jean-François Braunstein (dir.), *Canguilhem, histoire des sciences et politique du vivant*, Paris, PUF, 2007, p. 50-51.

13. *Ibid.*, p. 111.

14. *Ibid.*, p. 102-103.

15. *Ibid.*, p. 8.

16. *Ibid.*, p. 104.

son exercice continuel [17]. Cette nécessité ne peut qu'être admise à titre de principe méthodologique [18]. La nécessaire continuité de l'exercice de la normativité permet de résoudre une difficulté : celle qu'il y aurait eu à déterminer quand la normativité s'exerce ou ne s'exerce pas, puisque le déroulement de son procédé est inconscient et qu'une évaluation positive peut n'être pas ressentie positivement [19]. L'insuffisance des commentaires à relever la dimension heuristique du concept de normativité a dès lors pour conséquence de taire la dimension irréductiblement anthropologique de la pensée canguilhémienne de la vie, ou, pire, de la rendre inintelligible. L'anthropologie désigne ici l'intérêt que prend l'homme à se connaître lui-même, et non la seule connaissance de l'homme. L'intelligibilité de l'activité vitale et de sa propre activité biologique conduit donc l'homme à fournir un concept heuristique de norme et de normativité. Si la littérature secondaire n'a souvent pas manqué de commenter cette dimension anthropologique de la pensée canguilhémienne de la médecine, elle omet pourtant de souligner la condition fondamentale sur laquelle la possibilité d'une telle anthropologie repose : l'accord de l'auteur et du lecteur, qui se doivent d'admettre ensemble la continuité nécessaire de la polarisation à titre heuristique. La mémoire de cette condition rappelle ainsi la pensée de Canguilhem à la visée qu'elle poursuivait : écrire non pas sur la vie humaine, mais sur la vie humaine telle qu'elle est intéressée à se penser elle-même, afin de vivre. Le vitalisme de Canguilhem apparait dès lors comme une pensée pour laquelle la vie ne représente pas un simple thème, mais constitue le lieu d'origine. Il n'y a pas de connaissance humaine qui ne soit aussi, dans le geste même du connaître, une pratique de cette connaissance.

Sous le terme de « médecine [20] » employé dans l'introduction au *Normal et au pathologique*, il devient manifeste que Canguilhem évoquait la « pratique médicale ». Souscrivant aux analyses du P^r^ H. Pequignot dans son article « Canguilhem et la médecine [21] », il n'est pas absurde d'estimer que l'expression, si souvent mentionnée, de l'intérêt de Canguilhem pour les « problèmes humains concrets [22] » désignait la médecine au sens d'une pratique plutôt que d'un thème. Canguilhem fait référence à la signification originelle, mais aussi commune de la médecine. En ce sens, la célèbre introduction de Canguilhem ne témoigne plus tant d'un intérêt pour le thème médical, que pour sa pratique concrète, entendue au sens d'un « art [23] » ou d'une « technique [24] ».

17. *Ibid.*, voir le chapitre intitulé : « Examen critique de quelques concepts. »

18. Le normal désignerait-il dans ce cas la valorisation du rapport au milieu ou l'absence de la polarisation ? Que la santé tienne au silence des organes, selon la formule de Leriche, pourrait alors s'interpréter en deux sens très différents. Qu'il soit impossible méthodologiquement de considérer que la polarisation n'existe pas n'implique pas qu'on doive la regarder comme nécessaire. Aussi la démonstration de Canguilhem – que l'on peut qualifier de démonstration « par l'absurde » pour des raisons de clarté – est-elle partielle, et requiert-elle bien que le lecteur souscrive au fait de la nécessité de la polarisation en l'admettant, en pactisant.

19. *Ibid.*, voir les chapitres « Les conceptions de René Leriche » et « Les implications d'une théorie ».

20. *Ibid.*, p. 8.

21. *H. Pequignot*, « Georges Canguilhem et la médecine », *Revue de métaphysique et de morale*, *Canguilhem*, janvier-mars 1985, Armand Colin, Paris, 1985. Henri Pequignot, « Georges Canguilhem et la médecine ».

22. *Ibid.*, p. 8.

23. *Id.*

24. *Id.*

> Ce n'est pas nécessairement pour mieux connaître les maladies mentales qu'un professeur de philosophie peut s'intéresser à la médecine. Ce n'est pas davantage nécessairement pour s'exercer à une discipline scientifique. Nous attendions précisément de la médecine une introduction à des problèmes humains concrets. La médecine nous apparaissait, et nous apparaît encore, comme une technique au carrefour de plusieurs sciences, plutôt que comme une science proprement dite. Deux problèmes qui nous occupaient, celui des rapports entre Science et Technique, celui des Normes et du Normal, nous paraissaient devoir bénéficier, pour leur position précise et leur éclaircissement, d'une culture médicale directe. Appliquant à la Médecine un esprit que nous voudrions dire « non prévenu », il nous a semblé que l'essentiel en restait, malgré tant d'efforts pour y introduire des méthodes de rationalisation scientifique, la Clinique et la Thérapeutique, c'est-à-dire une technique d'instauration ou de restauration du normal, qui ne se laisse pas entièrement et simplement réduire à la seule connaissance [25].

Aussi les problèmes humains concrets que mentionne Canguilhem ne désignent-ils peut-être pas seulement la dimension « humaine », au sens presque « humaniste » de la médecine, comme le laissent souvent à penser les usages qui sont faits de cette citation dans la littérature méta-médicale. Ce n'est pas pour rencontrer des hommes que l'on s'intéresse à la médecine, mais, plus subtilement, pour réfléchir sur les pratiques qui prennent leurs vies pour objet. Il aurait été absurde de penser que l'on rencontre davantage les hommes par la pratique de la médecine que par d'autres activités où ils s'illustrent également. Canguilhem cherche donc à désigner par « problèmes humains concrets » un ensemble de « pratiques concrètes » et non d'« hommes concrets ». Ces pratiques auraient été des pratiques techniques trouvées par l'homme pour avoir rapport à la vie. La pratique retrouve dès lors sa densité. Une telle lecture tient davantage d'une compréhension de « médecin » que d'une stricte explication de philosophe, comme l'indiquait Péquignot, médecin, lecteur et ami de Canguilhem [26]. En réalité, revendiquer une lecture « de médecin » du *Normal et du pathologique*, qui demeure une thèse de médecine, revient à lui appliquer une perspective philo-anthropologique, recherchant dans l'œuvre ce que Canguilhem a pu saisir de la médecine en tant que pratique médicale [27] concrète. Que l'intérêt de la réflexion canguilhémienne sur la méde-

25. *Id.*

26. Péquignot, « Canguilhem et la médecine », *op. cit.*, p. 39 : « Les responsables de cet ensemble d'hommages à Georges Canguilhem ont souhaité qu'un médecin s'y exprime en tant que tel. Sans me dissimuler combien ma contribution rendrait un son inhabituel parmi celles des philosophes et dans cette revue, je n'ai pas cru possible de me dérober. Le souhait m'a paru légitime, peut-être même heureux. Même si mon témoignage n'est pas homogène avec les autres articles, il marque au moins une place qui devait être "balisée". »

27. Commentant l'introduction au *Normal et au pathologique*, D. Lecourt précise : « Il voulait, à titre personnel, « ajouter » aux connaissances d'« ordre livresque » qu'il avait acquises en philosophie « quelques connaissances d'expérience [...]. Autrement dit, ce n'est pas le souci épistémologique qui a prévalu dans sa démarche, si paradoxal que cela puisse paraître [...]. Ce qu'il espérait d'une "culture médicale directe", c'était des éclaircissements sur une technique qui "ne se laisse pas entièrement et simplement réduire à la seule connaissance". Il n'avait nullement l'ambition d'être un "épistémologue" ; il s'interrogeait en philosophe sur la méthodologie d'une activité humaine qui *défiait* [nous soulignons] les canons épistémologiques (positivistes) prédominants, puisqu'elle ne se laissait pas entièrement "réduire", c'est-à-dire subordonner dans la pratique, par simplification dans la théorie, à une (ou plusieurs) science(s). » (D. Lecourt, *Georges Canguilhem*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », 2008, p. 33.)

cine ait porté fondamentalement sur l'éclaircissement méthodologique des concepts [28] qui en articulent la pratique plutôt que sur son seul versant théorique, c'est ce que souligne déjà Péquignot dans son article de 1985, lorsqu'il révèle l'importance que Canguilhem a toujours attaché à la dimension pratique de la discipline médicale :

> C'est peut-être partant de l'homme que j'imagine la trajectoire de sa formation. Une donnée anecdotique a toujours intrigué les médecins dans les colloques où ils rencontraient G. Canguilhem ; l'appellation « docteur » devenue en France traditionnellement le mode routinier de s'adresser à un médecin, paraissait l'agacer prodigieusement. [...] Ce comportement signifiait quelque chose que je ne puis exprimer autrement qu'en disant qu'il savait bien qu'il était Docteur d'État en médecine, mais qu'au fond il savait bien n'être pas un vrai médecin. [...] Il avait conscience qu'être « Docteur en médecine » et « Médecin », ce n'est pas la même chose [29].

