



Résumé

La médecine du XVIIe siècle est devenue l'héritière de dispositifs de contrôle religieux sur le corps sain, le corps malade et le corps mort. Dans une quête de connaissances qui a constamment repoussé les limites de l'investigation sur le corps humain, l'histoire de la médecine a été marquée par une succession d'agressions sur le corps et par la résistance de la population à ces agressions. Par le biais d'écrits d'historiens, de philosophes et de sociologues, cet article met en perspective certains fragments de l'histoire qui ont marqué l'évolution du regard biomédical sur le corps – du siècle des Lumières jusqu'à aujourd'hui – pour ensuite porter son attention au corps soigné au sein de notre société contemporaine. Loin des dérives religieuses et scientistes d'autrefois, ce corps apparaît encore une fois assujéti à une autorité médicale, qui se voit elle-même de plus en plus influencée par l'idéologie néolibérale. Dans cette conjoncture, les infirmières occupent une place importante dans la dénonciation des hostilités contemporaines sur le corps soigné et peuvent agir à titre d'activistes dans une téléologie transformationnelle visant à réaffirmer la conscience derrière le corps soigné et à lutter contre ces hostilités.

Mots-clés corps soigné, histoire du corps, hostilités, médecine moderne, néolibéralisme

Hostilités sur le corps soigné : des Lumières à aujourd'hui

DAVID POULIN-GRÉGOIRE & PATRICK MARTIN

Introduction

La médecine que la société occidentale connaît aujourd'hui est le résultat d'une succession de mutations des interprétations du corps humain. Depuis l'avènement de la médecine moderne au XVIIe siècle, l'occident a été témoin d'une course aux connaissances sur le corps qui s'est accélérée au fil des siècles. La capacité de la médecine à repousser la maladie et à prolonger la vie n'a d'ailleurs pas été acquise sans inconvénient de sa part. La médecine du XVIIe siècle est, en ce sens, devenue l'héritière de dispositifs de contrôle religieux sur le corps sain, malade et même mort. Dans une quête de connaissances qui a constamment cherché à repousser les limites de l'investigation sur ces corps, l'histoire de la médecine a été marquée par une

succession d'agressions envers le corps et de mouvements de résistance de la population. D'une médecine qui a nié la souffrance du corps malade et stigmatisé le corps sain comme celui de la femme, jusqu'au contrôle absolu des corps possédés par les médecins nazis, cet article retrace, à l'aide d'écrits d'historiens, de philosophes et de sociologues, une partie de l'évolution du regard biomédical et des agressions de la médecine sur le corps, et ce, du siècle des Lumières jusqu'à aujourd'hui. La méthode généalogique, qui consiste en une enquête historique visant à mieux saisir les phénomènes contemporains[1], a été utilisée dans le cadre de cet article et nous a permis de porter un regard différent sur la représentation sociale du corps humain par la médecine à partir d'événements singuliers identifiables. Par le biais de cette méthode, qui est en marge de l'unicité propre au récit historique et qui s'intéresse à la contingence de l'origine des valeurs, des institutions, des normes et des représentations sociales[1], nous nous sommes faits critiques de ce qui apparaît comme allant de soi, comme une évolution naturelle et inévitable du regard biomédical

sur le corps. La représentation du corps soigné contemporain se précise ainsi à travers un parcours historique jusqu'à la seconde partie de cet article. Loin des dérives religieuses et scientifiques d'autrefois, il est par la suite question d'un corps désormais assujéti à une autorité médicale, fortement influencée par l'idéologie néolibérale, qui prône une résolution rapide et efficace des problèmes de santé du corps soigné.

L'avènement de la médecine moderne

À l'époque de l'Ancien Régime français, les institutions hospitalières de la France et de la Nouvelle-France, sous l'autorité religieuse, se décrivaient comme des milieux à la fois charitables et hautement coercitifs.[2] Ces institutions ont occupé une place importante dans le contrôle de la contagion, contrôle qui ne se limitait toutefois pas seulement aux épidémies ayant marqué cette période. Des hôpitaux généraux avaient en effet comme objectif principal d'isoler les déviances d'ordre religieuses et morales. Ainsi, ces hôpitaux avaient un rôle de régulation sociale en faisant office de milieux carcéraux pour mendiants, prostituées, femmes infidèles, mères célibataires et autres personnes qui à cette époque étaient perçus comme des déviants. Autant dans les villes desservies par ces hôpitaux qu'entre les murs mêmes de ces institutions, le corps contaminé par l'immoralité ne devait en aucun cas se mêler à celui des « honnêtes gens ».

En plus de ce contrôle populationnel, c'est à cette même période que la religion s'est engagée dans une chasse contre les devins, les sorcières, les envoûteurs et les guérisseuses[3] Les femmes, qui étaient alors les détentrices principales des connaissances en matière de soins au corps, et qui depuis des siècles soignaient notamment par le biais de plantes, sont devenues la cible d'une répression violente et se sont vues condamnées par l'Église. Comme le souligne Collière, plus elles devenaient expertes d'un certain savoir empirique au sujet de plantes aux propriétés médicinales, moins les guérisseuses « dépendaient de l'Église... et de Dieu ».[3, p54] À partir du XVI^e siècle, et ce jusqu'au XVII^e siècle, les femmes qui osaient prodiguer des soins sans études médicales étaient déclarées sorcières, ce qui les mettait nécessairement en danger de mort.[4]

Les éléments historiques rapportés plus haut par Garnier[2] et Collière[3] témoignent d'un resserrement de l'emprise de l'Église sur la population de l'Ancien Régime par l'entremise du médecin. Pourtant, l'avènement de la médecine moderne au XVIII^e siècle a emprunté le même chemin que celui de la guérisseuse indépendante de l'Église. Dès 1750, la médecine a démontré un intérêt grandissant pour des parties plus précises du corps. L'approche localiste, de plus en plus

pointilliste et technique, s'est imposée progressivement face à la théorie des humeurs. On délaissera ainsi partiellement l'interprétation du corps par le sang, la bile jaune, la bile noire et le flegme, pour s'intéresser à une micrologie du corps.[5] Cette approche, couplée aux legs empiriques des guérisseurs et guérisseuses[3], a fortement contribué aux développements des connaissances médicales de l'époque. La médecine, en promettant d'éloigner la maladie et même l'heure de la mort, s'est alors hissée dans les plus hautes sphères de la société, sous l'influence d'une demande sociale grandissante en ce sens. Ainsi, à l'origine confinés au plus bas de l'échelle sociale, au milieu des guérisseurs et autres empiriques, les médecins ont progressivement formé une puissante organisation patriarcale qui a fini par éclipser les charlatans et les guérisseurs.[6]

