Philosophia Scientiæ

Travaux d'histoire et de philosophie des sciences

16-3 | 2012

Alan Turing

La temporalité de la santé

Arnaud François

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/philosophiascientiae/777>

DOI : 10.4000/philosophiascientiae.777

ISSN : 1775-4283

Éditeur

Éditions Kimé

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2012

Pagination : 89-111

ISBN : 978-2-84174-603-3

ISSN : 1281-2463

Référence électronique

Arnaud François, « La temporalité de la santé », *Philosophia Scientiæ* [En ligne], 16-3 | 2012, mis en ligne le 01 novembre 2015, consulté le 03 novembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/philosophiascientiae/777> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/philosophiascientiae.777>

Tous droits réservés

La temporalité de la santé

Arnaud François

Université Toulouse II-Le Mirail (France)

Résumé : Cet article s'interroge la temporalité de la santé : il s'efforce de démontrer que les phénomènes de santé et de maladie peuvent être dits temporels non pas accidentellement, mais essentiellement. Il met au jour quatre aspects temporels de la santé : son épaisseur de durée, sa relation avec l'avenir, la nature partiellement rétrospective des jugements dans lesquels elle entre, et son irréversibilité.

Abstract: This paper questions the temporality of health: it endeavours to demonstrate that health and disease phenomena can be said to be not accidentally, but essentially temporal. It uncovers four temporal features of health: its span of duration, its relationship with the future, the partially retrospective nature of the judgements that relate to it, and its irreversibility.

On admet aujourd'hui que la différence entre santé et maladie est une différence temporelle, au sens où elle consiste moins dans un état donné de l'individu, que dans une aptitude, une disposition ou une capacité (*ability*)¹ [Engelhardt 1984, 30], [Nordenfelt 1987, 48] qui lui seraient propres, à se donner certains buts [Pörn 1984, 5] et à accomplir certaines actions [Whitbeck 1977, 611], [Fulford 1989, cité d'après Mordacci, Roberto, 1995, 483–484].

L'objectif de ce qui suit est d'établir que le temps, dans son rapport aux phénomènes de santé et de maladie, ne les touche pas seulement en surface, ne les recouvre pas d'une simple pellicule, autrement dit ne représente pas pour eux une pure détermination extérieure, mais exerce sur eux une action profonde et intérieure, au point qu'il constitue pour ainsi dire leur étoffe, c'est-à-dire qu'ils lui doivent certains de leurs *caractères propres*. Nous croyons apercevoir quatre caractères de cette sorte, qui correspondront donc aux étapes successives de notre démonstration.

Le premier aspect de la temporalité de la santé est que cette dernière possède ce que Bergson appelait une *épaisseur de durée* [Bergson 1911, 6].

Philosophia Scientiæ, 16 (3), 2012, 89–111.

1. Sur la catégorie d'« *ability* », voir [Giroux 2010].

Autrement dit, la santé ne saurait exister dans l'instant, elle est de ces êtres — avec la vie, le mouvement — qui se déploient nécessairement vers l'avant et vers l'arrière de ce qu'on pourrait appeler improprement la ligne du temps. Vouloir la saisir dans l'instant, c'est se condamner à la manquer. Pour utiliser une autre image, la santé ne saurait être vue dans une photographie, dans un cliché instantané, il faudrait pouvoir la filmer ².

C'est ce que montrent, tout d'abord, les phénomènes de guérison. Si, comme le voulait Canguilhem, la norme de santé est « relative » [Canguilhem 1966, 182, 215], cette relativité — qui signifie en fait : relationnalité ou être-en-relation, les normes étant toujours relatives à d'autres normes — doit s'entendre en un triple sens très précis : ce qui est susceptible d'être sain ou malade, c'est la *relation* du vivant à son milieu, aux autres vivants, et à soi dans le temps. La guérison est un des modes, peut-être le plus visible, de cette relation à soi dans le temps : si en effet elle marque l'irréversibilité de la vie, le vivant s'en trouve-t-il mieux qu'avant, s'en trouve-t-il moins bien ? « La guérison se juge donc dans le *temps*, et plus par comparaison d'états successifs sur le même individu, que par comparaison entre individus » [Sarano 1955, 12]. La guérison désigne un rapport entre soi sain, soi malade et soi guéri — voire soi convalescent. Et c'est la comparaison entre individus qui introduirait l'objectivité dans l'appréciation de la santé — la « moyenne statistique » —, de même qu'elle contraint à poser le problème de la santé en termes de « normalité » — « suis-je normal ? » ne pouvant signifier que « suis-je normal par rapport à d'autres ? ». *Cette interdépendance méconnue de la compréhension objective de la santé et du concept de norme est d'ailleurs ce qui oblige à faire primer la question de la norme par la question de la santé.*

Des analyses plus détaillées encore permettent de faire ressortir l'« épaisseur de durée » de la santé. S'il n'y a pas d'*instants* de la santé, s'il n'y a que des *moments*, alors chacun de ces moments doit posséder une *tendance*. Les symptômes de l'embolie se trouvent être peu distinguables de ceux de l'hémorragie (choc lipothymique, vomissements, vertiges, douleurs, céphalées). Le test à l'héparine, qui est un anticoagulant — et, dès lors, agit contre l'embolie —, permet de repérer la « tendance » [Dagognet 1964, 259] de l'organisme, en l'espèce du sang, à un moment donné : va-t-il à l'hypercoagulation, ou à l'hypocoagulation ? Car le sang lui-même est pris entre ces deux tendances, il est situé pour ainsi dire à leur point d'équilibre — et il y a pathologie quand l'une des deux tendances prend le pas sur l'autre, ce qui suscite aussitôt, *in vivo* mais aussi *in vitro* [Dagognet 1964, 256], la réaction inverse. La nature et le traitement de l'embolie ne sauraient donc être compris sans une référence

2. Cette image, d'inspiration d'ailleurs elle-même bergsonienne, est souvent employée : ainsi, « La physiologie photographie la vie, la décrit dans une position figée. Comme les artistes visuels qui ont sculpté les bas-reliefs de la Colonne Trajane avec une perfection dans l'art de rendre le mouvement qui n'a pas été dépassée », etc. [Merle 1953, 102].

à la *tendance* du sang, c'est-à-dire sans une prise en compte, certes minimale, de la temporalité de cette affection.

Si la santé possède une « épaisseur de durée », alors elle empiète d'emblée, pour ainsi dire, sur l'*avenir* de l'individu. On pourrait dire aussi que la santé est une certaine relation que l'individu entretient avec son avenir, ou encore qu'aucun jugement ne peut être porté sur la santé d'un individu indépendamment d'une considération de son avenir ; de sorte qu'il est sans doute vain de vouloir se prononcer sur la santé d'un individu à un moment donné, tout énoncé de ce genre ne pouvant reposer au contraire que sur une comparaison *enjambant* véritablement le présent vers un point de l'avenir, ou un point de l'avenir vers le présent.

Cette inhérence de l'avenir à la définition même de la santé, on la trouve déjà indiquée chez Goldstein, au cours d'une affirmation radicale de la temporalité de la vie biologique individuelle : il y a une « impossibilité d'apprécier à leur juste valeur les phénomènes particuliers, si on ne les considère pas comme faisant partie du déroulement global de la vie de l'organisme et en particulier en fonction de son avenir » [Goldstein 1934, 350] (à propos d'ulcères ou de tumeurs non encore déclarés). Conception qui sera reprise par Canguilhem, lequel dit, commentant Goldstein :

La tendance à la simple conservation d'un résidu de pouvoir est l'expression d'une vie en perte de responsivité. [Canguilhem 1978, 91]

La notion de responsivité est empruntée par Goldstein à Grothe. Elle signifie :

Correspondance parfaite des manifestations extérieures de la vie chez un individu avec ses propres nécessités biologiques telles qu'elles résultent de la confrontation entre sa situation de vie extérieure et sa capacité fonctionnelle physiologique. (Grothe, Louis R., cité d'après [Goldstein 1934, 347])

Ce qui renvoie, au fond, à la notion de « rendement », utilisée par Goldstein lui-même [Goldstein 1934, 347]. Une nouvelle fois, la santé ne peut être définie sans un recours au concept de « capacité », qui est dispositionnel, et enveloppe donc un avenir.