Et Péquignot de redoubler l'anecdote par une analyse également « biographique » de l'intérêt de Canguilhem à l'égard de la médecine comme pratique médicale :

> Qu'allait chercher Canguilhem dans les amphithéâtres, les salles de travaux pratiques et surtout les hôpitaux de Toulouse et de Clermont-Ferrand, puisque ce n'était pas la « médecine mentale » ? Croyait-il vraiment qu'il y apprendrait quoi que ce soit sur l'histoire de la médecine et de la biologie ? Ce serait vraiment lui attribuer une naïveté peu croyable. [...] Mais si Canguilhem s'était trompé d'adresse, ne s'en serait-il pas très vite aperçu ? Par quel masochisme se serait-il imposé cette dure ascèse qui ne le conduisait pas où il voulait aller ? Il n'y a, me semble-t-il, à cela qu'une seule réponse. Jusqu'au milieu du XIX^{e} siècle, il n'y a guère eu de biologistes ou de physiologistes qui n'aient d'abord été des médecins et des praticiens. N'était-il pas tentant pour comprendre leur œuvre, de les saisir dans leur pratique médicale, commencée ou abandonnée, poursuivie avec plus ou moins de talent ? Tous ces hommes que rétrospectivement nous comptons au nombre des fondateurs des sciences de la vie s'étaient instruits comme praticiens de la médecine, l'étaient souvent restés et raisonnaient selon les habitudes de leur pratique et aussi dans la *quotidienneté* de celle-ci. Que la pharmacie en fasse des botanistes, ou la réflexion sur leurs malades des réformateurs sociaux, ils étaient avant tout des praticiens. [...] *Leur philosophie* était *celle de leur pratique médicale*, par exemple le vitalisme des Montpelliérains, dont G. Canguilhem a réhabilité la portée et la valeur épistémologique en son temps [30].

Encore faut-il s'entendre sur le statut qu'il convient d'attribuer à ces deux citations, dont la tendance biographique ne cherche pas à se dissimuler. Parle-t-on de l'homme, ou de sa philosophie ? Ces citations s'avèrent moins précieuses parce ce qu'elles permettraient de démontrer la dimension anthropologique du *Normal et du pathologique*

28. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 8.
29. Péquignot, « Canguilhem et la médecine » , *op. cit.*, p. 41-42.
30. Péquignot, « Canguilhem et la médecine », *op. cit.*, p. 44-45.

à partir des intérêts personnels de son auteur, tels que Péquignot se plaît à les raconter, que parce qu'elles témoignent, à leur manière, d'une façon anthropologique de lire l'œuvre – si l'on définit l'anthropologie comme la discipline qui étudie les *pratiques* de l'homme qui contribuent à sa propre connaissance, en tant qu'il est à la fois un être physique et un être culturel (et non vaguement, comme une connaissance dont l'homme serait l'objet). Envisager ainsi l'œuvre ne signifie pas que l'on prétende en définir la visée, mais s'attache seulement à justifier la manière de la comprendre qui est la nôtre. *Il s'agit d'y voir à la fois l'élucidation et l'élaboration méthodologique des concepts fondamentaux de la pratique médicale.* Ainsi la norme est-elle bien un concept heuristique dont la valeur est d'éclairer les enjeux d'une pratique, comme le précise Canguilhem lui-même à propos de son usage des théories de Leriche [31]. Parce que des concepts y œuvrent, la pratique médicale requiert une indispensable approche philosophique, et Canguilhem lui-même avait pris un soin méticuleux à distinguer sa démarche d'une simple réflexion sur la pratique médicale [32]. Péquignot revient d'ailleurs sur cette conceptualisation dans son article en exposant moins indirectement sa manière anthropologique de considérer l'œuvre (l'adjectif « anthropologique » étant de notre fait, Péquignot se contentant d'indiquer qu'il s'intéresse « en médecin [33] » au *Normal et au pathologique)* par la réhabilitation de l'intelligence pratique du geste médical :

> C'est la conscience que le travail au contact de l'homme sain ou malade, à l'hôpital ou dans son milieu, a sa valeur scientifique propre, joue un rôle trop négligé peut-être jusque-là dans le choix des sujets, les méthodes de recherche, les intuitions de solution du médecin qui cherche. Le médecin en action et en réaction devant ses difficultés trace des chemins, ouvre des voies, dont il n'a pas toujours conscience et qu'il n'est pas toujours capable d'expliciter clairement. En effet, le travail du praticien que réhabilite en cherchant à le comprendre et à le faire comprendre G. Canguilhem n'a pas toujours su s'exprimer dans le langage rigoureux qui eût été indispensable. Le pire même est que l'action est souvent plus intelligente que le discours de l'acteur sur ce qu'il fait, et le philosophe peut jouer le rôle de comprendre le comportement du praticien en en dégageant le schéma directeur, mieux que celui-ci ne l'a lui-même fait dans son discours écrit [34].

31. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 77.

32. *Ibid.*, p. 8-9.

33. Il ne faudrait pas tomber dans l'écueil consistant à opposer le regard non prévenu de l'anthropologue à l'expertise du médecin. Certes, ni l'un ni l'autre ne sont exempts de préjugés, mais la convergence entre le médecin et l'anthropologue sur laquelle nous désirons insister relève davantage de l'intérêt commun qu'ils portent à la pratique. La naïveté de l'anthropologue n'est d'ailleurs pas un handicap aux yeux de Péquignot. Il est significatif que celui-ci ne fasse pas mention de l'avantage que pourrait conférer au médecin sa connaissance théorique pour comprendre la pratique. Cet avantage réside, plutôt que dans la *connaissance théorique* dont il dispose pourtant bien en tant que médecin, dans son *expérience de la pratique* médicale. Il semblerait dès lors que l'anthropologue soit capable de comprendre la pratique sans souffrir d'un handicap par rapport au médecin, bien qu'il ne dispose pas d'une égale connaissance théorique de la médecine. Dès lors qu'il ne rechigne pas à aller sur le terrain médical pour faire l'expérience de la pratique, l'anthropologue peut légitimement espérer la comprendre.

34. Péquignot, « Canguilhem et la médecine », *op. cit.*, p. 46.

Il ne faut pas s'arrêter à l'aspect biographique ou anecdotique que prennent les analyses de Péquignot et dont lui-même s'est défendu dans son article [35]. Cela permet d'apercevoir combien leur sens philosophique s'avère aigu, puisqu'il ne s'agit de rien de moins que de témoigner de la possibilité d'une lecture anthropologique de l'œuvre. La définition de l'anthropologie est enrichie puisqu'elle désigne l'intérêt que prend l'homme à se connaître lui-même, *au travers d'une étude des pratiques qui prennent sa propre vie pour objet* [36]. Il faut donc bien entendre, par ce que Canguilhem appelle « Médecine », une « pratique médicale », dont *Le normal et le pathologique* réalise, en ce sens, l'étude. Dès lors, l'œuvre réclame une lecture anthropologique *et* philosophique, en tant qu'elle décrit l'action du vivant humain sur la vie, au moyen d'une *pratique du concept* de cette vie [37]. Quels ont alors été les résultats d'une telle perspective de lecture ? Et en quoi ont-ils finalement différé d'une lecture qui n'aurait été que philosophique ?

2 Le défouissement comme contribution à l'histoire des modes de problématisation du concept de norme

L'utilisation du concept de norme par Canguilhem vise à comprendre de quelle manière une pratique telle que celle de la médecine a pu chercher à se constituer comme science. Le concept de norme demeure ainsi, dans la version canguilhémienne de son utilisation – comme l'a vu et exploité Foucault dans *Naissance de la clinique* [38] – enserré par son origine pratique thérapeutique et son usage réductionniste visant à « achever » la pathologie dans une physiologie. La force de cet usage de la norme est de désigner aussi bien l'étalon biologique permettant à l'individu de valoriser ou de répudier son rapport au milieu biologique et social, que de nommer un certain nombre de données factuelles servant d'orient au diagnostic et à la thérapeutique médicale. Un individu est « guéri » dès lors qu'il entretient un rapport à nouveau positif à son milieu, soit du fait d'une cessation des valeurs négatives, soit du fait d'un repositionnement de la norme elle-même, autorisant une réévaluation. Pourtant, affirmer que la norme relève de la valeur et non du fait c'est en rester à une caractérisation ambiguë du point de vue de la pratique médicale, car elle rassemble deux compréhensions également valables et pourtant absolument divergentes derrière l'illusoire clarté d'une formulation unique. Cette ambiguïté se situe au cœur de la notion trouble d'« évaluation ». L'évaluation désigne indistinctement une *appréciation* et un *impératif*. Le jour

35. *Ibid.*, p. 41 : « Nous est-il permis de chercher à comprendre, sinon des motivations qui n'ont d'intérêt qu'anecdotique et biographique, au moins quelles conséquences eurent ces études pour la formation de sa pensée et la constitution de son œuvre ? »

36. G. Canguilhem, « Le normal et le pathologique », *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 2009, p. 217-218.

37. Le lien entre philosophie, anthropologie et médecine que nous cherchons à mettre en lumière chez Canguilhem n'est pas nouveau, bien au contraire. En effet, la médecine n'a pas seulement joué le rôle thérapeutique auquel on la réduit parfois, mais elle a participé d'un large mouvement de refonte de la connaissance de l'homme. Ce mouvement a contribué à réhabiliter l'anthropologie à l'époque classique et à l'époque des Lumières, qui ne désignait auparavant qu'un discours sur l'homme connoté péjorativement, comme le montre Canguilhem dans son article sur le 400e anniversaire de la mort de Vésale. Le rapport très tôt présent entre la pratique médicale – et le cortège des découvertes qui l'entourent –, l'anthropologie et la philosophie bouleverse l'opposition admise entre pratique et théorie, ainsi que les divisions disciplinaires auxquelles renvoie chacun de ces mots. Une fois soulignée, cette filiation permet de montrer combien une lecture anthropologique et philosophique d'un texte originairement médical trouve *historiquement* à se justifier.