Ce faisant, la médecine a pris le flambeau d'une religion qui avait longtemps dicté des recommandations et des règles de conduite, en plus de censurer les plaisirs.[7] Du physique au psychique, en passant par l'alimentation et même jusqu'aux confins de la sexualité, la médecine a notamment « façonné le profil parfait du consommateur garant de sa bonne alimentation »[8, p177] et condamné ce qu'elle considérait comme des excès du corps humain.[9] C'est ainsi qu'elle a d'ailleurs progressivement investi toutes les sphères de la vie par un langage qui lui était propre. Le malade derrière le corps médical a quant à lui été longtemps ignoré par la médecine, alors que celui-ci se situait pourtant au cœur de son langage[10]

Corps nié

Plusieurs éléments historiques convergent vers l'hypothèse d'un paradoxe du corps considéré comme le berceau des connaissances médicales et de son pouvoir, mais condamné au silence et à l'oubli. La transition vers une médecine laïque s'est faite lentement, ce qui a laissé plusieurs vestiges idéologiques d'origine religieuse au sein de la médecine entre le XVIII^e et le XIX^e siècle. Or, il a fallu du temps pour qu'une réelle écoute soit démontrée par les médecins envers l'expérience du corps médicalisé, ce qui ne s'est pas fait sans revendications de la part de la population.

L'histoire de la douleur nous montre que le patient souffrant, en quête de soulagement, a longtemps été ignoré et qu'il a même été méprisé par les médecins.[5,12,13] En 1840, éviter la douleur par des moyens artificiels était « une chimère » selon le médecin Velpeau, puisque la douleur constituait une manifestation salutaire et essentielle au diagnostic.[14] En plus de son utilité clinique, les préceptes découlant directement de la religion catholique et du vitalisme

favorisaient le symbolisme de la douleur expiatrice et sa nécessité pour la guérison.[3,5]

Alors que l'indifférence des médecins à l'égard de la douleur se cristallisait dans la perspective où elle fortifiait le corps malade, des revendications de la part des patients ont permis une reconnaissance du caractère subjectif de leur douleur[5] Toutefois, ces derniers étant depuis longtemps exclus des débats entourant l'utilisation d'anesthésiants, les médecins optaient plutôt pour une thérapeutique qui consistait à provoquer artificiellement une douleur supérieure à la première afin de l'obscurcir. De la sorte, des médecins cherchaient à brûler le foyer de la douleur, ce qui s'est traduit notamment par une utilisation accrue de cautères, de caustiques, et de moxas, dont on se servait pour brûler des tissus vivants.[5,15]

Les superstitions et la méfiance à l'égard de l'utilisation des plantes et de breuvages permettant d'atténuer la douleur ont perduré dans une époque où l'on assistait pourtant à un recul progressif et inversement proportionnel de l'Église par rapport à l'essor de la médecine.[16] Chercher à éviter la douleur par les méthodes offertes par les guérisseuses frôlait l'hérésie, et l'histoire avait été marquée par la mise au bûcher de ces ancêtres de l'anesthésie.[3,4,16] En fait, il a fallu attendre l'entrée des anesthésiques dans la pratique des dentistes avant que ces médicaments suscitent un d'intérêt de la part des médecins.

En 1847, une crise de la profession et de la science médicale a eu raison du désintérêt des médecins à l'égard de la douleur.[5] L'usage anesthésique de l'éther et du chloroforme a fini par faire une entrée remarquable dans la pratique, et comme le déclarait le Dr Warren, le métier de chirurgien s'est ainsi « délivré pour toujours de son horreur ».[16] Au-delà de cette absence révolutionnaire de douleur pour le corps opéré, l'utilité de l'anesthésie était également associée au relâchement des muscles et au sommeil du patient pendant la procédure. L'anesthésie signifiait en ce sens un corps entièrement livré aux volontés du chirurgien. On ne peut donc affirmer que l'anesthésie était un pas de plus vers une écoute authentique des patients. Par ailleurs, des chirurgiens de l'entre-deux-guerres procédaient à l'anesthésie contre le gré des malades qui refusaient une intervention chirurgicale.[7]

Corps stigmatisé

Le mépris historique des médecins à l'égard de la souffrance physique du patient se reflète également dans les maux de l'ordre de la psyché. Par son langage ayant discriminé le corps normal du corps malade, la médecine a laissé des

vestiges historiques d'une attitude déshumanisante à l'égard du corps ne correspondant pas aux critères des « honnêtes gens » comme à l'époque de l'Ancien Régime français.[2] Des archives médicales de la seconde moitié du XXe siècle recèlent à cet égard des descriptions d'enfants, présentant des troubles intellectuels, affectifs ou sociaux, que l'on qualifiait de « dégingandés » au « visage anguleux », des enfants dont « l'expression traduisait surtout une grande stupidité ».[17, p155] Il était aussi commun d'observer des notes médicales du type : ce patient est « une loque humaine », un « déchet social et humain aux stigmates dégénératifs », et ce, en décrivant des multirécidivistes condamnés à la relégation.[18, p165] À travers l'affirmation d'une nouvelle autorité, cette fois scientifique, les populations marginales subissaient la même stigmatisation que leur avait longtemps infligée l'Église. En effet, au même titre que la mise en quarantaine des gens immoraux par l'autorité religieuse de l'Ancien Régime, les « aliénés », les « fous » ou les « imbéciles » ciblés par la loi sur les asiles de 1909 ont été mis en marge de la société pour leurs différences.[2,19]