L'inhérence de l'avenir à la définition même de la santé ressort clairement de toute prise en compte de la santé selon son caractère d'*adaptation*. Car l'*adaptation* n'est pas l'*adaptabilité*, selon une distinction devenue classique. Pour faire percevoir l'opposition foncière des deux notions, il suffit de rappeler, avec un des premiers théoriciens de l'adaptabilité [Vandel 1958, 182-200]³ — mentionné par Canguilhem à la fin du *Normal et le Pathologique* [Canguilhem 1966, 197] —, que l'individu vivant qui s'est parfaitement adapté à un milieu donné, est *d'autant moins capable* de s'adapter à d'autres. L'adaptation est

3. Cf. par exemple [Sarano 1955, 9, 13, 24], [Kovács 1989, 265-266], et, dans une autre visée, [Le Blanc 2004, 63-73].

spécialisation, elle est en ce sens restriction de l'horizon. Ou, comme le disait déjà Durkheim au sujet également de l'adaptation,

Tout arrangement, en effet, est un obstacle au réarrangement.
[Durkheim 1895, 70]

Adaptation et adaptabilité varient donc en raison inverse l'une de l'autre, et l'adaptation est tout entière tournée vers le *présent*, là où l'adaptabilité, en tant qu'elle est capacité ou pouvoir d'adaptation, est dirigée vers l'*avenir*. C'est en raison de cette limitation de l'adaptation au présent que Christopher Boorse, bien que dans une tout autre perspective — celle de la définition de la santé comme normalité statistique du fonctionnement au sein d'une espèce donnée [Boorse 1975, 40–68], [Boorse 1976a, 76–86], [Boorse 1976b, 61–84], [Boorse 1977, 542–573] —, refuse de s'en tenir à une compréhension de la santé fondée sur elle exclusivement. Le théoricien remarque que si la santé est adaptation — ce que pour lui elle est bien en partie —, alors il ne saurait s'agir de l'adaptation darwinienne, comme pur succès reproductif, mais bien d'un *certain rapport à un environnement* [Boorse 1977, 547] ; et il montre qu'aucune compréhension de la santé comme adaptation — compréhension dont, encore une fois, il se démarque — ne peut échapper à la question de la latitude de cet environnement, c'est-à-dire de la capacité de l'être vivant à entrer en relation avec celui-ci et à s'insérer en lui. C'est en ce sens qu'il faut comprendre le passage où Boorse écrit, dans le même article, que les hémophiles protégés de toute blessure et les diabétiques sous traitement insulinaire demeurent malades [Boorse 1977, 562] : ils sont malades dans la mesure où ils ne peuvent plus affronter de blessures ou se passer de traitement insulinaire, ce qui constitue une incontestable restriction de leur capacité à changer d'environnement et implique le recours, précisément pour caractériser leur affection, à des concepts incluant l'avenir.

Mais alors, si un jugement portant sur la santé ou la maladie d'un individu implique toujours une comparaison entre un moment présent et un moment futur du devenir de cet individu, il se pourrait très bien — puisque l'on doit attendre que ce moment futur soit advenu avant de comparer — que tout jugement de ce genre soit rétrospectif (il « *était* en bonne santé » à un moment donné), et même que la santé et la maladie soient tout entiers des concepts *rétrospectifs*. Autrement dit, ce serait peut-être le paradoxe de tout être dont le présent *empiète essentiellement sur l'avenir, comme la santé, qu'on ne puisse parler de lui que rétrospectivement, au passé*.

Un premier problème manifestant ce caractère rétrospectif des jugements portant sur la santé et la maladie est celui de la *monstruosité*. Sous sa forme la plus générale, ce problème s'énonce de la manière suivante : l'idée d'évolution, comme le note Hans Jonas, interdit définitivement de penser que l'individu vivant puisse réaliser complètement sa forme, celle qui correspond à l'espèce [Jonas 1966, 61, n. 6] ; or, c'est là l'idée de « perfection », seul pendant objectif envisageable de celle de « monstruosité », qui se trouve récusée. Dès lors, il est

impossible de savoir, *aujourd'hui*, si une forme nouvelle est un monstre, à savoir une production organique vitalement dépréciée (par la souffrance, l'inadaptation, l'incapacité à prendre des risques, bref l'étroitesse de la latitude de vie), le plus souvent incapable de transmettre ses caractères à une descendance, ou si elle annonce une variation évolutive réussie ; on ne peut le savoir que *demain* (dans l'avenir), c'est-à-dire *après coup*. Le succès, en effet, ne peut se mesurer que rétrospectivement. On lit ainsi chez Goldstein qu'« il nous est impossible de dire à partir d'où et quand l'anomalie devient nuisible ou, au contraire, acquiert la plus grande valeur pour l'individu et pour la communauté » [Goldstein 1934, 372]. Du moins ne peut-on le dire que rétrospectivement, moyennant un temps variable et selon des modalités d'évaluation elles-mêmes à déterminer d'une manière différenciée. De là, il résulte un retournement de l'argument de ceux qui définissent la santé par la forme *présente*, statistiquement la plus répandue, d'une population donnée : comme on ne peut pas savoir dès maintenant si une minorité statistique ne représente pas la forme de l'*avenir*, on doit prendre en compte la possibilité que la majorité statistique nous montre en réalité la forme du *passé*. C'est ce que remarquait déjà Durkheim. Soient les

[...] périodes de transition où l'espèce tout entière est en train d'évoluer, sans s'être encore définitivement fixée sous une forme nouvelle. Dans ce cas, le seul type normal qui soit dès à présent réalisé et donné dans les faits est celui du passé, et pourtant il n'est plus en rapport avec les nouvelles conditions d'existence. Un fait peut ainsi persister dans toute l'étendue d'une espèce, tout en ne répondant plus aux exigences de la situation. Il n'a donc plus, alors, que les apparences de la normalité ; car la généralité qu'il présente n'est plus qu'une étiquette menteuse, puisque, ne se maintenant que par la force aveugle de l'habitude, elle n'est plus l'indice que le phénomène observé est étroitement lié aux conditions générales de l'existence collective. [Durkheim 1895, 60-61]

Durkheim, dans les pages qui précèdent, tend à récuser le vocabulaire de l'adaptation pour définir la normalité ; mais on pourrait dire, en recourant à la division que nous avons tracée plus haut, que l'espèce décrite par lui est parfaitement adaptée, à défaut d'être adaptable pour un avenir — ce que peut être, au contraire, le « monstre ».

Le raisonnement a été dirigé, avec une grande efficacité, contre la position de Boorse, qui définit la santé par le bon fonctionnement des organes relativement à une espèce donnée. Mais ce critère, remarque H. Tristram Engelhardt, Jr., dans une réponse qui mobilise vigoureusement les idées de temps et d'évolution, nous permet uniquement de saisir la santé du *passé* (et d'un lieu donné), non celle du présent ou de l'avenir [Engelhardt 1984, 29-32]. Engelhardt se réfère à William K. Goosens, qui soutient l'idée que

La position fonctionnaliste [celle de Boorse] a aussi la conséquence discutable que la question de savoir si un état est une maladie ne dépend pas seulement de l'état du monde au moment où cet état existe [ce que souhaiterait Goosens], mais de l'histoire passée du monde [ce que refuse Goosens]. [Goosens 1980, 113, les insertions sont de nous]

Goosens rappelle en effet le caractère fortuit de l'apparition d'une nouvelle fonction dans une espèce. De sorte, dit-il, que faire de l'interruption d'une fonction une maladie, c'est ne rien dire sur la nature de la maladie, c'est simplement nommer « maladie » le contraire d'une santé qui n'a pour s'appeler ainsi que sa réitération au fil des générations, après une naissance elle-même due au hasard.