38. M. Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 2009.

de l'évaluation est ainsi le jour où le travail de chacun sera apprécié, au sens où il sera jugé selon sa bonne ou mauvaise qualité, mais l'évaluation est aussi l'occasion d'un ordre implicite : il faut viser la réalisation d'un idéal. Ordre et appréciation demeurent par conséquent mêlés dans l'unique notion d'« évaluation », qui forme le cœur de la notion de norme. La guérison désigne-elle un état que l'on souhaite parce qu'il est appréciable, ou l'exigence d'une condition à atteindre ? Le regard « évaluatif » performatif porté par le vivant sur l'anormalité nécessite une élucidation qui, en nous faisant clarifier la notion d'évaluation, clarifiera également la modalité de la norme. Il faut mettre au jour les conditions de notre rapport légitime à ce concept. Comme le laisse entendre l'analyse étymologique que réalise Canguilhem [39], la notion de norme porte d'elle-même à confusion quant à sa modalité – qui désigne le sens de notre rapport à un concept – puisque sa définition demeure équivoque. Laisser résonner cette équivoque réclame précisément une manière anthropologique de lire l'œuvre, délibérément tournée vers sa dimension pratique. L'intérêt humain à se connaître au travers des pratiques qui prennent sa propre vie pour objet doit s'attacher en particulier à révéler les ambiguïtés qui constituent essentiellement ces pratiques. Plutôt que de trancher en faveur de l'une ou l'autre des perspectives normative et descriptive offertes par la définition de la notion, la position de Canguilhem consiste à les tenir ensemble en accusant leur dimension problématique, faisant par là même de la notion de norme un concept philosophique fort. Ainsi se dessine la question irréductible posée par la norme. Le concept philosophique de norme désigne en effet : « (1) Le type concret ou la formule abstraite de ce qui doit être, en tout ce qui admet un jugement de valeur. » Mais on peut judicieusement faire remarquer avec L. Boisse :

> Il est difficile de concevoir qu'un idéal n'implique pas, de quelque façon, l'obligation de le réaliser. La pensée de l'idéal est toujours – plus ou moins – la négation de la réalité défaillante, insuffisante, au profit d'une réalité meilleure et plus pleine. Dès lors, comment ne pas faire sortir l'impératif du normatif ? On peut certes maintenir la différence, mais seulement dans l'analyse abstraite et théorique. Or, précisément, nous sommes là en présence de notions dont l'analyse, si elle reste abstraite et strictement théorique, laisse échapper tout le contenu, car ce sont des notions pratiques. Elles ont une signification essentiellement dynamique. L'idéal est par nature moteur [40].

La notion de norme, dans cette définition de Lalande dont Canguilhem cite la version antérieure [41] – tout à fait similaire – dans *Le normal et le pathologique*, demeure toujours déchirée. D'un côté, sa tendance à l'hypostase en une norme idéale et abstraite, descriptive, constitue le type auquel on réfère l'appréciation (le corrigé), et, de l'autre, la perspective de son usage normatif, impératif et moteur (le modèle) est toute différente. Dans ces deux tendances, si la norme joue bien le rôle d'un étalon à l'aune duquel est rendue possible l'évaluation (le corrigé comme le modèle permettent qu'on discrimine), cette évaluation est de nature tout à fait distincte selon qu'on la

39. G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, voir le chapitre intitulé : « Examen critique de quelques concepts. »

40. A. Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, PUF, 2010.

41. G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 100.

considère comme une appréciation stricte (la note), ou comme un impératif (l'appréciation, qui sur une copie joue un rôle de conseil à l'impératif). La pratique médicale joue du travail de telles normes. Le normal peut ainsi être distingué du pathologique, et les comportements des patients peuvent être orientés en direction de la guérison, vers une sortie de la pathologie. Par exemple, la définition d'une glycémie « normale » permet à la fois de diagnostiquer et de fournir un orient pour un traitement thérapeutique. Ce qui constitue la force de la notion de norme dans le *Normal et le pathologique* apparaît très précisément lié au statut anthropologique double de cette pratique médicale, qui est conjointement la connaissance de l'homme par lui-même et la pratique intéressée de cette connaissance. La norme y joue toujours en effet le double rôle du corrigé (connaissance) et du modèle (pratique de cette connaissance), de l'idéal et du moteur. Que Canguilhem n'ait tranché ni d'un côté ni de l'autre, voilà précisément ce qui constitue la notion de norme en concept philosophique [42] : c'est parce qu'on ne sait ni faire exister la norme d'un rapport idéal entre le vivant et son milieu, ni renoncer à l'espérance de sa réalisation médicale, que le concept de norme est nécessairement situé par Canguilhem au cœur de la pratique médicale. Le concept de norme réalise la synthèse problématique de l'espoir de la pratique médicale et de la connaissance de ses limites, sans abolir la tension entre ces deux pôles. La norme désigne par exemple le chiffre de la tension « normale » que doit manifester le patient pour être autorisé à sortir de l'hôpital après la séance de dialyse, aussi bien qu'elle désigne un état physique ressenti – évalué positivement par le patient lui-même – où la relation au milieu n'est plus aussi altérée que si sa tension s'était avérée trop faible.

3 En quoi consiste le défouissement d'un concept sur le terrain ?

S'interroger plus avant sur la modalité problématique du concept de norme (idéale et motrice) – en se posant plus profondément la question du sens qu'il revêt pour nous – mène alors à enquêter à son propos sur le terrain de la pratique médicale. Ou plutôt : une enquête ethnographique sur la norme est un passage obligé pour qui mène une recherche sur la guérison. Mais en quoi consiste alors l'obligation ? Ne pèse-il pas sur l'enquête ethnographique comme un soupçon de tourisme ?

Il n'est dès lors pas inutile de préciser ce qu'une enquête de terrain, visant à poursuivre jusque sur le terrain la définition des concepts, tient de Canguilhem lui-même : dès lors que l'on prend au sérieux le fait institutionnel que la thèse réalisée par Canguilhem est une thèse de médecine et non de philosophie – en dépit du peu d'exemples cliniques utilisés et du grand nombre d'ouvrages spéculatifs commentés –, et que l'on considère que la dimension problématique du concept de norme n'est pas dissociable de sa dimension explicative pour la pratique, il ne semble pas absurde d'espérer rendre compte de la pratique médicale à partir de l'outillage conceptuel fourni dans *Le normal et le pathologique*. Au contraire, il s'agit désormais de mettre le concept de norme à l'épreuve de sa propre prétention. Mais encore faut-il bien s'entendre sur la nature

42. P. Macherey, « La philosophie des sciences de Georges Canguilhem. Épistémologie et histoire des sciences », *De Canguilhem à Foucault, la force des normes*, La Fabrique édition, 2009, p. 56 : « Reconnaître le concept, c'est rester fidèle à la question qu'il véhicule, et à sa nature propre de question, au lieu de chercher à la résoudre, donc au lieu d'en finir avec elle sans en avoir révélé la valeur heuristique. »

de l'argument : une telle enquête de terrain, loin de prétendre réaliser une enquête ethnographique de la pratique médicale en s'autorisant de la qualification médicale de Canguilhem, puise plutôt sa motivation dans la tension interne au concept même de norme. Il ne s'agit pas de tirer argument du fait que le *thème* canguilhémien est pratique puisque médical pour prétendre justifier une enquête de terrain. Un tel argument souffrirait de ne reposer que sur la coïncidence thématique fortuite entre une médecine prise comme objet philosophique de réflexion par Canguilhem, et l'existence actuelle de la pratique d'une médecine. Une coïncidence thématique ne constituerait pas une nécessité suffisante. On ne pourrait la prendre pour argument, puisque c'est elle précisément qui requiert d'être interrogée. L'erreur serait d'ordre méthodologique : la continuité historique entre la médecine telle que la connaissait et l'avait thématisée Canguilhem, et la médecine telle qu'elle se pratique désormais, serait présupposée comme une condition de l'enquête, alors que c'est précisément cette continuité que l'enquête ethnographique met en doute. Notre perspective s'avère fort différente et espère ne pas céder aux mêmes insuffisances, puisqu'elle ne s'autorise ni du *thème* de la réflexion canguilhémienne (la pratique médicale) ni même de son *statut* (la thèse de médecine), mais plutôt de sa *manière* de rendre ce thème *problématique* (la modalité ambigüe du concept de norme et sa prétention anthropologique à rendre compte d'une pratique). Une telle démarche s'inscrit en réalité dans le prolongement du *Normal et du pathologique*, puisque l'enquête ethnographique poursuit bien le projet canguilhémien d'une confrontation du concept de norme à l'histoire de sa problématisation. Il s'agit donc de confronter la double tendance problématique (à motiver les pratiques et à s'idéaliser) que la norme prétend rassembler dans son concept à ce qui est identifiable sur le terrain. Par là, le concept de norme est mis à l'épreuve de ses propres prétentions, c'est-à-dire confronté au moment canguilhémien de l'histoire de sa problématisation. Ce n'est donc pas simplement parce qu'il se veut pratique et moteur qu'il faut enquêter à son propos : tous les concepts pratiques et moteurs n'appellent pas nécessairement une telle manière d'être problématisés par l'enquête ethnographique. Ce n'est que dans la mesure où ce concept problématise d'une manière délibérément anthropologique la tension entre idéalisation et motricité, qu'il s'agit de voir « ce qu'il en serait pratiquement » de cette double tendance à l'idéalisation et à la motricité. Les questions adressées au terrain sont dès lors de trois ordres distincts. D'abord, la question que renferme le concept de norme est-elle observable (question de l'existence du concept) ? Ensuite, permet-il d'expliquer le fonctionnement du terrain (question du sens du concept) ? Enfin, dans quelle mesure permet-il d'expliquer la singularité du terrain étudié (question de la valeur du concept) ? Cette question résiste à toute reprise dans une sociologie, dans une ethnographie, et même dans une philosophie sans pour autant se réduire à n'être rien, ni à s'apparenter à l'ironie muette d'une description simplement négative qui porterait sur une discipline imaginaire et à venir : elle ne fait pour l'instant que nommer le lieu de la « philosophie empirique ».