Un autre corps qui a été particulièrement stigmatisé dans l'histoire la médecine est celui de la femme. Le corps féminin, par sa simple anatomie, fut la cible d'une nouvelle vague de préjugés par la médecine de la Belle Époque. Ce qui constituait l'essence même du corps féminin était appréhendé comme pathogène, abaissant ainsi la femme à une forme de « hiérarchisation sexuelle de la santé ».[20] Par exemple, l'idée de l'hystérie en tant que maladie était, pour certains médecins, liée explicitement à leur anatomie, alors que pour d'autres, les symptômes inhérents à cette maladie physiologique n'étaient qu'une recherche d'attention de la part des femmes.[21] Ce sont notamment les travaux de Freud et de Breuer qui ont fini par dissocier l'hystérie du corps féminin, tout en faisant émerger l'idée d'un état psychologique secondaire à la répression sociale des femmes au foyer.[21]

La perspective médicale du corps féminin en tant qu'éternel malade s'est davantage intensifiée devant un corps qui présentait périodiquement des anormalités par rapport au corps masculin. L'histoire médicale de la menstruation révèle que l'autorité médicale aurait même renforcé les fausses croyances d'une aura de malédiction gravitant autour de la femme « indisposée ». Précisons toutefois que les évocations relatives au sang impur remontent au-delà du 1er siècle après Jésus-Christ, alors que Pline l'Ancien qualifiait de monstruosité sans limites ce sang ayant les propriétés d'un poison mortel.[22] Si l'idée de la femme impure toute-puissante et dangereuse fut longtemps entretenue par les autorités religieuses, les médecins ont, pour leur part, fortement

contribué à la stigmatisation scientifique des femmes en période menstruelle. L'utilisation du terme « ménotoxines » par le Dr Shick pour décrire les substances dites toxiques recensées dans le flux menstruel en est un exemple patent.

Par conséquent, le corps féminin « indisposé » de la Belle Époque devait être éloigné de toute denrée alimentaire, car son simple regard suffisait à les putréfier.[23] Aussi, les relations sexuelles étaient interdites pendant cette période, au risque d'engendrer des enfants roux.[23] Transgresser cet interdit n'était pas sans danger pour l'homme, puisque celui-ci s'exposait ainsi à des risques de contamination par les toxines féminines. Dans le même ordre d'idée, les menstruations étaient perçues comme une saignée naturelle et essentielle du corps féminin permettant l'expulsion des ménotoxines accumulées le mois précédent. La femme, cette « éternelle malade » en plus de sa propension naturelle à l'hystérie, était affligée à ce moment d'une « folie subite passagère »[23, p225], qui se traduisait par des comportements destructeurs et de délinquance. Perçue comme soumise à des contraintes biologiques, la femme d'autrefois était bel et bien opprimée par la médecine – une oppression découlant certes d'un héritage sociohistorique et genré peu reluisant, mais également renforcée par la confiance de la population envers les « affirmations scientifiques » véhiculées par la discipline médicale.

Ainsi, par ce corps nié, mais possédé par la médecine du siècle des Lumières, la discipline médicale s'inscrivait dans une économie du pouvoir qui se caractérisait par des dérives autoritaires du patriarcat médical. Alors que d'une part la médecine traçait de manière plus précise les limites du corps sain et du corps malade, elle amplifiait également son contrôle sur ces corps par de nouvelles percées scientifiques qui permettait d'éloigner la douleur, la maladie et par conséquent la mort.

Corps possédé

La dissection a permis à la médecine de faire de grandes avancées en matière d'anatomie humaine. Toutefois, le rapport entre la médecine et le corps inerte renvoie à la manifestation d'un contrôle absolu du médecin envers le corps mort, au point où des médecins se sont donné des droits acquis sur celui-ci. Comme l'indique Chauvaud, la dissection est porteuse de vérités, et les médecins qui disséquaient les corps faisaient figure d'autorités incontestables quant à ce qui avait pu causer la mort de ces corps malades ou meurtris. [24] Puisqu'il était l'œil et la main du juge, le médecin légiste de l'époque disposait d'une liberté absolue sur le corps de la personne décédée.[25] Lors d'une autopsie réalisée pour

mener à bien une enquête ou une recherche, il n'y avait autrefois aucune gêne à mutiler, à fragmenter et à détruire un corps qui avait bien souvent déjà été mutilé lors du crime précédant l'investigation. Après de telles manœuvres, il devenait rarement possible de procéder à la reconstruction du corps autopsié. Souvent, le corps était directement inhumé après l'autopsie, sinon il était enveloppé dans un linceul et la justice lui apposait un sceau avant qu'il soit remis à la famille.[26]

Ce qui a été considéré comme des écarts de conduite impossibles à légitimer par le contexte des connaissances de l'époque a également marqué l'histoire médicale. D'abord, en raison d'une pénurie de corps pour la pratique de l'anatomie au XIXe siècle, des professeurs ainsi que leurs élèves se prêtaient au vol de dépouilles humaines dans les cimetières.[26] Un autre fait marquant, bien qu'étouffé par les autorités de l'époque afin d'éviter l'effroi du public, a également marqué les citoyens de Paris. En effet, de la graisse humaine, provenant d'hôpitaux, était vendue pour de la graisse animale; graisse qui servait essentiellement à alimenter les foyers des maisons. Enfin, à l'aube du XXe siècle, des médecins de renom furent également pointés du doigt dans les médias écrits en raison de leur irrespect à l'endroit du corps autopsié. À titre d'exemple, on a réprimandé les inconduites de Georges Gilles de la Tourette et de ses collaborateurs pour avoir remplacé un cerveau par un journal et pour avoir introduit des bouts de cigarettes dans des cavités viscérales lors d'autopsie.[26]

Une telle posture au regard du corps humain, le réduisant à un simple objet de connaissances médicales, n'était pourtant pas limitée au corps mort. Les expérimentations et l'avancement des connaissances médicales sur le corps vivant de l'époque précédant la mise en place du code de Nuremberg (1948) en disent long sur ce qui peut résulter d'un contrôle absolu sur la vie des personnes, sur les corps investigués. Notons que du point de vue d'Halioua[27, p494], les avancées scientifiques de la Seconde Guerre mondiale constituent « la page la plus noire de l'histoire de la médecine du XXe siècle ».