Une analyse de la notion de guérison en ce qui concerne une affection particulièrement répandue depuis le XX^e siècle, à savoir les tumeurs malignes, fournit un deuxième exemple de rétropection. Un profond bouleversement en effet induit dans la notion de guérison, avec l'idée de « taux de rémission » et son calcul temporel précis, ou avec celle de « taux de guérison prolongée » (*overall cure rate*) [Starobinski 2004, 552, col. 4], lesquelles sont appelées à remplacer, en ce qui concerne les tumeurs malignes, l'idée même de guérison : ainsi que le souligne Jean Starobinski :

La guérison devient une entité rétrospective. [Starobinski 2004, 552, col. 1]

Un patient ne peut plus être dit guéri, *aujourd'hui*, de sa tumeur, mais *on pourra dire*, dans un avenir qui est à mesurer pour chaque tumeur, qu'il *était* guéri au moment *t* — le patient, ainsi, aura été guéri. Le même raisonnement vaut, affirme Starobinski, pour les maladies soignées par la transplantation médullaire, qui induit de nouveaux troubles, ou pour le sida, dont on ne peut pas dire qu'on « guérisse » (et l'auteur de rapprocher ces exemples des déficits humoraux observés dans l'anémie et le diabète, déficits traités de manière seulement « prothétique ») [Starobinski 2004, 552, col. 2]⁴.

Ici, une voie — mais elle ne dépasse pas une certaine largeur — est ouverte à l'arbitraire, par la nécessité, d'ordre notamment économique, éprouvée par le législateur de fixer la limite temporelle à partir de laquelle la rémission est à considérer comme complète. Cette limite temporelle fait l'objet de conventions, de ce que certains auteurs ont appelé un « compromis *avec la durée* » [Sarano 1955, 10]. Autre arbitraire dû au caractère nécessairement rétrospectif des jugements attribuant la santé ou la maladie : celui, non suppressible mais devant être réduit au maximum, des seuils, fixés par le législateur, à

4. C'est pour cette raison que Dagognet notait, déjà, que le malade atteint de l'anémie de Biermer, l'addisonien ou le diabétique, grâce à des « renforts » en la substance dont ils sont privés, sont des malades biologiques, mais non sociaux (ils ont toute leur latitude de vie, ou presque) [Dagognet 1964, 325].

partir desquels il reconnaîtra l'occurrence, chez un individu donné, de maladies encore dépourvues de manifestations. Ainsi, la présence d'une maladie chez telle personne ne sera pas affirmée en raison de l'existence, chez elle, de souffrances, ou plus généralement de symptômes, *au présent*, mais en raison du risque que ne se déclenchent, *à l'avenir*, et dans un avenir qui même est simplement potentiel, ces souffrances et ces symptômes. C'est ce que souligne Anne Fagot-Largeault, cherchant à mesurer les limites, donc aussi la validité, des évaluations quantitatives de la santé en ce qui concerne l'hypertension :

D'ailleurs les personnes qui par ce critère [le critère quantitatif fixé par le législateur] ont une hypertension, c'est-à-dire une pression sanguine "pathologique", ne se sentent pas malades ; elles ont seulement un risque statistique, objectif, plus grand d'accidents cardiovasculaires. [Fagot-Largeault 2001, 23-24], cité d'après [Gayon 2004, 438, col. 1, l'insertion est de nous]

Il y a donc ici une action, pour ainsi dire en retour, de l'avenir sur le présent.

Mais le raisonnement selon lequel la guérison est une entité rétrospective, parce que, du moins dans certaines maladies, une rechute est toujours à craindre, ne doit pas être poussé jusqu'au point où l'on effacerait toute frontière entre santé et maladie, ce qui est un des sens du « nihilisme thérapeutique ⁵ ». Si on pousse ce raisonnement jusque-là, en effet, on aboutit à ce qu'on pourrait appeler le « paradoxe de Solon », selon lequel il faudrait attendre qu'un homme soit mort, pour pouvoir déclarer qu'il était guéri — qu'il *aura été* guéri — (de même que, selon le sage de la Grèce, il fallait attendre qu'un homme soit mort pour le déclarer heureux) [Hérodote 2003, 32-33]. La dénonciation de ce paradoxe se trouve déjà chez Durkheim : si la santé se définit comme la durée qu'aura finalement atteinte la vie d'un individu, alors elle sera

[...] l'état d'un organisme où ces chances [les "chances de survie"] sont à leur maximum et la maladie, au contraire, tout ce qui a pour effet de les diminuer. Il n'est pas douteux, en effet, que, en général, la maladie n'ait réellement pour conséquence un affaiblissement de l'organisme. Seulement elle n'est pas seule à produire ce résultat. [Durkheim 1895, 51, l'insertion est de nous]

Surtout, on raisonne alors comme si la guérison n'existait pas, comme si elle était un *pur* mirage rétrospectif, ou qu'elle relevât simplement d'une appréciation du sujet ; comme s'il n'y avait pas, au contraire, d'expérience de la guérison et de la santé, contrastant intrinsèquement, fortement et qualitativement, avec celle de la maladie. L'existence de cette expérience, du moins dans certains cas qui diffèrent, effectivement, de ceux des tumeurs malignes ou du sida, est l'argument le plus solide contre une compréhension exclusivement rétrospective de la guérison ; mais Caroline Whitbeck en produit un autre,

5. Cette expression se trouve sous la plume même de [Starobinski 2004].

qui porte, plus généralement, contre une compréhension exclusivement rétrospective de la santé. Si la santé admettait une compréhension exclusivement rétrospective, alors il faudrait l'identifier à la longueur de la vie — d'après le raisonnement selon lequel, en effet, « était en bonne santé celui qui aura vécu le plus longtemps ». Ce qui reviendrait à identifier santé et espérance de vie. Mais, observe Whitbeck d'une manière délibérément triviale :

Les gens qui ont un risque plus bas d'un certain type de blessure, peuvent très bien avoir une espérance de vie plus élevée, mais il est fallacieux de les dire en meilleure santé. [Whitbeck 1977, 619, nous traduisons]

C'est, dit l'auteur, qu'il y a d'autres causes de mort que les maladies — d'où la référence au cas de la blessure —, par exemple les accidents ou le fait de fumer ; ainsi, quelqu'un qui exerce une profession dangereuse ampute son espérance de vie, sans bien entendu qu'il soit en « moins bonne santé » pour cela. On ne peut donc pas identifier santé et espérance de vie, ce qui signifie qu'une compréhension actuelle et expérientielle, et non pas seulement rétrospective, demande à être fournie de la santé.

Or, l'exemple de la guérison nous fait passer à un autre caractère de la temporalité de la santé, qui est son *irréversibilité*. Aucune guérison, ou presque aucune — il faut mettre à part des cas relativement anodins comme la grippe ou l'indigestion [Sarano 1955, 10] —, « n'est retour à l'innocence biologique », écrivait Canguilhem [Canguilhem 1966, 156]. C'est qu'« il y a une irréversibilité de la normativité biologique » [Canguilhem 1966, 156]. Cette irréversibilité marque le vivant guéri de diverses empreintes telles que la cicatrice ou le cal [Starobinski 2004, 551, col. 2]. Dans un article consacré à la notion de guérison, Canguilhem en vient même à écrire que la définition de la guérison comme retour à l'état antérieur — ou, comme dit Goldstein dans des textes dont s'inspire Canguilhem, « *restitutio ad integrum* » [Goldstein 1934, 347] — est à peu près réfutée par la simple statistique probabilitaire :

On conçoit qu'ainsi entendue la possibilité d'une guérison puisse être contestée, sauf dans certains cas de bénignité patente, comme le coryza ou l'oxyurose, car fréquemment la restitution ou le rétablissement dans l'état organique antérieur peut se révéler illusoire si l'on en demande la confirmation à des tests fonctionnels. [Canguilhem 1978, 75]

L'idée de définir la guérison comme un retour à l'état antérieur provient vraisemblablement d'un attachement affectif et imaginatif, en nous, à la « conception ontologique » de la maladie, selon laquelle celle-ci, ou sa cause, est une intrusion hostile dans l'organisme, qui peut être circonscrite et réduite [Starobinski 2004, 551, col. 2]. Mais si, comme le veulent Goldstein et Canguilhem, c'est un nouvel état, un nouvel ordre qui est instauré à l'issue de la guérison, alors le médecin, ainsi que le remarque Starobinski, devra toujours être attentif à ce que ce nouvel état peut contenir de pathologique : il

devra par exemple observer les « marqueurs pathologiques de la persistance de la maladie » dans les tumeurs malignes [Starobinski 2004, 551, col. 2], ce qui constitue bien un affaiblissement partiel de la notion même de guérison.