Le concept de norme est ainsi rendu problématique d'une manière nouvelle par le recours à l'enquête ethnographique, faisant rupture avec l'histoire de la façon dont on l'envisageait classiquement, puisqu'on mettait à l'épreuve l'efficacité explicative d'une pratique par le concept, efficacité qu'il se donnait lui-même pour fin. Le concept n'est pas interrogé de l'extérieur par une mauvaise foi dissimulée, mais sa prétention an-

thropologique s'avère au contraire mise au défi *selon ses propres critères*, présents d'une manière structurante, mais parfois dissimulée dans le texte. Ce mode de problématisation du concept canguilhémien de norme ne tire dès lors son originalité que de la manière dont il essaie de revenir par l'ethnographie auprès de ce qui constitue la problématique canguilhémienne fondatrice : à savoir, manifester par l'ethnographie l'écart anthropologique existant entre la prétention de la médecine à se constituer comme science [43] et son origine fondamentalement technique [44]. Si cette problématique fondatrice a été abondamment relevée, et si son rapport direct à l'anthropologie a largement été souligné par la littérature secondaire, il reste que ces commentaires s'en tiennent au constat du problème sans en explorer pleinement les conséquences problématiques. L'enquête de terrain n'est rendue nécessaire ni par la seule ambiguïté de la modalité du concept de norme, ni même par le statut anthropologique du *Normal et du pathologique*, mais elle s'impose (sous la forme d'une question dont le sens reste à explorer) du fait de l'indémêlable rapport qui unit ces deux questions entres elles. L'enquête ethnographique interroge l'existence véritable de ce rapport : l'ambiguïté de la modalité de la norme est-elle avérée et, par voie de conséquence, *Le normal et le pathologique* est-il un « morceau d'anthropologie philosophique [45] » ? L'ethnographe devient indispensable pour déterminer dans quelle mesure le travail de la modalité spécifique de la norme dans la pratique médicale permet d'expliquer la pratique médicale *en tant qu'elle est une pratique intéressée de l'homme à se connaître*. Il n'y a là ni écart ni détour : l'enquête autoriserait à compléter l'étude du concept de norme par la mise en lumière d'un « schème » – règle et travail de la relation d'un concept au terrain – observable de son fonctionnement. Comme l'indique P. Macherey, dont le commentaire s'avère incontournable, à propos de la norme :

> Définir le concept, c'est formuler un problème. [...] L'important est donc de reconnaître à travers la succession des théories la persistance du problème au sein d'une solution qu'on croit lui avoir donnée [46].

43. L'apport de Canguilhem a la philosophie des sciences est considérable ; « en dégageant les structures conceptuelles sous-jacentes aux sciences de la vie et à la médecine, il n'a pas séparé la constitution de ces sciences de l'intérêt que la raison humaine éprouve à leur égard et il a cherché ainsi à en élucider les racines philosophiques et anthropologiques ». L'histoire des sciences trouve, par la force intrinsèque d'une pensée confrontée « à cette expérience unique que reste l'expérience médicale » une dimension nouvelle, puisque l'épistémologie s'intéresse désormais aux savoirs non strictement scientifiques. (C. Debru, *Georges Canguilhem, science et non-science*, Paris, Éditions Rue d'Ulm, 2004, p. 20).

44. Ce que voit Canguilhem selon G. Renard, c'est l'écart entre la prétention de la médecine à la scientificité et la capacité qui est la sienne à satisfaire à ses propres critères. Cette tension entre prétention et possibilité caractérise à la fois ce qu'est la médecine et la manière dont il faut l'étudier, d'un point de vue épistémologique. « La découverte d'une origine pratique, pour ainsi dire refoulée, d'une activité à prétention scientifique [la médecine] oblige à déplacer le champ de l'épistémologie de l'histoire à la philosophie. » « Il ne fait pourtant pas œuvre de métaphysique, il ne pose pas des limites à la science. Il montre plutôt comment un dépassement n'est pas seulement une erreur rectifiée, mais aussi la reconnaissance d'une difficulté. Chaque science est définie par un certain genre de problème sans la considération duquel il serait impossible de la caractériser parmi toutes les autres. » (G. Renard, *L'épistémologie chez Georges Canguilhe*m, Paris, Nathan, 1996, p. 97.)

45. « La thèse de Georges Canguilhem n'est même pas celle du vitalisme bien connu, celui qui s'insurge contre le prétendu "réductionnisme" des sciences biologiques en matière de médecine. Elle est beaucoup plus fondamentale, et même archaïque que cela. L'*Essai* est en réalité un morceau d'anthropologie philosophique, enrobé dans un étrange mélange de matériau scientifique dépassé et d'intuitions philosophiques d'une profondeur sans précédent dans ces matières. » (C. Debru, *Georges Canguilhem, science et non-science*, *op. cit.*, p. 29.)

46. P. Macherey, « La philosophie de la science de Georges Canguilhem », art. cit., p. 54.

Qu'il s'agisse de « reconnaître la persistance d'un problème au sein d'une solution » dans un corpus de textes ou bien sur le terrain au cœur d'une enquête ethnographique, il demeure une même tentative de « définition du concept ». Si, comme l'affirme P. Macherey, tout concept est problématique, car il recèle une question, et que cette question est « à la recherche de son sens », il serait absurde de ne pas oser poursuivre jusque dans l'observation ethnographique de la pratique médicale (et de l'expérience active qu'en font ceux que l'on appelle pourtant les « patients ») le sens de la question posée par la modalité de la norme. Le sens de la question de la norme que nous souhaitons mettre en lumière est le schème de son travail sur le terrain, puisqu'à défaut d'un tel schème, le concept ne trouve pas à s'exercer et le concept de norme est vide de sens. L'enquête n'est pas l'accident d'un voyage exotique, mais représente l'étape nécessaire d'une étude conceptuelle soucieuse de s'assurer du sens des questions posées par le concept canguilhémien de norme. Plutôt que de s'étonner de la proximité du philosophe et de l'ethnographe, il devient à l'inverse plus judicieux de questionner la rigueur d'une histoire peu scrupuleuse de la philosophie qui discuterait isolément de la facture anthropologique du concept canguilhémien de norme, sans en avoir préalablement vérifié ni l'existence, ni le sens, ni la valeur explicative pour une pratique dont il avait pourtant vocation à être la théorie. Un tel manque de scrupules porterait un coup à la solidité du cheminement, faute d'avoir confronté le concept à sa prétention. À défaut d'une telle enquête, rien n'assurerait que la norme revête le sens véritable qu'elle se donne à elle-même. S'intéresser à la question que pose le concept engage à prolonger les moyens d'enquêter sur son sens. On doit considérer cette démarche de prolongement de l'étude conceptuelle dans l'enquête ethnographique comme ce que Macherey appelle un « défouissement du concept [47] ».

> Ainsi on atteint l'une des plus grandes difficultés dans le travail de défouissement du concept : si la présence du concept enveloppe la permanence d'une question, elle ne le fait le plus souvent que d'une manière obscure, présentant la question comme une réponse, travestissant le concept en théorie. Pourtant la question n'est jamais oubliée ; transposée, elle demeure, et c'est elle qui en fin de compte est réfléchie par celui qui utilise le concept, même s'il reste ignorant de ce qu'il réfléchit.