Il est à préciser que les mouvements nazis et les événements de la Seconde Guerre mondiale ayant marqué l'histoire de la médecine découlent notamment des aspirations eugéniques qui ont précédé cette période. L'eugénisme, terme créé à la fin du XIXe siècle par Galton, se définit comme la science de l'amélioration de la race.[28] Comme le suggère Galton, celle-ci ouvre vers la possibilité « de produire une race humaine supérieurement dotée ».[29, p1] Non seulement l'eugénisme se présente ici comme une idéologie scientifique, mais il est également politique.[30] Or, la perspective eugénique avait

séduit des hommes politiques avant même l'arrivée d'Hitler. C'est d'ailleurs aux États-Unis que les premières mesures législatives à caractères eugéniques ont été adoptées, soit en 1920. Ce n'est qu'après plusieurs années, en raison des difficultés économiques de la période de l'entre-deux-guerres, qu'ont vu le jour des mesures semblables en Allemagne et dans les pays scandinaves. Ce sont par ailleurs les médecins qui ont appliqué les mesures eugéniques dans ces pays. D'un côté, ils stérilisaient les faibles esprits pour empêcher la reproduction des individus dits « inférieurs », et ce, dans une perspective biologique et psychologique. À l'inverse, ils utilisaient le contrôle nuptial afin d'encourager la reproduction des individus dits « supérieurs ».

Dès 1900, toutefois en excluant la possibilité du recours à l'euthanasie, des eugénistes allemands encourageaient l'adoption de mesures visant à empêcher la reproduction de personnes « incapables de suivre le progrès technologique et les exigences de la productivité dans une société libérale ».[30] Hitler était favorable à cette perspective, et celui-ci ne s'est pas limité aux pratiques eugéniques habituelles. Il a, à l'aide des intellectuels de l'époque, soigneusement préparé la société allemande à l'euthanasie des individus improductifs de la société, alors qu'elle a toujours été interdite.[31] Psychiatres, pédiatres, jeunes médecins « idéalistes », mais également des infirmières, ont en effet procédé à l'euthanasie de malades mentaux et d'enfants malformés.[31-32] Afin de dissimuler l'extermination de ces individus à la population, les médecins avaient en leur possession une liste des causes de décès soudaines et naturelles qu'ils intégraient à un modèle de lettre de condoléances adressées aux familles concernées. [31]

Lors de cette campagne d'extermination nazie, le corps humain a été bien souvent réduit à un simple matériel d'expérimentation aux bénéfices de chercheurs de l'époque. [33] Sans être pour autant accusé de crimes liés au nazisme, le Dr Julius Hallervorden aurait été, d'après plusieurs auteurs, complice dans l'euthanasie de malades mentaux de façon à promouvoir l'avancement de ses recherches sur le cerveau. [34-36] Psychiatre de formation, le Dr Hallervorden aurait analysé plus de 824 cerveaux provenant du programme nazi d'extermination des malades mentaux Aktion T4, dont 593 d'entre eux n'ont vraisemblablement pas eu une mort dite « naturelle ».[37]

Les médecins à la tête des expérimentations nazies, tels que ceux ayant été affectés au camp d'Auschwitz, occupaient une place importante au sein de l'organisation par leur statut qui était comparé à celui des empereurs romains.[27] En effet, comme le rapporte Halioua, ces médecins décidaient du sort

de milliers de déportés chaque jour, et ce, d'un simple geste de la main.[27] Bien qu'on ne peut affirmer que les médecins du camp d'Auschwitz tuaient par simple plaisir, ils profitaient toutefois du programme d'extermination pour nourrir leurs ambitions scientifiques.[27] Le cas de Josef Mengele va en ce sens, puisque ce médecin ne se rendait pas à Auschwitz « par plaisir de tuer, mais parce qu'il [était] généticien ».[37, p353] Soutenu financièrement par d'importantes instituts de recherches universitaires, il a publié plusieurs recherches en biologie héréditaire et en hygiène raciale.[27] Plusieurs autres médecins ont profité, de la même façon, de leur statut de médecin nazi pour nourrir leurs ambitions professionnelles. Le professeur d'anatomie Johann Paul Kremer aurait par ailleurs fait tuer des déportés dénutris par injection intracardiaque pour disséquer leur corps et ainsi ramener leurs organes dans son laboratoire de Munich.[38]

Toujours au camp d'Auschwitz, des témoignages de médecins déportés rapportent que des chirurgiens perfectionnaient leur art sur des corps malades avant de les envoyer directement à la chambre à gaz.[27] L'on brisait aussi volontairement les os de détenus pour que les médecins nazis puissent s'exercer à poser des attelles.[37] Enfin, de nombreuses études de l'époque financées par des firmes pharmaceutiques furent réalisées sur la population juive de façon à évaluer l'efficacité de médicaments et la tolérance des détenus à l'administration de ces derniers.[27] Ainsi, les camps de concentration de la Seconde Guerre mondiale, au sein desquels exerçaient des médecins avides de progrès scientifique, se comparaient à des usines d'expérimentations médicales.

Des crimes semblables à l'endroit du corps font partie du passé, et l'autorité médicale ayant suivi la Seconde Guerre mondiale ne se compare plus à celui des empereurs romains. L'on assiste par ailleurs à un retour de la reconnaissance de l'expérience derrière le corps soigné, reconnaissance qui se frotte toutefois à un regard biomédical de plus en plus influencé par les préceptes de l'économie du marché.