L'irréversibilité propre à la temporalité de la santé, irréversibilité que les auteurs caractérisent par diverses images comme celles empruntées à la thermodynamique [Canguilhem 1966, 173], se révèle ensuite dans le fait que les maladies ont une *évolution*.

On peut parler, d'une part, de l'évolution d'une maladie chez un individu donné. « Évolution » s'entend ici, tout simplement, au sens courant d'un passage à travers différentes phases déterminées. C'est en ce sens que l'on demande, par exemple, comment « évolue » la maladie de tel ou tel patient. L'important historien de la médecine Owsei Temkin a une magnifique formule pour désigner cet aspect connu, mais crucial : la maladie demande à être vue — ce que Hippocrate aurait été le premier à faire — « comme un procès dans le temps, non comme une pure image statique (*not as a mere stationary picture*) » [Temkin 1973, 251 ; nous traduisons]. Contentons-nous de souligner, après Temkin, que la théorie infectieuse des maladies est naturellement favorable à une telle idée d'évolution intrinsèque de la maladie, qu'elle contribue même à clarifier considérablement : d'après cette théorie en effet, « une infection avait un commencement et elle finissait après l'annihilation du microbe intrus. Entre ces deux points temporels la personne en question était malade ; avant et après elle était en bonne santé » [Temkin 1973, 405 ; nous traduisons].

Mais il est également possible de penser, à partir de quelques exemples précis, que la maladie change dans sa *nature* même au fur et à mesure de son évolution chez un individu. « Évolution » ne signifie plus alors *déroulement* d'un programme plus ou moins déterminé et plus ou moins connu à l'avance, mais *transformation constitutive* du programme lui-même — si tant est qu'il y ait ici, ce que nous ne croyons pas, un « programme ». L'évolution a lieu cette fois, pour ainsi dire, à la puissance seconde. C'est ce qui se produit, notamment, dans les maladies infectieuses. Que l'on considère, en effet, le bouleversement qu'a opéré Pasteur par rapport à Claude Bernard en introduisant la conception d'une maladie exogène, par opposition à celle d'une maladie endogène. Beaucoup de savants de l'époque de Pasteur résistaient à l'idée d'une maladie purement exogène, et c'est dans ce contexte qu'on mettait en avant la notion de « terrain ». Mais ce qui a réconcilié les deux camps, et quelque peu réhabilité le « terrain », c'est l'idée de *réaction immunitaire*. Le microbe, en effet, se modifie lui-même du fait de la réaction de l'organisme [Imbault-Huart 1992, 103–105], et c'est le fait décisif, celui qui permet de concevoir une *transformation* de la maladie elle-même au cours de son développement chez un patient.

Faisons un pas de plus : il n'y a pas seulement une évolution — aux deux sens que nous venons de distinguer — de la maladie chez un individu déterminé : il y a aussi une *histoire des maladies* en général. L'expression « histoire

des maladies » doit être prise au sens fort, c'est-à-dire au sens où elle implique que les maladies se transforment, mais aussi qu'elles naissent et qu'elles meurent. Il est frappant de constater que cette idée d'une historicité des maladies elles-mêmes, et pas seulement de notre regard sur elles — idée qui sera développée, parmi les philosophes, notamment par Foucault [Foucault 1972] —, est déjà suggérée par Rousseau :

On est très porté à croire qu'on ferait aisément l'histoire des maladies humaines en suivant celle des sociétés civiles. [Rousseau 1755, 68]

Chaque époque de l'histoire présente en quelque sorte « sa » maladie, la maladie qui lui est propre. Ainsi, du Moyen Âge à la Renaissance, la succession est en gros la suivante : lèpre, peste, syphilis [Vigarello 1993, 56]. C'est la petite vérole qui, au XVIII^e siècle, joue le rôle auparavant dévolu à ces trois affections [Vigarello 1993, 142–144]. Vers 1780, la phtisie semble devenir le mal redouté [Vigarello 1993, 180 *sq.*]. Au début du XIX^e siècle, le choléra, « épidémie par excellence du XIX^e siècle » [Moulin 1991, 44], fait des ravages (ainsi à Paris en 1832), mais la phtisie, trouvant son répondant dans une certaine attention constante portée aux poumons et à la respiration, demeure omniprésente [Vigarello 1993, 198]. À la fin du XIX^e siècle, les principaux ravages sont dus à l'alcoolisme et à la tuberculose, mais surtout à la syphilis [Vigarello 1993, 223–224]. Cent ans plus tard, l'épidémie majeure est le sida [Vigarello 1993, 287 *sq.*], mais il faut aussi considérer des affections telles que les « maladies cardiaques, cancers, dont l'importance prend le pas sur les maux infectieux du XIX^e siècle » [Vigarello 1993, 298] — ceux-ci ayant commencé à reculer vers 1950 [Vigarello 1993, 300]⁶.

Mais il est un exemple particulièrement saisissant du caractère transitoire d'une maladie, au point qu'ici, naissance et mort de la maladie peuvent même être datées avec précision : il s'agit de la suette anglaise. Cette affection mortelle foudroyante, qui se caractérisait entre autres par une sueur intense, des maux de tête, une grande fatigue, des vertiges et un délire, est en effet apparue brusquement en 1485 en Angleterre, avant de se répandre en Europe, pour disparaître, d'une manière apparemment définitive, non moins brusquement, après une dernière flambée en Angleterre, en 1551 [Temkin 1963, 256]. Temkin, qui propose cet exemple, remarque par la même occasion que ce sont

6. Grmek et Sournia présentent une chronologie un peu différente :

Si, par exemple, la maladie dominante de la pathocénose grecque à l'époque classique était certainement le paludisme et celle de l'Égypte pharaonique la bilharziose, les populations européennes du XIX^e siècle souffraient en premier lieu de la tuberculose, affection qui, au XX^e siècle, laissera à son tour la place au cancer et aux maladies cardio-vasculaires. [Grmek & Sournia 1998, 273].

Ou encore, il y eut un « accroissement impressionnant des affections cancéreuses » depuis « au moins la seconde moitié du XIX^e siècle » [Grmek & Sournia 1998, 290].

toujours les « ontologistes » — ceux qui pensent que la maladie est quelque part dans l'organisme —, davantage que les « physiologistes » — ceux pour qui la maladie résulte d'une modification des relations entre les diverses fonctions de l'organisme —, qui ont tendance à affirmer que les maladies sont « persistantes [...] à travers les âges » [Temkin 1963, 256, nous traduisons] (contrairement à ce qui se produit, nous l'avons vu, dans le cas de l'évolution d'une maladie chez un individu donné) : et il prend le double exemple de la diphtérie selon Bretonneau et de l'hystérie selon l'école de Charcot [Temkin 1963, 256]⁷.

Une question se pose toutefois au sujet de la nature de cette histoire des maladies, histoire censée attester la temporalité profonde de celles-ci : si cette histoire est une *évolution*, est-ce au sens strictement biologique, c'est-à-dire au sens où l'on parle d'une évolution des espèces, avec toutes les nuances de positionnements théoriques qu'elle comporte ? C'est dans ce sens que va, après Alvan Feinstein [Feinstein 1967], Uffe Juul Jensen. Les deux auteurs reprennent à la biologie post-darwinienne, et appliquent à la maladie, la distinction entre les espèces comme « unités de classification » et comme « unités d'évolution » :

Nous devons distinguer entre les maladies comme *genres* (kinds) (de cas changeants et variables) (unités d'évolution) et les maladies comme entités morbides, c'est-à-dire comme spécifications d'états (tranches de temps) (*time-slices*) d'une maladie (les maladies comme unités de classification). [Jensen 1984, 71, nous traduisons]

7. Les concepts épidémiologiques majeurs pour penser cette temporalité historique de la maladie sont, selon Mirko Grmek et Jean-Charles Sournia, au nombre de deux : la « maladie dominante » (qui repose elle-même sur trois facteurs : « fréquence, effets invalidants, létalité » [Grmek & Sournia 1998, 271]), et la « pathocénose », c'est-à-dire un « ensemble structuré dans lequel la répartition des fréquences de diverses maladies présente certaines caractéristiques mathématiques » [Grmek & Sournia 1998, 271]. On recherchera dès lors les causes qui peuvent expliquer l'apparition ou la disparition des maladies :

Comme l'a bien montré Charles Nicolle pour les maladies infectieuses, elles ont un destin historique : il y en a qui « naissent » par la modification des rapports entre l'homme et les germes, par l'exposition de l'organisme humain à des facteurs physiques et chimiques nouveaux ou par des événements d'ordre génétique ; d'autres « meurent » pour des raisons inconnues ou par l'élimination des causes matérielles et sociales. [Grmek & Sournia 1998, 272]

Mais

Plus que les situations extrêmes d'apparition et de disparition, ce qui importe, ce sont les variations de fréquence et de gravité des maladies. De nombreuses maladies changent non seulement quant à leur fréquence mais aussi quant à leurs manifestations cliniques. [Grmek & Sournia 1998, 272]

Une utilisation particulièrement éclairante de ces concepts est donnée par Grmek dans son *Histoire du sida* [Grmek 1995].