Et, plus loin : « En résumé, revenir au concept, c'est exhiber la question originelle [48]. »

Qu'on ne s'y trompe pas : la citation de P. Macherey n'a évidemment pas vocation à présenter notre démarche comme s'autorisant de sa manière de lire Canguilhem. Il s'agit plutôt de montrer comment, au cœur même d'un commentaire devenu « classique » de l'œuvre de Canguilhem, avait été laissée ouverte la voie possible qu'emprunte notre approche. Ce n'est donc pas une simple curiosité qui motive l'enquête ethnographique, mais plutôt l'exigence de poursuivre jusque par l'enquête ethnographique ce si bien nommé défouissement du concept. Le défouissement du concept de norme consiste dans la continuité inévitable du geste de l'étude textuelle et d'une enquête de terrain : défouir, c'est poursuivre jusque sur le terrain le geste rigoureux d'un mode de problématisation qui tire sa nécessité du concept lui-même. Le dé-

47. *Ibid.*, p. 58.
48. *Ibid.*, p. 58-59.

fouissement retrouve alors, dans l'enquête ethnographique, l'entièreté de son sens : il redevient bien l'acte de sortir hors de terre ce qui a été laissé inusité, dont une étude de texte préalable permet toujours à l'archéologue de présumer la présence. Il s'agit ainsi de conférer une actualité à ce qui est de nouveau donné à la vue et qui, quoique dissimulé, n'a pas cessé de travailler souterrainement. Défouir, c'est donc redonner de la valeur à un concept dont le travail souterrain actif avait été jusque-là laissé hors d'usage [49]. Mais le défouissement ne consiste pas en la seule exhibition d'un concept capable d'expliquer une pratique. Le défouisseur ne cherche pas tant la seule présence du travail du concept (existence et sens du concept) qu'il ne se demande dans quelle mesure ce travail suffirait à expliquer une pratique dont ce concept déclare être la conceptualisation (valeur du concept). De même, l'archéologue ne s'inquiète pas tant de la présence de l'objet qu'il cherche que de la valeur explicative que cette découverte prendra dans le cours plus général de ses recherches. Aussi se demande-t-on comment opère la norme dans le terrain d'une pratique, en espérant trouver des éléments qui servent à éclairer la notion de guérison. Il s'agit de confronter l'ethnographie des usages d'un concept au sens que ce concept se donne à lui-même : interroger la valeur du concept de norme. Encore fallait-il préciser les conditions d'un tel défouissement : défouir n'est plus le simple contraire « d'enfouir », en raison des risques de remaniement que comporte l'opération de sortir hors de terre. Le fossoyeur, à l'inverse de l'archéologue, ne craint pas d'abîmer ce qu'il manipule, et cela indépendamment de leurs compétences respectives. Le remaniement ne résulte pas de la possible maladresse de celui qui cherche – contre laquelle il se prémunit par une méthode d'enquête qu'il s'agit d'élaborer –, mais tient au principe du défouissement lui-même. *Défouir ne peut se faire sans que l'objet du défouissement soit, quelque part, exposé au risque de ce remaniement, parce que découvrir le travail d'un concept dans une pratique n'est rien d'autre qu'en exhiber le schème. Pour une anthropologie conséquente, cette règle de détermination du concept dans la pratique ne peut pas ne pas affecter le sens du concept lui-même puisqu'il nomme la singularité du terrain étudié et le sens que revêt le concept vis-à-vis de son application particulière.* Aussi le défouissement d'un concept signifie-t-il inévitablement sa mise en danger, son possible remaniement, du fait de la nature du *terrain* lui-même : l'enquête ethnographique est pour nous un moyen de creuser les concepts canguilhémiens dans le terrain de la pratique médicale, dans l'espoir d'en exhiber l'actualité ou d'en proposer, peut-être, une reformulation, enrichie du schème propre au terrain étudié. *À la manière d'un défouisseur, il convient d'aller sur le terrain pour retrouver ou actualiser le sens d'une question, celle que le concept de norme nous adresse.* En ce sens, l'archéologue reformule ce qu'il sort de terre bien davantage qu'il ne l'exhibe. Qualifier notre démarche de défouissement n'est pas alors ornemental, mais permet de souligner la dimension de risque qu'elle comporte et qui a pour corollaire la nécessaire élaboration d'une méthode d'enquête qui ne fasse pas violence aux concepts canguilhémiens, ni n'aveugle l'observateur à leur manifestation.

49. Le terme « défouissement » semble connoter un lexique nietzschéen. L'usage que nous faisons de la citation de Macherey n'est pas infidèle à l'origine du mot puisque pour Nietzsche comme pour le défouisseur, l'acte de creuser ne doit pas se méprendre sur la nature de ce qu'il tente de découvrir. Il n'existe pas de « trésor caché », enterré et susceptible d'être révélé. Plutôt que de vouloir exhiber quelque chose significatif en lui-même, trésor ou concept, le défouisseur s'intéresse à la valeur de ce qu'il découvre relativement à son terrain. Il ne s'échine donc qu'à révéler la valeur de l'heuristique, à donner à voir la valeur d'un concept relativement à un champ ethnographique d'application déterminé.

4 Le défouissement requiert une conceptualisation préalable de la guérison et la norme

Qu'en est-il, alors, de la guérison ? La guérison désigne indistinctement la restauration du normal et l'exercice retrouvé d'une normativité [50]. Cet exercice ne doit pas être confondu avec la décision d'une volonté. Que l'individu soit à l'origine de ses propres préférences biologiques sans pour autant qu'il puisse être blâmé lorsqu'il souffre de leur démesure par rapport à ses capacités réelles à les satisfaire, telle est l'idée difficile qu'il faut méditer afin de comprendre que la guérison échoie toujours à l'organisme de l'individu, sans que celui-ci puisse être jugé responsable de sa survenue ou de son absence. Dans quelle mesure le fait que l'individu soit à l'origine de la restauration d'un mode de valorisation de son rapport au milieu – de sa guérison – renferme-t-il des tensions ? Comment ces tensions servent-elles à esquisser un concept médical de guérison, dont la dimension à la fois idéale et motrice de la norme formerait le cœur ? Cette surprenante phrase de Canguilhem nous y conduit :

> Et pourquoi, enfin, s'évertuer à dissimuler aux gens qu'il est normal de tomber malade du moment que l'on est vivant, qu'il est normal d'en guérir, avec ou sans le concours de la médecine, que maladie et guérison sont inscrites dans les limites et les pouvoirs des régulations biologiques [51] ?

Cette phrase de l'article – peu commenté [52] – « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » est capitale, puisqu'elle indique dans le cours d'une simple phrase que guérir est normal au regard de la normativité, alors que la guérison comme normalité retrouvée est quant à elle normale au regard de la norme. À rendre leur sens plein à chacun des mots utilisés par Canguilhem, on découvre que les critères d'évaluation de ce qui est qualifié de « normal » ne sont pas les mêmes selon qu'on parle du processus du « guérir » (la progression qu'est la guérison) ou de la guérison comme normalité retrouvée (l'état qu'on ne répudie plus, en lequel consiste la guérison). Qu'il s'agisse du « guérir » ou de la normativité retrouvée, on excède le simple sens d'une guérison qui la réduirait à un événement. Le « guérir » se distingue de la normalité retrouvée en ce sens restreint parce que l'un et l'autre ne sont pas normaux dans le même sens. Il s'agit dès lors pour nous de mettre en lumière l'équivocité du « normal » en ce qui concerne la guérison, équivocité que masque l'apparente évidence d'une formulation unique. La tension entre le « guérir » (la normativité retrouvée) et la guérison (la normalité retrouvée) est la condition de possibilité de la différence des « sens » communément admis de la « guérison » comme on l'entend d'ordinaire, et non son résultat. Ces deux sens sont inséparables. Il n'y a de retrouvailles avec la normativité que si le sentiment d'une redécouverte de la normalité est éprouvé ; il n'y a normalité que si la normativité s'exerce. Il n'y a pas alors une succession, mais une simultanéité. Cette simultanéité définit ce qu'on appelle le « mieux-être ». Le langage ordinaire exprime en d'autres

50. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 164.

51. Canguilhem, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », art. cit., p. 88.

52. Des développements en sont toutefois proposés, voir en particulier Gilles Renard, *L'épistémologie chez Georges Canguilhem*, *op. cit.*, au chapitre intitulé « Épistémologie et psychologie », mais aussi, dans le registre anthropologique, les trois mentions qu'en fait B. Hell, dans *Possession et chamanisme, les maîtres du désordre*, Flammarion 1999 (p. 66, 344 et 362-363), ainsi que la réappropriation de P. Barrier, dans *Le patient autonome*, *op. cit.*

termes la tension conceptuelle qui produit la différence des « sens » de la guérison. Que la normalité retrouvée au sens restreint et le « guérir » soient chacun un pôle de tension du concept général de guérison implique que l'un ne soit pas subordonné à l'autre, comme un sens figuré pourrait l'être vis-à-vis d'un sens propre, dont il ne serait que le dérivé. Au contraire, ils participent également à mettre en tension le concept de guérison, de manière interne. Le concept de norme est dès lors le lieu d'une synthèse problématique entre deux directions contradictoires. D'une part, la guérison définit l'*état qualifié* de « normal » de la relation d'un individu à son milieu, au regard de la norme de cette relation. D'autre part, le guérir désigne le *processus de reconquête* d'une capacité normative, processus qui ne peut être qualifié de normal par l'individu qu'au regard d'une norme, qui n'est pas celle de sa relation au milieu, mais celle de sa relation à la vie. Le concept de guérison repose sur l'indécidabilité vitale qui hésite entre deux normes de la normativité que sont la relation à la vie (guérir) et la relation au milieu (retrouver la normalité). La guérison au sens large, qui réalise la synthèse problématique de l'idée d'un « guérir » et d'une normalité retrouvée, accède au statut de concept, puisqu'elle est parcourue de la tension suivante, dont elle est la synthèse sans être la solution : la guérison est *simultanément* le processus normal d'instauration de nouvelles normes et l'état normal qui en résulte. Comme nous l'avions souligné, le mot « normal » ne revêt pas le même sens dans l'un et l'autre cas, puisqu'il est référé à des critères d'évaluation dont la nature diffère. Le normal désigne d'abord la normativité, puis la normalité. Alors que le normal de la norme est fixe, le normal de la normativité est dynamique. *La guérison suppose une définition du normal qui soit à la fois fixe et dynamique.* Le normal est simultanément la répétition ou la persévérance à l'identique d'une valorisation et, dans l'exercice même de cette valorisation, sa mise en danger par la normativité. Peut-être faut-il préciser que le problème n'est pas ici un problème de mots ou de dénominations. La différence des sens de la guérison n'est pas accidentelle, mais résulte d'un travail conceptuel interne à la notion, puisque le concept est le principe de différenciation de ces sens et non leur résultat. La guérison considérée comme étant à la fois le processus du « guérir » et le « retour à la normalité » est bien un concept, au sens où elle est la synthèse de l'indépassable tension entre un mode stable et un mode dynamique de valorisation du normal s'exercent de manière simultanée.