La mutation du regard de la médecine sur le corps soigné de l'après-guerre

Des violences aussi visibles et systématiques que celles abordées précédemment ne seraient plus tolérées aujourd'hui par la discipline médicale. Les seuils de sensibilité et l'acceptation collective des pratiques violentes ont par ailleurs grandement évolués depuis la fin du XIX siècle. [40] L'époque qui a suivi la Seconde Guerre mondiale est effectivement associée à de grands progrès sur le plan de la reconnaissance de l'expérience du corps soigné. Comme il en a été de la gestion de la douleur, ceux-ci ne se sont

pas faits sans revendications de la part des patients. Des actions politiques du mouvement féministe au regard du droit à l'avortement, jusqu'aux conflits derrière la gestion de l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), en passant par le développement des médecines alternatives, les patients ont réclamé leur autonomisation à l'égard de la médecine. D'après Klein[33], ces événements marquants laissent présager une réforme du corps médical et la fin de l'autocratie biomédicale. Toutefois, la remise en question du discours médical mis de l'avant à cette période n'aurait pas eu le résultat escompté, puisque le corps soigné du début du XXI^e siècle serait retourné à une position d'obéissance en raison du pouvoir conféré aux médecins par les multiples réformes du dernier siècle.[6,33] Pour ne nommer que cet exemple, au Québec, l'ambition d'un réseau de la santé décentralisé et démocratisé que devaient instituer les Centres locaux de services communautaires (CLSC) a rapidement été réfrénée par des fusions ayant mené à une gestion hospitalocentriste des services[6] par laquelle les médecins exercent un pouvoir considérable.

Les hostilités de la médecine envers le corps dans le monde contemporain vont vers ce que décrit Klein[33] comme une déshumanisation de la relation soignant-soigné qui se généralise à travers des problèmes d'ordre éthique, des excès de techniques, des dérives liées à la marchandisation de la santé et l'inefficacité des organisations. Contrairement à ce que prétendent les dirigeants du système de santé, il est difficile d'affirmer que les patients sont au cœur des choix mis de l'avant par leur organisation[40], puisque comme nous allons le voir, la médecine d'aujourd'hui se définit plutôt par la recherche d'un progrès scientifique lié à des notions de productivité et de rentabilité, soit à l'avantage de la technoscience. Dans cette perspective, le corps soigné du XXI^e siècle devient de plus en plus assujéti à un discours scientifique entrepreneurial.

De l'ère néolibérale

La mutation scientifique, technique et sociale du monde médical de ces dernières décennies est fortement associée à la montée du néolibéralisme qui naquit à la fin de la Seconde Guerre mondiale. C'est toutefois à partir des années 1970 que l'importance accordée aux puissants discours qui lui sont associés a provoqué de multiples transformations politiques et sociales dans différents secteurs de l'activité humaine, et ce, dans plusieurs pays.[42] Le néolibéralisme fait référence à l'idéologie qui prédomine maintenant dans la plupart des nations d'occident et en particulier au Royaume-Uni, aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Canada. Brièvement, les caractéristiques

inhérentes aux politiques néolibérales contemporaines sont : une augmentation de la privatisation, un désengagement de l'État en ce qui a trait à divers types de régulation, une forme de plus en plus marquée de partenariat public/privé, une réduction des mesures assurant le revenu, notamment en cas de perte d'emploi, une augmentation de l'emphase sur la responsabilité des personnes, ainsi que des réformes multiples notamment relatives aux financements du système de santé et des organismes sociaux et communautaires.[42] Selon Bockman[43], il apparaît toutefois que le vice principal découlant du néolibéralisme est la primauté accordée aux concepts d'efficacité, de compétitivité et de rentabilité.

Corps soigné, oeuvre de performance

Des stratégies d'affaires et de gestion directement importées de l'entreprise privée s'immiscent de plus en plus dans le système de santé publique et s'affairent notamment à mesurer les performances techniques et économiques sur un corps industrialisé. En ce sens, la qualité du service offert s'évalue presque exclusivement par des indicateurs de performances quantitatifs.[6,41,44] Ainsi, un hôpital performant est celui qui démontre les meilleures statistiques en matière de productivité. Il est donc habituel de voir dans des rapports comme celui sur le projet Lean au Québec[45], l'importance accordée par les établissements aux données mesurables telles que la démonstration d'une diminution de la durée moyenne de séjour. Comme le souligne Cheek[46] sans équivoque, le but ultime de l'hôpital est désormais que les patients qui y sont hospitalisés obtiennent leur congé le plus rapidement possible, et ce, sans égard à une possible réadmission expéditive – qui de toute façon devrait passer sous le radar des indicateurs de performance. Selon Dubé[44], ces indicateurs entrent ainsi directement en conflit avec les normes de qualité d'une bonne pratique telle que prescrite par les ordres professionnels, même si plusieurs d'entre elles en font paradoxalement la promotion. Des auteurs comme Lynch[47], ou Guillaume[48], se font par ailleurs très critiques de la façon dont ces indicateurs sont bien souvent sélectionnés, soit dans l'unique intention d'indiquer le succès, d'indiquer un résultat positif du point de vue de l'institution.

Aussi, force est de constater l'étonnante compatibilité entre le modèle biomédical et l'idéologie néolibérale sur laquelle repose la gouvernance de type entrepreneuriale qui est à l'oeuvre dans les établissements et qui de plus en plus prône, sur la base de ce modèle et de cette idéologie, une résolution rapide et efficace des problèmes de santé vécus par les patients.[11] À l'inverse, on assiste à une marginalisation du modèle holistique tel que promu par les soins infirmiers, entre autres par le biais du soin relationnel. Cette perspective

ne cesse de perdre du terrain au profit d'une articulation biomédicale du soin, notamment parce que de plus en plus de médecins modifient leur pratique pour la définir en fonction d'une gestion de la performance et de la productivité.[41] Par ailleurs, selon Leblanc [49], un médecin qui privilégie la qualité des soins, ou qui choisit de travailler auprès de populations vulnérables a tendance à recevoir le blâme par l'entremise d'un discours productiviste et réductionniste qui constituerait la norme. Ces médecins qui sont en quelque sorte devenus des gestionnaires de cliniques et de personnels miseraient également sur des entreprises expertes afin de gérer leur clinique avec efficacité, n'ayant pour la plupart du temps reçu aucune formation en ce sens.[41,49]