Cette distinction a le mérite de combattre une représentation fixiste, essentialiste et, pour tout dire, linnéenne de la diversité des maladies — et c'est à vrai dire ce à quoi elle est destinée — ; mais Jensen apporte aussitôt deux restrictions : d'une part, certaines caractéristiques de l'être de la maladie empêchent d'élaborer une théorie de l'évolution en médecine au même sens exactement où il existe une théorie de l'évolution en biologie. En particulier, dit l'auteur, la maladie ne contient pas seulement des facteurs biologiques, mais aussi des facteurs sociaux et psychologiques [Jensen 1984, 72]. Et c'est pourquoi, en second lieu, la maladie ne saurait être une « espèce », fût-ce au sens où la biologie parle d'espèces comme d'unités d'évolution [Jensen 1984, 72]. D'où il résulte que Jensen semble apercevoir, en le syndrome (compris classiquement comme ensemble de symptômes) et non en la maladie elle-même, la réalité qui correspond le mieux à la notion d'unité d'évolution [Jensen 1984, 65, 72]. Il s'ajoute à cela un autre type d'arguments. On ne peut pas dire qu'une maladie soit une « adaptation », parce que ce qui frappe — le critère à quoi on la reconnaît et sans lequel son concept se dissout —, c'est précisément son caractère d'inadaptation : même si elle constitue une *autre* adaptation au milieu que l'adaptation du vivant en pleine santé, elle demeure en même temps une adaptation *inférieure*, au sens où elle est axiologiquement dépréciée par l'individu dans l'épreuve qu'il en fait. C'est pourtant d'une compréhension de la maladie comme « adaptation » — et comme adaptation de plus en plus parfaite — que l'on aurait besoin pour concevoir l'histoire des maladies comme une évolution au sens biologique, que l'on soit d'ailleurs néo-darwinien ou néo-lamarckiste. Et c'est pourquoi, ainsi que le note Jean Gayon [Gayon 2004, 433, col. 1], il convient de demeurer réservé à l'égard de toute interprétation unilatéralement évolutionniste d'une histoire des maladies qui est pourtant effective.

Il importe cependant d'entrer plus avant dans le fonctionnement des phénomènes irréversibles au niveau de l'individu vivant lui-même, afin de montrer que cette irréversibilité n'existe pas seulement *en fait*, comme réversibilité non encore connue, mais aussi *en droit*, comme irréversibilité véritable.

La pharmacologie livre des exemples saisissants d'irréversibilité non seulement en fait, mais en droit : c'est que la succession selon laquelle les médicaments sont administrés influe sur leur effet. Ainsi que l'écrit Dagognet, qui n'hésite pas, ici, à recourir au terme « irréversibilité », « ce que l'irréversibilité mettra en relief, si le $(a + a')$ diffère du $(a' + a)$, c'est que l'ordre des matières, en pharmacologie, commande le pouvoir même des substances » [Dagognet 1964, 293]. Deux exemples sont proposés : premièrement, quand on donne à un animal du chloroforme puis de la morphine, l'introduction de la morphine réveille les effets du chloroforme, qui consistent dans une certaine insensibilité ; quand on suit l'ordre inverse, les phénomènes inverses ne se produisent pas (cette expérience, due à Claude Bernard, a permis de faire de grands progrès dans le domaine de l'anesthésie) [Dagognet 1964, 294–296]. Deuxièmement, quand on donne à un animal un vaso-constricteur puis de l'adrénaline, qui est

elle-même un vaso-constricteur, on obtient une vaso-dilatation (ce qui est déjà étonnant en soi) ; quand on suit l'ordre inverse, on obtient une vaso-constriction [Dagognet 1964, 297–300]. Il apparaît, dans ces deux exemples, que l'inversion de l'ordre des phénomènes n'est seulement pas pensable, parce que c'est la *nature* même de ces phénomènes qui changerait. Une vaso-constriction deviendrait une vaso-dilatation : autant dire que la *succession* des phénomènes fait ici partie de leur *essence*, ce qui est une manière d'affirmer leur foncière temporalité. *L'irréversibilité est peut-être, en médecine, le plus rigoureux nom de la temporalité.*

Mais la temporalité de la santé, comme irréversibilité, n'est jamais aussi efficiente que dans les phénomènes immunitaires, qu'il faut donc examiner à présent. Trois exemples sont particulièrement saillants, parce que, dans la mesure où ils font intervenir une immunité qui est acquise, ils inscrivent l'être vivant dans une temporalité irréversible, orientée dans une direction déterminée, marquée par une rencontre qui est *événement*, et par le fait que l'organisme, après cette rencontre, notamment lors de la *seconde* rencontre, ne se comporte, à l'égard de ce qu'il rencontre, plus jamais comme avant : ces trois exemples sont la vaccination, l'hypersensibilité et la greffe.

Le principe de la vaccination, cette première modification organique « définitive » [Vigarello 1993, 147]⁸ tentée au cours de l'histoire, est assez connu : il consiste à introduire volontairement dans l'organisme, avant tout contact fortuit de celui-ci avec le germe pathogène, une certaine quantité de ce dernier, dans des conditions de temps, de température, etc., qui sont modulables et doivent être rigoureusement appréciées, cela afin de provoquer, dans l'organisme, la production d'anticorps. On appelle « antigène » — mais on devrait dire « anticorps-gène » — tout ce qui, à l'instar du « germe pathogène », est capable de susciter une telle réaction dite « immunitaire ». Nous avons donc ici l'*événement*, la première rencontre avec l'antigène, puis la modification *irréversible* de l'organisme, puisqu'il ne réagira plus jamais de la même façon à l'antigène, et cela notamment lors de la *seconde* rencontre, où l'antigène se voit opposer des anticorps appropriés. Si l'on ajoute que l'immunité artificielle provoquée par la vaccination « s'épuise au bout d'un certain temps » [Sarano 1955, 49], alors l'inscription profondément temporelle de la pratique de la vaccination se fera sentir plus clairement encore. Le processus de la réaction de l'organisme à la seconde rencontre avec l'antigène s'est souvent trouvé au centre de l'attention des immunologistes, car il atteste, par son déroulement, l'existence d'un lien indissoluble entre les deux rencontres. Pour exprimer la

8. À la vérité, cet adjectif « définitif » est appliqué par Vigarello à l'inoculation, diffusée en Europe à la fin du XVIII^e siècle : rappelons que l'inoculation, première quant à sa découverte, consiste à introduire le même germe pour immuniser contre le même germe — la variole contre la variole —, tandis que la vaccination consiste à introduire un autre germe pour immuniser contre un autre germe — le pus de la vaccine (maladie du pis des vaches) contre la variole.