La guérison se constituer comme concept à partir de la norme elle-même. Sa conceptualisation résulte d'une question adressée à l'exercice de la norme par la norme : quelle est la norme qui norme l'exercice de la normativité ? La normativité normale est-elle stable ou dynamique ? La guérison est-elle une forme particulière de la normativité, elle qui réunit problématiquement deux modes simultanés de valorisation du normal ? Enquêter sur la guérison, c'est dès lors se demander si le normal produit par la norme peut être à la fois stable et dynamique dans la pratique médicale. Il s'agissait donc de se poser la question suivante : quel est le normal produit dans un service de dialyse ? Chaque service de dialyse produit-il *son propre* « normal » ? Ce « normal » singulier que produit un service de dialyse s'apparente-t-il à une « guérison », bien qu'il traite de la maladie chronique ? L'absurdité de la question n'est qu'apparente, car à y regarder de près, ce type d'interrogation n'est ridicule que si l'on restreint la

guérison à son sens événementiel. Elle se pose véritablement si la guérison désigne le concept précis que nous avons formulé.

Aussi le cadre concret est-il posé pour qu'une question de philosophie empirique soit désormais adressée à la pratique médicale. Il ne s'agit pas de comprendre les pratiques en se demandant à quelle légalité sont soumises les représentations qui les accompagnent, les produisent ou qu'elles-mêmes produisent (question sociologique), ni de mettre au jour les catégories qu'elles génèrent et qui servent de principe de jugement (question anthropologique), ni même d'en formuler une conceptualisation (question philosophique). La question que pose la philosophie empirique à la pratique médicale est bien plutôt la suivante : Dans quelle mesure un concept peut-il être effectivement considéré comme étant une catégorie anthropologique, c'est-à-dire le principe de jugements de valeur, pour le terrain enquêté ? La question n'est plus alors ni philosophique ni anthropologique, mais elle verse à la fois dans l'un et dans l'autre : elle explore délicatement la crête de leur rencontre.

5 L'établissement d'une grille d'enquête en vue de « défouir » la norme et la guérison

Comment, dès lors, enquêter sur le « normal » ? Le normal désigne ce que l'on valorise socialement et biologiquement, et qui est souvent dissimulé dans une quotidienneté oublieuse de cette valorisation. Pour repérer des enjeux de la « normalité » d'un terrain comme un service de dialyse, une manière possible est d'enquêter sur les innovations des enquêtés : on ne trouve pas une solution originale à un problème dépourvu d'enjeux. Enquêter sur le normal est rendu méthodologiquement possible par une enquête sur son revers : l'ensemble diffus des micro-procédures visant à le restaurer lorsqu'il fait défaut. Notre interrogation porte plus exactement sur la manière dont les agents trouvent des solutions pratiques aux tensions internes aux concepts de cette pratique : « Comment notre conceptualisation préalable permet-elle de comprendre la valeur que donnent les agents à leurs solutions pratiques aux tensions conceptuelles qu'ils rencontrent ? » Cette façon de trouver une solution s'exprime au moyen de « pratiques » microscopiques, qui forment ce qu'on pourrait appeler des « manières de faire [53] » inventives [54] au sens de Certeau. Trouver une solution tactique à [55] une tension conceptuelle ne revient pas à la faire cesser ni à la dépasser, mais simplement à tenter de la résoudre [56]. C'est indiquer par la même qu'il existe un enjeu véritable, présent d'une manière discrète, quoiqu'indéniable, puisque cette tension est bel et bien le lieu de production d'une valeur [57]. La valeur naît non pas de la pratique elle-même, mais de la façon dont les agents instaurent ou subissent – tentent de

53. M. de Certeau, *L'invention du quotidien. I. Arts de faire*, Paris, Gallimard, 1990, p. XXV.

54. *Ibid.*, p. XL.

55. *Id.*

56. Pour de Certeau, les « manières de faire » désignent la quotidienneté de la manière dont on trouve des solutions tactiques (p. XLVII).

57. Pour abstrait qu'un tel raisonnement puisse sembler, il désigne en réalité le plus commun de la pratique. Tel père de famille qui, constatant l'amélioration de son état et la satisfaction que lui confère ce nouvel équilibre, cesse la prise de son traitement avant la fin de sa prescription, valorise l'état de guérison dont il s'estime satisfait au risque possible de l'inachèvement du déroulement complet de son « guérir ». Il ne répond pas tant à la question de la tension entre le « guérir » et la guérison comme normalité retrouvée qu'il ne répond du sens de cette question. La solution pratique qu'il donne à cette question témoigne que sa valeur n'est pas nulle.

s'*approprier* – la tension conceptuelle interne à ces pratiques[58]. L'espace de travail de la tension conceptuelle permet qu'il soit possible non pas d'inventer des pratiques nouvelles, mais plutôt d'inventer des manières nouvelles de trouver pratiquement des solutions aux tensions conceptuelles internes à toute pratique. Résoudre une tension conceptuelle interne à la pratique, c'est effectuer cette pratique en polarisant cette effectuation. La solution trouvée par l'agent n'est jamais tout à fait adéquate, ni tout à fait inadéquate à ses propres yeux. Seul l'agent peut fournir le critère de cette évaluation. L'enquête ethnographique s'avère bel et bien nécessaire.

Notre étude conceptuelle préliminaire autorise certes à identifier des pôles de tension dans la pratique médicale, mais ne suffit plus à comprendre comment la valeur produite par les agents en répond. Elle a pour mérite de libérer un espace conceptuel que seule la pratique peut faire parler. *La philosophie s'arrête là où le sens de la question qu'elle pose ne trouve plus de réponse qu'au-delà de ce qu'elle nomme « elle-même*[59] *», c'est-à-dire dans l'ethnographie de la polarisation nécessaire des solutions pratiques trouvées par les agents.* Alors qu'achoppe la notion philosophique de « réponse », commence d'affleurer la notion véritablement ethnographique de solution pratique. Jamais une pratique n'a résolu ni ne résoudra une tension conceptuelle, pas plus qu'elle ne trouvera de réponse à une question véritablement philosophique. Les concepts ne sont pas dès lors sollicités comme de simples thèmes, puisqu'un thème ne saurait produire de tension dans une pratique ; aussi les tensions conceptuelles ne trouvent-elles pas dans la parole le lieu privilégié de leur solution. On est loin d'un sondage d'opinion, d'un micro-trottoir ou d'un porte-à-porte. Un agent ne répond pas à une question philosophique, mais les valeurs qu'il confère à sa pratique garantissent ou invalident le sens de cette question. Plus précisément, une tension philosophique dont la solution pratique ne serait ni dévalorisée ni valorisée témoignerait de l'absence de sens philosophique de la question qu'elle permet de poser. *L'absence de polarisation pratique d'une tension conceptuelle indique la nullité de sa valeur philosophique.* On dispose désormais d'un critère d'enquête pour départager les questions philosophiques ayant un sens pour le terrain de celles qui n'en ont pas[60]. Il n'y a pas de

58. Aussi faut-il souligner que, si notre analyse des résultats de l'enquête de terrain empreinte à l'analyse de De Certeau certains de ses outils méthodologiques, en particulier la notion de « manières de faire », notre démarche en diffère radicalement. Il ne s'agit pas de proposer une théorie sociologique de la pratique en utilisant la notion de « manières de faire », mais de montrer que cette notion peut s'avérer utile pour révéler comment les individus trouvent des solutions tactiques pour donner solution à des questions conceptuelles, fournissant eux-mêmes les critères d'évaluation de la pratique. De Certeau nous fournit donc des outils méthodologiques qui aident à interpréter le terrain, sans que les perspectives soient les mêmes.

59. Aussi l'enjeu n'est-il pas des plus minces, puisqu'il s'agit ici de prendre Canguilhem « au pied de la lettre » et peut-être à revers, lorsqu'il écrit : « La philosophie est une réflexion pour qui toute matière étrangère est bonne, et nous dirions volontiers pour qui toute bonne matière doit être étrangère » (Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 7). L'étrangeté de la matière de la réflexion philosophique n'en est une qu'à la condition que la philosophie ait elle-même défini son « propre ». Peut-être cette étrangeté gagnerait-elle à être davantage conçue comme une marge incontrôlée et nécessaire, marge sans laquelle la philosophie échoue à rechercher le sens des questions qu'elle pose. La marge n'est ni intérieure ni extérieure à la philosophie, et n'est pas définie par elle à la manière d'une limite assurant la circonscription d'un royaume unifié par l'autorité d'un souverain. La marge désigne bien plutôt le lieu possible d'une aventure menée à la fois avec et sans la philosophie ; elle nomme à la fois la possibilité et la découverte d'un terrain dont on ne sait plus s'il lui est étranger. L'étrangeté n'est plus l'étrangèreté : la matière étrangère n'est pas venue du dehors de la philosophie, mais désigne plutôt celle, marginale, dont on ne saurait dire si elle relève ou non d'un tel partage disciplinaire. Cette matière, ce terrain, est celui que la philosophie empirique constitue en l'arpentant.