La définition même de la qualité des soins est remise en doute alors que la comptabilisation des résultats d'études scientifiques quantitatives peut en ce sens dicter ladite norme de pratique « de qualité ». Certes, les données scientifiques ont une pertinence empirique réelle, mais elles tendent toutefois à réduire le corps soigné à un objet généralisable. La promotion de ces données probantes aurait pour effet de supprimer tout contexte unique entourant l'expérience de la personne. [50] En outre, cette situation ne fait pas que normaliser la maladie : en normalisant une intervention, il y a un risque de normaliser le corps soigné et de réprimer son expérience de la maladie. En clair, l'expérience du corps soigné contemporain, plutôt néolibéralisé et technologisé, est sujet à peu d'attention dans un système où « les statistiques ont plus d'importance que les êtres humains ».[6, p27]

Afin de pallier les symptômes causés par ces mutations du système de santé, les solutions rapides, insoucieuses de la conscience derrière le corps soigné, s'appliquent la plupart du temps. Stroka[50] illustre bien les effets insidieux d'un système de productivité incrusté dans les Centres d'hébergements et de soins de longue durée (CHSLD). En effet, l'auteur rapporte qu'il y a un abus de prescriptions chez la population vivant dans ces établissements. L'utilisation abusive d'analgésiques, d'antidépresseurs et d'antipsychotiques serait la conséquence d'une faible qualité des soins et de ressources humaines déficientes.[11,51] Les coûts engendrés par ce phénomène s'élèvent à environ 87 millions d'euros par année en Allemagne.[50] Par ailleurs, la surcharge de travail associée à cette déficience en ressources humaines amène les intervenants du domaine de la santé à mettre de côté le soin relationnel, et ce par manque de temps. [11] Le corps se retrouve par conséquent affligé d'une double négligence : la première par une qualité des soins déficiente, et la seconde par l'utilisation de ces drogues de façon à compenser cette piètre qualité des soins.

Corps rentable

Il est possible d'affirmer, en s'appuyant sur les écrits de Goulet et Hébert[6, p22], que le capitalisme est majoritairement responsable d'une répression majeure sur le corps soigné. D'un côté, le corps vicié par la « malbouffe », des « toxiques de tous genres » et le stress d'une société de performance accroissent la prévalence des maladies chroniques. L'augmentation du nombre de maladies et de corps à la santé corrompue au profit du capitalisme intensifie également la demande sociale envers la médecine. Celle-ci, sous le couvert d'un capitalisme scientifique, étudie évidemment ces nouvelles maladies afin de les diagnostiquer et de les soigner, ce qui contribue en retour à découpler le pouvoir social de la médecine. Or, de leur côté, les industries pharmaceutiques engrangent d'énormes profits, alors qu'elles affirment traiter les maladies que d'autres entreprises issues du capitalisme ont elles-mêmes causées. Notons par ailleurs que les médecins au Québec demeurent payés à l'acte et qu'ils obtiennent également des sommes considérables dans cette « dérive médicamenteuse ».[52] Dans cette perspective, c'est donc dire que toute personne serait en proie à une marchandisation totale de son corps et de sa santé.

Dans la perspective où les statistiques s'avèrent avoir plus d'importance que le vécu du corps soigné, l'ambition de services curatifs au plus faible coût possible se reflète également dans l'environnement de soin actuel comme décrit par McCormack et McCance.[53] Ces auteurs dénoncent en ce sens un assujettissement croissant des choix en matière de soins de santé aux décisions d'ordre économique. McCormack et McCance se rapportent notamment aux indicateurs économiques en prenant pour exemple le QALY, qui permet d'établir la durée nécessaire pour qu'une intervention ou un traitement donné deviennent « rentable » pour la société. Ce même engouement de rentabilisation de la thérapeutique serait responsable du contexte de fragmentation des soins et de la substitution d'infirmières par d'autres travailleurs moins qualifiés bénéficiant d'une rémunération moindre. Ces mesures pécuniaires auraient, toujours selon McCormack et McCance, pour effet de réduire les interventions auprès du corps soigné aux activités tangibles, observables et objectivement mesurables, et favoriseraient par le fait même une négligence des aspects subjectifs tels que la qualité des soins.[53]

Enfin, la soi-disant « inefficacité » du système public de santé rendrait davantage le corps malade vulnérable à la privatisation des services.[49] En plus d'assister à une multiplication des cliniques privées – qui par leur visée lucrative, proposent notamment de réaliser les chirurgies les plus rentables et

traitant les cas les moins lourds, le secteur privé en arrive à se vanter de son efficacité, ce qui laisse sous-entendre que la seule solution serait de privatiser complètement le système de santé.[6, 41, 49] En ce sens, l'intrusion du privé dans le système public de santé se présente souvent comme une panacée pour remédier aux lacunes d'un système public considéré comme défaillant. Une des techniques utilisées pour accélérer la privatisation des services publics consiste par ailleurs à en favoriser la défaillance en misant sur l'insatisfaction de la population qui aura nécessairement une moins grande propension à s'opposer à cette privatisation, mais la rendra dans l'ensemble pourtant plus vulnérable. [50] Ainsi, l'idée de la marchandisation totale du corps et de sa santé se concrétise davantage devant l'accroissement potentiel des services de santé à visée lucrative.

Conclusion

Contrairement au progrès scientifique substantiel de la médecine moderne, cet article, qui avait pour objectif de retracer une partie de l'évolution du regard biomédical et des agressions de la médecine sur le corps depuis le siècle des Lumières, révèle des indices d'une persistance de la stigmatisation du corps malade et une certaine apathie des professionnels de la santé à l'égard de l'expérience du corps soigné, qui certes n'est plus sous l'égide de la religion, mais de plus en plus sous l'égide de l'économie de marché. Il a été possible de constater que les mouvements populaires de résistance ont permis de réaffirmer un regard plus humain de la médecine sur le corps soigné. Loin d'ignorer la douleur physique comme autrefois, la médecine néolibéralisée reste toutefois peu à l'écoute de la souffrance globale d'un corps vicié par ce que nous pourrions maintenant qualifier d'hégémonie. En fait, l'idée du corps humain en tant que siège d'un capitalisme scientifique sans fin se maintient, même si l'on est loin des excès de l'époque de la Seconde Guerre mondiale et de celle qui l'a précédée.