nature de ce lien, on eut souvent recours à la métaphore, il est vrai presque suggérée par l'expérience elle-même, de la *mémoire* : ainsi, le concept absolument décisif de « mémoire immunitaire » renvoie à la capacité à « déclencher une réponse immunitaire plus rapide et plus efficace en cas de deuxième rencontre avec un antigène » [Pradeu 2010, 31]⁹. Ce fut par exemple une des limites de la tentative de Metchnikoff, attaché comme il l'était à l'immunité naturelle qu'il avait contribué à découvrir — l'action des « macrophages », ou de ce qu'il appelait les « phagocytes » —, que d'échouer à expliquer cet « effet de mémoire » [Moulin 1991, 65]¹⁰ de l'immunité vaccinale, c'est-à-dire un phénomène spécifiquement *temporel*. La capacité en question admet une formulation mathématique extrêmement précise : étant entendu que « La réaction antigène-anticorps se modifie au cours des immunisations successives » [Moulin 1991, 87] — ce qui est la condition même de la pratique de la vaccination —, il y a une « courbe caractéristique de l'immunisation au cours du temps avec ses deux crêtes séparées par un intervalle » [Moulin 1991, 87–88] ; on a alors parlé d'« effet *booster* » [Moulin 1991, 88], pour décrire le

[...] renforcement de l'immunité à une deuxième immunisation ou réponse *boostée* [...]. Ce délai correspond sur le terrain médical au temps nécessaire pour obtenir le renforcement stratégique de l'immunité vaccinale. [Moulin 1991, 88]

Deux phénomènes retiennent particulièrement l'attention des mathématiciens qui s'intéressent à l'immunité dans les années 1960 :

- l'amplification de la réponse primaire en réponse secondaire à la représentation ou évocation de l'antigène, ce décalage définissant la mémoire immunitaire qui n'est pas simple répétition ;
- la limitation de la réponse immunitaire dans un intervalle compris entre deux seuils de concentration de l'antigène, variables selon le temps. Cet écart définit aussi la mémoire [Moulin 1991, 319].

Le premier phénomène met en jeu un aspect de la temporalité de la vaccination qui a fait l'objet de discussions approfondies entre savants de premier plan, à savoir le caractère strictement novateur de la seconde réaction à l'antigène par rapport à la première : il existe une « loi de Weigert », qui porte une « hyperproduction des récepteurs lors des réimmunisations » [Moulin 1991, 95] ; or, selon Landsteiner, contre Ehrlich :

Nous n'avons pas affaire à une hyperproduction qui est en fait une « reproduction », une copie de la nature sur une plus grande

9. Anne Marie Moulin insiste particulièrement sur les phénomènes de « perception » et de « mémoire » présents dans le système immunitaire, dans le cadre d'une étude de l'analogie, souvent faite par les immunologistes, entre système immunitaire et système nerveux [Moulin 1991, 369–376]. Voir aussi [Moulin 1983, 49–67]. Exploitant la même métaphore, James Gowans a forgé, dans les années 1960, la notion de « lymphocytes-mémoire » [Moulin 1991, 311–312].

10. La « sensibilité » prêtée par lui aux macrophages, sensibilité qui obéissait à la loi de Weber (la réponse se renforce lors d'une excitation), était insuffisante.

échelle, mais à la production de quelque chose de nouveau, à une modulation chimique en fonction des circonstances. [Moulin 1991, 95]¹¹

Le second phénomène, outre qu'il met en évidence le rôle très important des *seuils* en immunologie — mais la question n'entre pas dans notre propos ici —, montre que l'irréversibilité des processus temporels propres à la vaccination tient certes à l'*orientation* de ces processus dans une direction et une seule (comme le rendrait très bien l'image de la flèche), mais aussi au caractère de *changement* ou de « variation » intrinsèques qu'ils admettent¹².

L'hypersensibilité peut être caractérisée comme le contraire de la vaccination, dans la mesure où la première rencontre avec l'antigène ne détermine pas, à son égard, une moindre sensibilité — au sens de vulnérabilité —, mais une sensibilité plus grande. Ici encore, une irréversibilité du devenir individuel du vivant — un « plus jamais comme avant » — se manifeste.

Soit l'exemple du « choc anaphylactique », découvert et partiellement théorisé par Richet (1902), exemple qui permet d'appréhender parfaitement la notion d'hypersensibilité immédiate¹³. Un chien à qui l'on injecte une dose de poison sécrété par certaines méduses (les actinies) survivra à la première injection, mais succombera à la seconde, *si quinze jours au moins s'écoulent entre les deux injections*. Ce phénomène est dû au fait que lors du premier contact avec le poison, un certain type d'anticorps, de la classe des IgE, est produit. Ces anticorps, à leur tour, vont se fixer sur un certain type de cellules, qui possèdent le récepteur de leur fragment Fc. Or, ces cellules, qui circulent dans le sang, contiennent, entre autres, de la sérotonine et de l'histamine. À présent, lors du second contact avec le poison, les antigènes qu'il contient vont rejoindre les anticorps, eux-mêmes attachés aux cellules dont il vient d'être question. Cette « agglutination » produit sur la cellule l'effet de la désorganiser, et de

11. Ces discussions eurent lieu en 1909, au Congrès de Budapest.

12. Un exemple assez proche de celui de la vaccination nous fait percevoir lui aussi l'inscription des phénomènes immunitaires dans le devenir individuel, à une seule direction, du sujet. Il s'agit d'une observation faite par Francis en 1953, qui a donné lieu à la notion de « péché originel » en immunologie :

Lorsque des personnes ayant des antécédents de grippe sont vaccinées avec d'autres souches que la souche initiale, elles reproduisent préférentiellement des anticorps dirigés contre le virus cause de leur première infection. [...] La réponse immunitaire ne dépend donc pas seulement de la nature de l'antigène mais de l'histoire du sujet. [Moulin 1991, 376]

Ici, ce n'est pas le vaccin lui-même, mais le premier contact antérieur avec le germe, qui détermine la *nature* des anticorps produits, bien que le vaccin continue de commander le *fait* de la production d'anticorps.

13. Précisons en effet qu'il convient de distinguer entre l'« hypersensibilité immédiate », présente dans le choc anaphylactique de Richet, et l'« hypersensibilité retardée », à l'œuvre notamment dans la réaction au test de dépistage de la tuberculose, réaction qui met quarante-huit heures à se positiver [Moulin 1991, 313].

libérer la sérotonine et l'histamine qu'elle contient. Le chien périt donc d'un véritable empoisonnement du sang, et le mécanisme décrit à l'instant est à l'œuvre, selon des figures diverses, dans tous les phénomènes « allergiques » que nous connaissons, tels que la crise d'asthme, le rhume des foin ou l'allergie, sous forme d'urticaire, à divers produits alimentaires [Genetet 2000, 117]. On remarquera que le temps est présent non seulement dans l'irréversibilité du phénomène — une rencontre après laquelle le comportement de l'individu vivant à l'égard de l'antigène n'est plus jamais le même qu'avant —, mais aussi dans le délai impératif à partir duquel la réaction funeste pourra être observée — délai qui correspond, comme son symétrique inverse, à celui qu'exigent les anticorps pour être produits en nombre suffisant. On remarque également le lien très solide entre la première et la seconde rencontre avec l'antigène, la seconde dépendant directement de la première dans son aspect, ce qui lui confère l'originalité par laquelle elle tranche véritablement sur celle-ci. Cette spécificité de la seconde rencontre apparaît plus clairement encore dans le cas d'un phénomène proche, découvert par celui qui a forgé à cette occasion le terme même d'allergie, à savoir Clemens von Pirquet (1906). Ce savant a remarqué que des personnes ayant déjà subi une injection au sérum de cheval ou au pus de la vaccine présentaient une réaction plus nuisible, et non pas moins nuisible, à la seconde injection : ainsi que le commente Dagognet pour marquer l'irréductibilité de la seconde rencontre à la première :

von Pirquet aperçoit, en effet, dans la revaccination par grattage, que la deuxième inoculation diffère notablement de la première : la même cause, à deux moments différents, donne deux effets franchement dissemblables. Le second l'emporte en gravité et en rapidité évolutive (allergie). [Dagognet 1964, 210, n. 1]

Tel est justement le contenu de la notion de « survaccination » [Dagognet 1964, 211], que de marquer la différence profonde entre les deux effets en question. Dagognet tire dans une formule très stimulante l'ultime conséquence de ces exemples : avec les phénomènes d'allergie, on a affaire à une

[...] pathologie de l'individuel et surtout du temporel, puisque jouent et le soudain (choc) et le répétitif (à la deuxième fois, violences déchainantes, l'inverse d'une immunité) autant que l'inoffensif. [Dagognet 1964, 190]¹⁴