60. L'importance de ce critère est majeure puisque son usage permet de revoir la grille d'enquête en reformulant, en supprimant et en ajoutant tour à tour les concepts médiats sur lesquels il s'agissait d'en-

question de philosophie empirique qui puisse laisser les agents indifférents. Le concept ne peut être localisé puis « défoui » qu'à l'aide de ces agents, seuls susceptibles de nous renseigner non sur la vérité de ce qu'ils font, mais sur la valeur qu'ils donnent aux solutions pratiques qu'ils inventent ou répètent [61]. Une pratique ne répond pas *à* une tension philosophique, mais elle répond *de* cette tension, car elle répond de son *sens*, dont elle est l'inévitable garant. En d'autres termes, c'est parce que la pratique relève de la valeur, pour les agents eux-mêmes, que les questions philosophiques que nous lui adressons y trouvent leur sens. Se demander comment un agent parvient à faire face à une tension conceptuelle interne à la pratique, c'est se demander quelles valeurs elle revêt pour lui. Cette question n'a de sens qu'à laisser ouverte la tension conceptuelle dans laquelle se meut l'agent et qu'il tâche de résoudre à sa manière, sans jamais y répondre. La pratique ne répond du sens des questions philosophiques qu'à la condition de ne pas y répondre.

6 Les résultats de l'ethnographie du travail des concepts de guérison et de norme en dialyse : le rôle du « poids sec » et de la « balance »

L'enquête ethnographique une fois réalisée [62]*, il apparaît clairement qu'un objet structure le fonctionnement du service : la balance. La pesée représente en effet un moment important en dialyse car il permet d'enregistrer la perte de poids qui résulte de la filtration des toxines sanguines par le générateur, ces toxines provenant de la possibilité réduite ou disparue d'uriner. Médicalement, la pesée mesure la réussite de la « purification ». Les séances ont lieu trois fois par semaine, pendant quatre heures, et chaque patient perd entre deux et cinq kilos. Chacun d'eux se pèse donc une première fois à son arrivée, et une seconde avant son départ. La pesée a lieu au vu et au su de tous : fait singulier dans un hôpital, les patients reçoivent leurs soins dans une salle unique, commune, dans laquelle se trouve la balance. Cette salle compte souvent plus de dix lits. La balance impose ainsi un « sas » qui circonscrit symboliquement l'espace du service, formant l'unité du terrain enquêté. Ne relèvent du service de dialyse que ceux qui ont rapport à elle, et y demeurent étrangers ceux qui n'en comprennent pas la valeur. Certains ambulanciers peuvent par exemple être considérés comme appartenant au service de dialyse, là où d'autres témoignent, par leur méconnaissance de*

quêter en fonction de leur sens – ou, bien souvent, de leur absence de sens – vis-à-vis du terrain enquêté. Ce critère, qui est bien philosophique puisque conceptuel, trouve donc son usage dans l'enquête ethnographique : il fonde la possibilité de l'articulation entre le cheminement conceptuel et sa poursuite jusque sur le terrain. C'est par lui que cette démarche relève effectivement d'une philosophie empirique.

61. De Certeau, *L'invention du quotidien*, *op. cit.*, p. XXXVIII.

62. L'enquête ethnographique d'un service de dialyse prend la forme d'une enquête participante. Elle nomme la réunion et la confrontation des résultats du « stage » sur le terrain et des résultats des entretiens. Le « stage » consiste à comprendre au mieux le fonctionnement du service et les valeurs implicites que tout fonctionnement recèle, au travers de l'observation active des pratiques du service et de questions adressées aux enquêtés à propos de la manière dont eux-mêmes perçoivent et surtout évaluent ces pratiques. Ils regroupent les patients, les soignants (docteurs, médecins, infirmières et aides-soignantes, ainsi que les brancardiers et ambulanciers) et les visiteurs (les proches des patients, mais aussi les « visiteurs » bénéficiant d'un statut plus ou moins officiel, au nombre desquels comptent les aumôniers). Les entretiens sont réalisés à des moments où la pratique est suspendue (pause, temps d'attente, etc.) et dans des cadres qui permettent davantage d'aisance, puisque l'enquêteur et l'enquêté sont isolés dans l'intimité d'un vis-à-vis. Ces entretiens sont de durée variable (entre une demi-heure et deux heures et demie pour les plus longs) et sont parfois réitérés. Ils visent à la fois à obtenir un éclairage différent sur le fonctionnement du service, et à comprendre combien il est intimement et singulièrement perçu par l'enquêté.

l'importance d'une pesée exacte, de leur extériorité. Elle se trouve à la fois au cœur des jugements moraux formulés et informulés (évaluation comportementale selon la catégorie de l'« observance »), des déplacements spatiaux (la pesée nécessite des manœuvres complexes, en particulier pour les brancards et la balance est au centre de la pièce) et de l'organisation rythmique quotidienne, hebdomadaire voire annuelle du temps hospitalier (en fournissant un certain nombre d'étapes incontournables pour les patients comme pour les soignants). Elle fournit en outre l'occasion pour les patients aussi bien que pour les soignants de faire sentir ce qu'eux-mêmes ont ressenti au cours de la séance de dialyse, par l'esthétisation plus ou moins prononcée de leurs gestes. Surtout, les résultats de la pesée orientent – par sa prise en considération aussi bien que par le rejet violent de sa reconnaissance – les pratiques quotidiennes des patients, y compris hors du cadre hospitalier (passions et passe-temps, nourriture, relations affectives, gestion domestique, etc.). Il aurait été aussi intéressant que nécessaire de justifier véritablement ces affirmations par une description plus fine des activités du service, plutôt que d'en fournir la simple énonciation. Mais la qualité d'une description ethnographique étant définie par le point où se rassemblent la cohérence, la précision et l'exhaustivité, il aurait été impossible de la restituer d'une manière satisfaisante dans un chapitre dont la visée est avant tout méthodologique. Aussi nous contentons-nous de présenter l'esquisse de quelques-uns de ses résultats, à défaut de pouvoir en raconter la genèse. L'impudeur consistant à demander au lecteur de les admettre ne s'avère donc excusable que par les circonstances qui la rendent inévitable.

Une fois admis ces résultats, la question qui préside à notre réflexion peut être finalement formulée : « Comment les agents donnent-ils une valeur au poids spécifique ? » Autrement dit : « Comment les patients donnent-ils une valeur à une valeur numérique clinique qui objective leur état ? » Le sens de ce « comment » est alors multiple, puisqu'il pose à la fois la question ethnographique des manières de faire humaines concrètes (quels sont les gestes qui donnent au poids une valeur positive ou négative ?), la question philosophique des conditions conceptuelles de possibilité de cette valorisation (à quelles conditions donner une valeur positive ou négative au poids est-il conceptuellement fondé ?), et la question de philosophie empirique de la façon dont la seconde question est susceptible de prendre sens par la première : *à quelles conditions fonder conceptuellement la valeur donnée au poids par les agents prend-il un sens par leurs manières de faire ?*

Si l'événement de la « guérison » est bien absent du traitement hospitalier de la maladie chronique, en particulier en dialyse, le travail de son concept ne l'est pas. Plus précisément, ce travail joue quotidiennement, d'une manière indirecte, dans la notion de « poids spécifique » du patient dialysé. Le poids spécifique, qu'on appelle aussi « poids sec » ou « poids de référence » du patient dialysé désigne le poids qui devrait être le sien s'il ne souffrait pas de sa maladie. Il renvoie donc à un poids idéal : la norme chiffrée individuelle qui devrait être celle du poids du malade si ses sécrétions urinaires n'étaient ni amenuisées ni tout à fait taries. Entre chaque séance de dialyse, le patient prend du poids, car son liquide sanguin se sature progressivement de toxines que l'absence ou l'insuffisance de la fonction rénale ne permet pas d'éliminer. « Prendre du poids » pour un patient de dialyse n'est donc pas synonyme de « grossir ». Aussi comprend-on que le poids spécifique revête une importance capitale pour le procédé