Dans le contexte actuel de déshumanisation de la relation soignant-soigné où des auteurs et chercheurs comme Klein[33] et Martin[11] font état d'excès de techniques, de pratiques contraires à l'éthique de la santé, de l'inefficacité des organisations et de dérives liées à la marchandisation de la santé, plusieurs affirment que les travailleurs de la santé, et particulièrement les infirmières, sont les acteurs clé d'un possible renversement de la situation.[6,11,55,56] C'est entre autres par leur proximité avec le corps soigné que les infirmières détiennent un savoir et une expérience qui leur sont propres et qui peuvent faire d'elles des agentes de changements – des activistes. Ce savoir et cette expérience restent de façon générale plus difficilement accessibles aux

gestionnaires du système de santé, puisque ces derniers se retrouvent bien souvent à des lieux de la réalité des professionnels[6], et ce, en accord avec la gouvernance de type entrepreneuriale qui prône une séparation entre les « décideurs » et ceux que l'on nomme maladroitemment les « exécutants ».[11] Puisqu'elles font partie du plus grand groupe de professionnels de la santé, le pouvoir que les infirmières ont à même d'exercer par la force du nombre est par ailleurs non négligeable. Les infirmières seraient ainsi les mieux habilitées pour défendre les intérêts de la conscience derrière chaque corps soigné.[56] Dans une visée d'action politique vectrice de changement, il est donc dans l'intérêt des infirmières de se conscientiser sur les éléments qui réduisent le corps sain et le corps malade de notre monde contemporain aux préceptes néolibéraux. Elles peuvent donc, de cette façon, jouer un rôle clé dans les futurs mouvements de résistance qui permettront de dénoncer les hostilités contemporaines sur le corps soigné et ainsi réaffirmer leur conscience.

Références

1. Latour G. La méthode généalogique : à la rencontre de la sociologie, la philosophie et l'histoire. Montréal: Université du Québec à Montréal, 2016.
2. Garnier C. « Elles auront soin de ne pas les laisser manger tous vivants par les poux et la vermine » : La contagion dans les institutions hospitalières du XVIIIe siècle. In: Klein A, Parayre S, (éd.). Histoire de la santé (XVIIIe-XXe siècles) : nouvelles recherches francophones. Québec, Québec: Presses de l'Université Laval, 2015; 39-56.
3. Ehrenreich B, English D. Sorcières, sages-femmes et infirmières. Paris: Cambourakis; 2014. 120.
4. Collière M-F. Promouvoir la vie. Paris: InterÉditions; 1982.
5. Faure O. Le regard des médecins. In: Corbin Alain, Courtine J-J, Vigarello G, (éd.). Histoire du corps 2 De la révolution à la Grande Guerre. Paris: Seuil, 2005; 15-50.
6. Goulet MC, Hébert G. Se réapproprié l'histoire pour mieux avancer. In: Baillargeon N, (éd.). La santé malade de l'austérité. Saint-Joseph-du-Lac, Québec: M Éditeur, 2017; 15-29.
7. Moulin A-M. Le corps face à la médecine. In: Corbin A, Courtine J-J, Vigarello G, (éd.). Histoire du corps 3 : Les mutations du regard Le XXe siècle. Paris: Seuil, 2005; 16-69.
8. Marchand C. L'histoire méconnue des premiers médecins en nutrition. In: Klein A, Parayre S, (éd.). Histoire de la santé (XVIIIe-XXe siècles) : nouvelles recherches francophones. Québec, Québec: Presses de l'Université Laval, 2015; 163-181.

9. Foucault M. La volonté de savoir. France: Gallimard, 1976.
10. Klein A. « Il est clair que je suis hypocondre vapoureux, et peut-être pis encore » : De l'agentivité des malades impatientes du Dr Tissot (1728-1797). In: Klein A, Parayre S, (éd.). Histoire de la santé (XVIIIe-XXe siècles) : nouvelles recherches francophones. Québec, Québec: Presses de l'Université Laval, 2015; 105-125.
11. Martin P. Contraintes vécues, idéal normatif et actions déployées en vue de transformer l'exercice de la profession infirmière en centre hospitalier : une étude exploratoire auprès d'infirmières québécoises politiquement engagées. Montréal: Université de Montréal, 2015.
12. Fondras J-C. Métamorphoses de la douleur: Du dolorisme à l'algophobie. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique 2008; 7(4): 195-198.
13. Dauzat P. Regards médicaux sur la douleur: histoire d'un déni. Psycho-Oncologie 2007; 1(2): 71-75.
14. Boulanger A. Les remèdes du droit aux souffrances de la personne malade. Médecine & Droit 2018.
15. Guilloux R. Transmissions de la moxibustion et de l'acupuncture en Europe. Entre pratiques et discours (1670-1830). Revue d'anthropologie des connaissances 2012; 6, 3(3): 549-583.
16. Sabourdin N. Histoire de l'anesthésie pédiatrique : des origines jusqu'à la fin du XIXe siècle. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2013; 32(12): 237-242.
17. Victorien S. L'inscription de la violence dans le corps des jeunes inadaptés de la Libération aux années 1980. In: Chauvaud F, (éd.). Corps saccagés : une histoire des violences corporelles du siècle des lumières à nos jours. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2009; 151-162.
18. Vimont J-C. Des corps usés et maltraités : Les multirécidivistes relégués de 1938 à 1970. In: Chauvaud F, (éd.). Corps saccagés : une histoire des violences corporelles du siècle des lumières à nos jours. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2009; 163-174.
19. Thifault M-C. « Des existences et des singularités dans le discours historique » : Les lettres de Marguerite-Marie, 1921-1950. In: Klein A, Parayre S, (éd.). Histoire de la santé (XVIIIe-XXe siècles) : nouvelles recherches francophones. Québec, Québec: Presses de l'Université Laval, 2015; 127-143.
20. Hanafi N. Des plumes singulières. Clio Femmes, Genre, Histoire 2012; (35): 45-66.
21. Thurschwell P. Sigmund Freud. London: Routledge, 2000.
22. Célérier M-C. Le sang menstruel. Champ psychosomatique 2005; 40(4): 25-37.
23. Le Naour J-Y, Valenti C. Du sang et des femmes. Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque. Clio Femmes, Genre, Histoire 2001; (14): 207-229.
24. Chauvaud F. Le théâtre de la preuve. Les médecins légistes dans les prétoires (1880-1940). Revue d'Histoire des Sciences Humaines 2010; 22(1): 79-97.
25. Daniel M. Le repérage des traces et des signes de violence sur le corps meurtri au XIXe siècle. In: Chauvaud F, (éd.). Corps saccagés : une histoire des violences corporelles du siècle des lumières à nos jours. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2009; 41-54.
26. Menenteau S. Le corps autopsié à l'épreuve au XIXe siècle. In: Chauvaud F, (éd.). Corps saccagés : une histoire des violences corporelles du siècle des lumières à nos jours. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2009; 25-40.
27. Halioua B. Comment peut-on expliquer les crimes des médecins nazis à Auschwitz ? La Presse Médicale 2018; 47(5): 488-496.
28. Galton F. Inquiries into Human Faculty and its Development. New York: Macmillan, 1883.
29. Galton F. Hereditary genius: an inquiry into its laws and consequences. London: Macmillan, 1869.
30. Aubert-Marson D. L'eugénisme : une idéologie scientifique et politique. Éthique et santé 2011; 8: 140-152.
31. Grodin MA, Miller EL, Kelly, JI. The Nazi Physicians as Leaders in Eugenics and "Euthanasia": Lessons for Today. American Journal of Public Health 2018; 108(1): 53-57.
32. Foth T. Caring and Killing: Nursing and Psychiatric Practice in Germany, 1931-1943. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co, 2013.
33. Klein A. Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine. Bulletin Amades 2013; 87.
34. Miller FG. Research and complicity: the case of Julius Hallervorden. Journal of Medical Ethics 2012; 38(1): 53-56.
35. Bernstein C. T4, un médecin sous le nazisme. 2016. Disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=eQxJEa3y54c>. Consulté le 10 novembre 2018.
36. Dreyfus J-M. Le docteur Julius Hallervorden et sa collection de cerveaux en République fédérale d'Allemagne. Vingtième