14. On considère aujourd'hui, toutefois, qu'une certaine auto-immunité et une certaine autoréactivité, c'est-à-dire une agressivité de l'organisme contre ses propres cellules et une agressivité de celles-ci contre celui-là, sont « normales », et c'est pour quoi :

Il faut préciser cependant que, de nos jours, l'allergie et le choc anaphylactique sont certes considérés comme des processus immunitaires, mais pas comme des processus immunitaires classiques ou exemplaires : ils sont plutôt des dysfonctionnements de l'immunité, impliquant qui plus est des entités qui d'ordinaire n'interviennent pas, ou interviennent peu, dans la

L'exemple de la greffe exogène place dans une lumière particulièrement vive le problème de la seconde rencontre, lors de la réaction immunitaire, entre l'organisme et l'antigène. On observe en effet, par exemple dans les greffes de peau, une « accélération de la destruction du greffon au deuxième essai » [Moulin 1991, 192], concomitante d'une « sensibilisation “aux protéines étrangères”, *plus marquée lors de la deuxième tentative* » [Moulin 1991, 191]¹⁵. Voilà ce que Peter B. Medawar appelle le phénomène du « deuxième set » (1943), lequel consiste ainsi en ce que les « greffes se détériorent inexorablement, plus rapidement lors du deuxième essai, si elles proviennent du même individu » [Moulin 1991, 199]. Or, d'après Anne Marie Moulin :

Ce phénomène est crucial, [...] parce qu'il éloigne la greffe du modèle transfusionnel, où les anticorps impliqués sont “naturels”, c'est-à-dire antérieurs à toute immunisation connue. [Moulin 1991, 191]

C'est bien l'immunité acquise qui entre en jeu ici, et cette immunité acquise, en tant que telle, fiche des *événements* dans la vie de l'individu — les deux contacts successifs avec le greffon —, événements qui, tels deux pôles, se font face l'un à l'autre, à ceci près, justement, que le premier commande le second.

Ce qui résulte de toutes ces analyses, c'est que la vie de l'individu, du point de vue immunologique, est une *histoire* à proprement parler : car elle contient irréversibilité et unicité irréductibles, ainsi que des continuités et surtout des ruptures (sous la forme du changement et d'événements). Très tôt, les théoriciens se sont aperçus du profit qu'ils pouvaient tirer de leurs découvertes immunologiques en vue d'une refonte de la notion d'identité : ainsi, chez Richet, l'immunisation et l'anaphylaxie permettent de penser que « l'individualité de chaque organisme, c'est-à-dire le fait qu'il soit unique, à nul autre pareil, se construit en fonction des antigènes qu'il rencontre au cours de son existence » [Pradeu 2010, 59]. Des concepts ont été produits pour concevoir cette histoire. C'est le cas, tout d'abord, du concept de « maturation immunitaire » [Pradeu 2010, 69] — qui donne lieu, du coup, à celui de « maturité immunitaire » [Pradeu 2010, 70] — : il désigne la période (en gros, celle de la vie embryonnaire et de la vie néo-natale : il existe des discussions, d'ailleurs éclairantes, sur la délimitation de cette période [Pradeu 2010, 153–156]) pendant laquelle la liste de ce que l'organisme rejettera et de ce qu'il tolérera est modifiable — autrement dit, pendant laquelle l'organisme acquiert ce qu'on appelle son « immunocompétence » [Pradeu 2010, 110]. Il y a un point limite dans le temps jusqu'auquel on peut, dans une certaine mesure, configurer à son gré le système immunitaire. Mais « une fois la maturation immunitaire effectuée, la définition du soi est close, elle ne peut normalement plus être

réponse immunitaire — immunoglobuline E et mastocytes en particulier. [Pradeu 2010, 59, n. 18].

15. L'invocation des « protéines étrangères » est le fait d'Emil Holman (1924).

modifiée » [Pradeu 2010, 69]. Remarquons d'ailleurs que la temporalité diachronique et horizontale de l'irréversibilité et de l'historicité est ici complétée par la temporalité synchronique et verticale du moment opportun (*kairos*), puisque l'addition de telle défense organique particulière au catalogue des défenses organiques disponibles dépend, dans son succès, du *moment* où cette addition est tentée : « depuis Medawar, on sait que des constituants étrangers introduits *très tôt* dans un organisme peuvent ensuite être tolérés par lui » [Pradeu 2010, 49, nous soulignons]¹⁶. Il faut pourtant aller plus loin.

C'est ce que montre Thomas Pradeu, qui rapporte des expériences sur le « chimérisme mixte » (« irradiation de l'organisme et transplantation d'un mélange de sa propre moelle osseuse et de la moelle osseuse du donneur » [Pradeu 2010, 114]) : par le chimérisme mixte, on peut amener les lymphocytes T du receveur à être sélectionnés et sur la base de ses propres antigènes, et sur la base de ceux du donneur, ce qui rend le receveur tolérant à la greffe de tissus du donneur. Il y a là un phénomène de grande importance. En effet,

Ces expériences sur le chimérisme induit cliniquement montrent que, contrairement à ce que pensait Burnet et pratiquement tous les immunologistes jusqu'à très récemment, à savoir que la maturation immunitaire était un événement unique, qui se faisait une bonne fois pour toutes durant la vie fœtale ou immédiatement post-natale, on peut modifier le système immunitaire adulte. [Pradeu 2010, 114]

Le devenir marque donc plus profondément encore l'immunité individuelle qu'on ne le pensait lorsqu'on s'en tenait aux concepts de « maturation immunitaire » et d'« immunocompétence ». Et Pradeu ajoute que

Cette possibilité de redéfinir l'identité immunitaire de l'individu même à l'âge adulte va dans le sens de l'idée, de plus en plus exprimée¹⁷, que le développement dure tout au long de la vie, même si, bien entendu, la plasticité immunitaire de l'adulte n'est pas aussi importante que celle du fœtus (ou, selon les espèces, du nouveau-né). [Pradeu 2010, 114–115]¹⁸

16. Dans un registre un peu différent, le succès d'un vaccin dépend du *nombre de fois*, variable selon les types de vaccins, qu'il est introduit dans l'organisme : ainsi,

[...] la toxine n'exige pas la même quantité d'antitoxine selon qu'elle est ajoutée en une ou plusieurs fois (phénomène de Danysz, décrit par un chercheur polonais travaillant avec Metchnikoff). [Moulin 1991, 85].

17. S. Oyama, *The Ontogeny of Information* (1985, 2000) (note de Pradeu). On peut rapprocher cette note de la note 20, p. 254 : « S.F. Gilbert, *Developmental Biology*, 2006, p. 575 : « Le développement n'est jamais terminé. »

18. Les phénomènes du chimérisme mixte peuvent encore être rapprochés de ceux, dignes d'être interrogés, de la tolérance immunologique du fœtus par la mère : « Ces mécanismes [...] démontrent que l'organisme peut très bien, dans certaines circons-

C'est donc, si ces hypothèses s'avèrent exactes, toute la vie individuelle, et non pas seulement une période initiale, qui, selon l'immunologie, est une histoire au sens rigoureux.

Ainsi, des phénomènes tels que ceux de la guérison, de l'histoire des maladies et de l'immunité semblent attester, sur un mode à chaque fois particulier, une irréversibilité qui serait propre à la temporalité de la santé.

L'idée de temporalité de la santé renvoie donc à quatre phénomènes très précis : la santé possède une *épaisseur de durée*, elle entre dans des jugements qui envisagent nécessairement l'individu dans sa relation avec son *avenir* (comme l'indique en particulier la distinction entre adaptation et adaptabilité) et qui, par conséquent, sont en partie frappés, inévitablement, de *rétrospection* (ainsi que le montrent des exemples tels que la monstruosité ou la guérison), et elle appartient à des processus qui se signalent souvent par leur *irréversibilité* (comme l'attestent l'histoire des maladies ou certaines réactions immunitaires).

Or, à travers tous ces phénomènes, il apparaît que le temps n'est pas, pour la santé et la maladie, une détermination extérieure, mais bien une détermination intérieure : les phénomènes de santé et de maladie sont bien *affectés*, en profondeur, par le fait que le temps s'écoule, ils ne lui sont pas indifférents comme ils pourraient l'être si le temps ne faisait que passer sur eux. Le temps, loin d'être une pellicule, constitue bien leur étoffe, la santé doit bien un certain nombre de ses caractères propres au temps.