de dialyse, puisqu'il détermine à la fois un objectif à atteindre pour éviter la survenue de complications ultérieures, et un indicateur pour que l'on puisse établir si l'état présent du malade est normal, étant donné sa maladie. Évidemment, le fonctionnement du service rend le poids central dans les jugements de valeur entre les personnes. Sa signification est travaillée par une tension de nature temporelle, puisqu'elle permet dans le même temps d'estimer la qualité *présente* du rapport du patient à son milieu et d'avertir quant à l'éventuelle apparition de complications *futures*. La nature temporelle de la maladie (sa chronicité) la distingue alors de son évolution classique (hippocratique). Dans la maladie chronique, les changements symptomatiques de la maladie définissent ce qu'elle est, à la différence des autres affections qui sont l'expression d'un mal ayant vocation à cesser par sa guérison ou par la mort. Le poids sec est dès lors le reflet matérialisé d'un mode indéfiniment poursuivi de valorisation à la fois statique et dynamique : la valeur numérique mesure de manière statique la relation au milieu puisqu'elle révèle un rapport relativement constant à ce milieu, et elle estime de manière dynamique la relation au milieu puisqu'elle révèle un rapport futur changeant à ce milieu. *La valeur numérique qu'est le poids constitue dès lors un mode de valorisation qui diffère le sens biologique et social de la valorisation du rapport présent au milieu.* En d'autres termes, l'écart entre le poids réel du patient – à l'arrivée ou à la sortie de la séance de dialyse – et son poids de référence équivaut à la différence entre la norme et le fait, et cette différence ne saurait prendre un sens immédiat, puisqu'un patient ne souffre pas immédiatement d'avoir un poids supérieur à son poids de référence (à la sortie de la séance, les conséquences sont moindres) ni d'avoir un poids supérieur au poids qui lui permettrait d'atteindre par la dialyse son poids de référence (au début de la séance). *L'écart entre la norme et le fait, entre le poids de référence et le poids réel ne revêt de sens que dans le temps indéfini de la succession des séances.* Aussi le chiffre n'a-t-il de sens que dans le jeu de son rapport à la série qui l'inclut. À terme, le surpoids entraîne d'inévitables complications dont la survenue ne s'annonce pas toujours au présent par des ressentis douloureux, mais bien souvent par la seule valeur des chiffres. La valeur numérique du poids se situe entre le « guérir » comme processus de revalorisation du rapport au milieu et la guérison comme normalité retrouvée. Le poids signifie en effet que l'amélioration du rapport au milieu – qui consiste en une amélioration dans les valeurs négatives, et qui vise dès lors la seule non-dégradation de ce rapport – n'est pas présente, mais différée, et que la normalité retrouvée dans la maladie est toujours déjà présente, mais éphémère. Le patient dialysé ne va jamais vraiment mieux et jamais il n'atteint la « santé », bien que son état général puisse évoluer « positivement » en ne se dégradant pas. La différence entre la maladie chronique et les autres pathologies n'est pas qu'elle dure indéfiniment, mais que la normalité même à laquelle elle cherche à tendre n'augure pas le même sens biologique et social que la normalité que vise à retrouver le patient qui guérit. La normalité retrouvée revêt le sens présent de l'éphémère pour le malade chronique, elle est toujours à recommencer. De même, le processus de revalorisation (le « guérir ») qui tire ordinairement son sens des petites améliorations présentes et sensibles ne trouve plus dans la chronicité de signification que dans un futur lointain, et sous une forme négative : vous ne subirez pas ou peu de complications. Autrement dit, là où le guérir et la normalité retrouvée se trouvent du côté des valeurs positives, le traitement de la maladie chronique ne vise plus qu'à atteindre une absence

de valeurs négatives. Plus précisément, le traitement de la maladie chronique poursuit cet objectif hors de portée, car toujours différé, qu'est la neutralité biologique. *La spécificité de la maladie chronique tient alors à la dimension temporelle du mode de valorisation qu'elle implique, et qui requiert un support matériel qui rende possible que l'on considère de manière différée la non-dégradation du rapport au milieu : le poids indiqué par la balance.* En effet, à défaut d'un tel support, il est impossible au patient de savoir si sa relation actuelle au milieu sera suivie d'une dégradation liée aux complications entraînées par le mal ou s'il a des chances d'en être épargné. La proximité de son poids réel et de son poids spécifique (poids normal) indique au patient un moindre risque de complication : la normativité est donc différée dans la maladie chronique ou, plus précisément, si la normativité ne cesse de s'exercer au présent, c'est sa signification qui est différée. Vivre la maladie chronique au jour le jour, revient à résoudre pratiquement cette tension conceptuelle incessante.

7 Résultats du défouissement : la nécessité d'affiner le rapport à la norme par la notion de score

Le poids s'apparente alors quotidiennement à un score : la catégorie que constitue le poids ne trouve à s'exercer réellement que dans le schème du score. Le score désigne la valeur et l'enjeu du rapport des agents au jeu (les agents nomment aussi bien les patients que les soignants), au travail du concept de guérison, et non la mesure chiffrée du poids elle-même. Si le concept de guérison joue bien au cœur de la maladie chronique et au cœur de sa gestion hospitalière, tout en ne s'y manifestant pas comme événement, c'est parce qu'il continue de constituer une sorte de « but du jeu » dont chacun sait qu'il demeure inatteignable, mais qui ne cesse pas d'être régulateur pour autant. *Le score indique la plus ou moins grande valeur accordée par quelqu'un à un résultat chiffré concernant son activité. Il nomme la valeur plus ou moins grande conférée par les agents aux jugements dont le poids, en tant que catégorie, est le principe. Le score joue alors le rôle de schème, car il met en lumière une modalité d'application du jugement que permet la catégorie de poids.* En l'occurrence, l'activité à propos de laquelle le poids encourage à formuler des jugements peut être l'activité vitale de l'organisme. Mais les jugements prononcés sur l'organisme ne sont pas seulement sociaux puisque cette activité est aussi sociale et s'intègre dans celle du service. Le poids, plutôt que de permettre d'évaluer une activité sociale ou vitale, autorise en réalité qu'on évalue un « comportement » (indistinctement social et vital). *Aussi le score nomme-t-il non seulement la relation des agents au support matériel chiffré qui permet de différer le sens de la normativité, mais désigne-t-il en outre le fait de l'inégale importance qu'il revêt pour les malades eux-mêmes par leur « comportement ».* Il ne prend sens que dans et par une série, en contribuant à donner à cette série une direction que l'on suppose résulter de ce « comportement ». Il y a ceux qui jouent bien ou mal ; il y a aussi ceux qui prétendent ne pas jouer, peut-être par peur de perdre, et ceux qui, parce qu'ils perdaient, disent avoir cessé de jouer. Ceux qui jouent bien ne sont pas alors toujours les bons joueurs, car ils peuvent s'avérer mauvais perdants… Cette métaphore n'est pas ornementale. Elle vise au contraire à montrer que la notion de score connote un horizon schématique qui semble propice pour comprendre à la fois la façon très nuancée – en témoigne la richesse des entre-

tiens individuels – dont les agents participent (leur manière de résoudre les tensions conceptuelles) et leur façon d'avoir rapport à leur propre participation (la modalité, le rapport qu'ils entretiennent à ces manières).

Le score est bien un schème qui nuance la manière dont les tensions entre normalités éphémères et lutte contre les complications sont jugées à partir de la catégorie qu'est le poids. Il joue un rôle majeur – quoique discret au premier abord – dans le service de dialyse, où il s'incarne dans le regard porté par les agents sur la différence chiffrée entre le poids réel et le poids spécifique, sans pour autant s'y réduire. Le score est un schème de la norme qui relève en propre de la maladie chronique, puisqu'il présuppose à la fois une connaissance relative de leur pathologie par les patients, sa durée dans le temps, et la responsabilité (relative) des patients à son égard. Le score, matérialisé par la balance, désigne précisément la double tendance de la norme à être motrice (à la fois pour les pratiques patients et les soignants) et à s'idéaliser en un type, ici, chiffré (la différence entre le poids réel et le « poids de base »).

Conclusion

L'événement de la guérison désigne le retour durable à un mode de valorisation « normal » du normal, alors que le concept de guérison traduit la tension irréductiblement problématique entre un mode de valorisation stable et un mode de valorisation simultanément dynamique du normal. L'événement de la guérison est absent en dialyse bien que son concept y travaille, puisque le mode de valorisation du normal nécessite de la part des patients un effort dont ils se dispenseraient volontiers, mais qu'ils ne peuvent pourtant qu'accepter. Pour autant, la tension entre le mode de valorisation dynamique du normal et son mode de valorisation stable qui constitue le concept de guérison ne s'avère pas absente de la pratique médicale d'un service de dialyse, loin de là. Il s'y incarne au contraire dans la « balance », qui permet certes de rendre compte du fonctionnement d'un service de dialyse en général, mais surtout de ressentir combien un service est susceptible de différer d'un autre. Le concept de guérison y travaille donc, sans que sa forme événementielle se manifeste. La manière dont il détermine les jugements de valeur (biologiques et sociaux) ayant cours dans le service n'est pas autre chose que le schème anthropologique de score. Et si la guérison ne saurait se présenter à titre d'événement dans un service de dialyse, ce n'est que parce que le schème qui en fait travailler le concept demeure anormal, c'est-à-dire dévalorisé par ceux-là mêmes qui sont contraints d'entretenir un rapport quotidien à lui. Si la dialyse ne guérit pas, ce n'est finalement pas parce qu'elle ne permettrait pas de restaurer un rapport normal entre la personne malade et son milieu, mais plutôt parce que la façon dont elle vise cette restauration demeure irréductiblement – c'est-à-dire biologiquement et socialement – anormale.

Et qu'en est-il, alors, de la philosophie empirique ? Il est en tout cas certain qu'elle n'a rien d'une méthode applicable à tous les textes, de manière uniforme. Peut-être relève-t-elle davantage d'un mode de constitution d'un problème qui, n'étant infidèle ni à la lettre du texte ni à son esprit, les conduit au danger l'un et l'autre en tirant argument des prétentions anthropologiques d'un concept pour mettre à l'épreuve sa valeur ethnographique véritable. Prendre l'esprit anthropologique du texte au pied de

la lettre, en s'appliquant à fonder dans la définition du concept considéré la nécessité d'une telle démarche, afin qu'elle ne soit pas touristique, tel en serait l'enjeu. De là naissent conjointement la *rigueur* et l'*humour* qui donnent au défouissement sa coloration inaccoutumée.