- Siècle Revue d'histoire 2016; 131(3): 139-150.
- 37.Klee E. La médecine nazie et ses victimes. Arles: Solin-Actes Sud, 1999.
- 38.Mariot N. Contourner Birkenau (automne 1942). Une relecture du journal du médecin SS Johann Paul Kremer à Auschwitz. Vingtième Siècle Revue d'histoire 2018; 139(3): 111-127.
- 39.Strzelecka I. Les hôpitaux dans le camp de concentration d'Auschwitz. In: d'Auschwitz-Birkenau MdÉ, (éd.). Auschwitz 1940-1945. Oświęcim, 2011; 364-365.
- 40.Chauvaud F. Corps saccagés : une histoire des violences corporelles du siècle des lumières à nos jours. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2009.
- 41.Larocque L. Notre système de santé : historique, diagnostic, remèdes. In: Baillargeon N, (éd.). La santé malade de l'austérité. Saint-Joseph-du-Lac, Québec: M Éditeur, 2017; 55-68.
- 42.Reimer-Kirkham S, Browne A. Toward a Critical Theoretical Interpretation of Social Justice Discourses in Nursing. Advance in nursing science 2006; 29(4): 324-339.
- 43.Bockman J. Neoliberalism. Contexts 2013; 12(3): 14-15.
- 44.Dubé C. Vers des solutions: l'APTS propose. In: Baillargeon N, (éd.). La santé malade de l'austérité. Saint-Joseph-du-Lac, Québec: M Éditeur, 2017; 123-130.
- 45.Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Projet Lean Santé. Disponible sur: <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/lean-sante/projets-ch.php>. Consulté le 15 octobre 2015.
- 46.Cheek, J. Postmodern and poststructural approaches to nursing research. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000.
- 47.Lynch, T. A Critique of Health System Performance Measurement. International Journal of Health Services 2015; 45(4): 743-761.
- 48.Guillaume, B. Indicateurs de performance dans le secteur public : entre illusion et perversité. Cités 2009; 37(1): 101-109.
- 49.Leblanc I. Pour un régime public. In: Baillargeon N, (éd.). La santé malade de l'austérité. Saint-Joseph-du-Lac, Québec: M Éditeur, 2017; 69-86.
- 50.Holmes D, Murray SJ, Perron A. Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. International Journal of Evidence-Based Healthcare 2006; 4(3): 180-186
- 51.Stroka MA. Drug overprescription in nursing homes: an empirical evaluation of administrative data. The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care 2016; 17(3): 257-67.
- 52.St-Onge, J-C. Les dérives de l'industrie de la santé : petit abécédaire. Montréal: Éditions Écosociété, 2006.
- 53.McCormack B, McCance T. Person-centred nursing theory and practice. Chichester, West Sussex: Blackwell Pub, 2010.
- 54.Chomsky N. Noam Chomsky on the State-corporate complex: a threat to freedom and survival. 2011. Disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=PTuawY8Qnz8#t=1190>. Consulté le 7 avril 2015.
- 55.Baillargeon N. La santé malade de l'austérité. In: Baillargeon N, (éd.). La santé malade de l'austérité. Saint-Joseph-du-Lac, Québec: M Éditeur, 2017.
- 56.Bédard N. La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec propose et teste des solutions prometteuses pour améliorer l'accès aux soins et la survie du réseau public de santé. In: Baillargeon N, (éd.). La santé malade de l'austérité. Saint-Joseph-du-Lac, Québec: M Éditeur, 2017; 107-122.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier le Professeur Alexandre Klein pour les conseils judicieux émis lors de la rédaction de cet article.

Pour contacter les auteures :

David Poulin-Grégoire, inf. M.Sc.
Université Laval
Faculté des sciences infirmières
Pavillon Ferdinand-Vandry
1050, avenue de la Médecine
Québec G1V 0A6
Canada
courriel : david.poulin-gregoire.1@ulaval.ca

Patrick Martin, inf., Ph.D
Professeur agrégé
Université Laval
Faculté des sciences infirmières