Bibliographie

BERGSON, HENRI

1911 *L'Énergie spirituelle*, Quadrige, Paris : Presses Universitaires de France, chap. La conscience et la vie, 1–28.

BOORSE, CHRISTOPHER

1975 On the distinction between disease and illness, *Philosophy and Public Affairs*, 5(1), 40–68.

1976a Wright on functions, *The Philosophical Review*, LXXXV, 76–86.

tances, modifier radicalement, bien que de façon provisoire, le répertoire des ligands contre lesquels il ne déclenchera pas de réponse immunitaire de rejet » [Pradeu 2010, 129] (le terme « ligand », très général, renvoie en biologie à toute molécule se fixant sur un récepteur, notamment lors des réactions immunologiques). Et même, car ici encore il faut aller plus loin, il y a un « chimérisme fœto-maternel » (le terme « chimérisme » signifie qu'un organisme porte en lui des cellules dont le génome n'est pas le sien), désignant « le fait que la mère conserve pendant une longue période — peut-être même pendant toute sa vie — des cellules de l'enfant qu'elle a porté, constituant donc une forme très particulière de tolérance immunitaire, s'inscrivant dans la longue durée » [Pradeu 2010, 129].

1976b What a theory of mental health should be, *Journal of the Theory of social Behaviour*, VI, 61–84.

1977 Health as a theoretical concept, *Philosophy of Science*, 44, 542–573.

CANGUILHEM, GEORGES

1966 *Le Normal et le Pathologique*, Quadrige, Paris : Presses Universitaires de France, 1996.

1978 *Écrits sur la médecine*, Champs freudien, Paris : Seuil, chap. Une pédagogie de la guérison est-elle possible ?, 69–99, 2002.

DAGOGNET, FRANÇOIS

1964 *La Raison et les Remèdes*, Dito, Paris : Presses Universitaires de France.

DURKHEIM, ÉMILE

1895 *Les Règles de la méthode sociologique*, Quadrige, Paris : Presses Universitaires de France, chap. Règles relatives à la distinction du normal et du pathologique, 47–75, 2007.

ENGELHARDT, H. TRISTRAM JR.

1984 Clinical problems and the concept of disease, dans *Health, Disease and Causal Explanations in Medicine*, édité par NORDENFELT, L. & LINDAHL, B. I. B., Dordrecht : D. Reidel Publishing Company, 27–41.

FAGOT-LARGEAULT, ANNE

2001 Leçon inaugurale faite le jeudi 1^{er} mars 2001, Paris : Collège de France.

FEINSTEIN, ALVAN R.

1967 *Clinical Judgment*, Baltimore : Williams and Wilkins, 1976.

FOUCAULT, MICHEL

1972 *Histoire de la folie à l'âge classique*, Bibliothèque des histoires, Paris : Gallimard.

FULFORD, K. W. M.

1989 *Moral Theory and Medical Practice*, Cambridge : Cambridge University Press.

GAYON, JEAN

2004 Épistémologie de la médecine, dans *Dictionnaire de la médecine*, édité par LECOURT, D., Quadrige, Paris : Presses Universitaires de France, 430–439.

GENETET, BERNARD

2000 *Histoire de l'immunologie*, Que Sais-Je?, Paris : Presses Universitaires de France.

GIROUX, ÉLODIE

2010 *Après Canguilhem. Définir la santé et la maladie*, Philosophies, Paris : Presses Universitaires de France.

GOLDSTEIN, KURT

1934 *Der Aufbau des Organismus*, Haag : Martinus Nijhoff, traduction française par E. Burckhardt et Jean Kuntz, 1983, *La Structure de l'organisme*, Tel, Paris : Gallimard, 1983.

GOOSENS, WILLIAM K.

1980 Values, health and medicine, *Philosophy of Science*, XLVII, 100–115.

GRMEK, MIRKO D.

1995 *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris : Payot.

GRMEK, MIRKO D. & SOURNIA, JEAN-CHARLES

1998 Les maladies dominantes, dans *Histoire de la pensée médicale en Occident – III : Du romantisme à la science moderne*, édité par GRMEK, M. D., Paris : Seuil, 271–293, 1999.

HÉRODOTE

2003 *Histoires, I*, Collection des universités de France, Paris : Les Belles Lettres.

IMBAULT-HUART, MARIE-JOSÉ

1992 L'approche scientifique de la maladie et de la santé : constitution du champ moderne de la pathologie, dans *L'Homme et la Santé*, édité par AMEISEN, J.-C., Paris : Seuil, 103–105.

JENSEN, UFFE JULL

1984 A critique of essentialism in medicine, dans *Health, Disease and Causal Explanations in Medicine*, édité par NORDENFELT, L. & LINDAHL, B. I. B., Dordrecht : D. Reidel Publishing Company, 63–73.

JONAS, HANS

1966 *The Phenomenon of Life: Toward a Biological Philosophy*, New York : Harper and Row, traduction française par Danielle Lories, *Le Phénomène de la vie. Vers une biologie philosophique*, Sciences, éthiques, sociétés, Paris/Bruxelles : De Boeck Université, 2001.

KOVÁCS, JOZSEF

- 1989 Concepts of health and disease, *Journal of Medicine and Philosophy*, XIV(3), 261–267.

LE BLANC, GUILLAUME

- 2004 *Les Maladies de l'homme normal*, Matière étrangère, Paris : Vrin, 2007.

MERLE, PIERRE

- 1953 *Où commence la maladie ? Où finit la santé ?*, Convergences, Paris : Spes, chap. À la recherche des limites entre normal et pathologique en médecine somatique, 89–123.

MORDACCI, ROBERTO

- 1995 Health as an analogical concept, *Journal of Medicine and Philosophy*, XX(5), 475–497.

MOULIN, ANNE MARIE

- 1983 L'auto-immunité, un enjeu philosophique, *Cahiers d'histoire et de philosophie des sciences*, XXXVI, 49–67.
- 1991 *Le dernier langage de la médecine. Histoire de l'immunologie de Pasteur au SIDA*, Pratiques théoriques, Paris : Presses Universitaires de France.

NORDENFELT, LENNART

- 1987 *On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach*, Philosophy and Medicine, Dordrecht : Kluwer, 1995.

PÖRN, INGMAR

- 1984 An equilibrium model of health, dans *Health, Disease and Causal Explanations in Medicine*, édité par NORDENFELT, L. & LINDAHL, B. I. B., Dordrecht : D. Reidel Publishing Company, 3–9.

PRADEU, THOMAS

- 2010 *Les Limites du soi. Immunologie et identité biologique*, Analytiques, Paris/Montréal : Vrin/ Presses de l'Université de Montréal.

ROUSSEAU, JEAN-JACQUES

- 1755 *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, Folio, Paris : Gallimard, 1969.

SARANO, JACQUES

- 1955 *La Guérison*, Que Sais-Je ?, Paris : Presses Universitaires de France, 1966.

STAROBINSKI, JEAN

- 2004 Guérison, dans *Dictionnaire de la médecine*, édité par LECOURT, D., Quadriga, Paris : Presses Universitaires de France, 546–553.

TEMKIN, OWSEI

- 1963 The scientific approach to disease: Specific entity and individual sickness, dans *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, édité par CAPLAN, A. L., ENGELHARDT, T. H. JR. & MCCARTNEY, J. J., Reading (MA) : Addison-Wesley Publishing Company, 247–263.

- 1973 Health and disease, dans *Dictionary of the History of Ideas*, édité par WIENER, P., New York : Scribner, t. II.

VANDEL, ALBERT

- 1958 *L'Homme et l'Évolution*, L'avenir de la science, Paris : Gallimard.

VIGARELLO, GEORGES

- 1993 *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Points, Paris : Seuil, 1999.

WHITBECK, CAROLINE

- 1977 A theory of health, dans *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, édité par CAPLAN, A. L., ENGELHARDT, T. H. JR. & MCCARTNEY, J. J., Reading (MA) : Addison-Wesley Publishing Company, 611–626.