

Alexandre Klein

Université d'Ottawa

Quelle médecine pour l'homme
augmenté? Étude des enjeux
philosophiques de l'anthropotechnie

L'homme normal, que veut-on dire par là? S'il existait
ce serait un monstre¹.

Jean-Martin Charcot
Charcot, une vie avec l'image

Le posthumain, cet être humain dont les caractéristiques essentielles n'ont plus rien de commensurable avec celles qu'on lui connaît aujourd'hui, n'est pas qu'un être de fiction, un personnage imaginaire des romans de science-fiction, des nouvelles d'avant-garde, des bandes dessinées ou des films à gros budget. Certes, il n'est pas encore totalement présent en chair et en os, ni même en chair et en métal², mais il n'en reste pas moins un évènement de notre temps. D'une part parce que la fiction participe

1. Parole attribuée à Jean-Martin Charcot citée par Catherine Bouchara, *Charcot, une vie avec l'image*, Paris, Philippe Rey, 2013, p. 186.

2. Olivier Dyens, *Chair et métal*, Montréal, VLB éditeur, 2000.

d'un champ qu'il faut bien qualifier d'imaginal au sens où il ouvre des possibilités concrètes, et d'autre part, parce que sa simple évocation conduit à l'apparition de débats et de prises de position bien réelles, s'ancrant dans notre présent. En ce sens, l'existence même du transhumanisme — ce mouvement militant pour l'avènement du posthumanisme — est là pour nous rappeler que le posthumain n'est pas un mirage, et ce, bien qu'il se profile à l'horizon de nos regards, quelque peu fatigués, de sujets en mal de notre époque³.

Mais ce qui concrétise d'autant plus, pour l'épistémologue, l'actuelle présence du posthumain, c'est la formalisation progressive d'un champ disciplinaire qui lui serait, si ce n'est consacré, au moins proprement corrélatif : la médecine d'amélioration. Cet ensemble de techniques où se mêlent les avancées ou espoirs scientifiques de différentes disciplines serait la nouvelle science de l'homme, ou plus exactement la science de l'homme nouveau. Sous ce vocable sont en effet réunies toutes les pratiques qui aujourd'hui rendent tangibles ou font rêver à un nouvel homme nécessairement augmenté, essentiellement amélioré. Il rassemble ainsi d'une part des pratiques d'augmentation effectives telles que le détournement d'agents médicamenteux à des fins non thérapeutiques — à l'image du Ritalin⁴ ou du Provigil⁵ que consomment largement les étudiants américains pour accroître leurs capacités de révision — ou la construction d'exosquelettes biomécaniques par la DARPA⁶ pour permettre aux militaires de surpasser leurs performances humaines. Et il inclut d'autre part des pratiques projectives, comme les études sur le vieillissement que mène Aubrey de Grey en modifiant génétiquement

3. Alain Ehrenberg, *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob, 2010.

4. Le méthylphénidate est un médicament stimulant, accentuant l'attention, utilisé pour lutter contre le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et la narcolepsie.

5. Le modafinil est un stimulant utilisé pour lutter contre la narcolepsie et l'hypersomnie.

6. La DARPA ou Defense Advanced Research Projects Agency est l'agence de recherche et de développements des nouvelles technologies à usage militaire du Département de la Défense des États-Unis d'Amérique.

des souris « Matusalem⁷ », ou les travaux de biologie synthétique de Craig Venter⁸. La médecine d'augmentation est donc un champ de recherche multiple, complexe au sens où il est au carrefour de différentes sciences au statut épistémologique divers, mais elle est néanmoins un champ de pratiques tendant à s'affirmer comme un ensemble cohérent dans nos représentations, par le biais du vocable de « médecine ».

Car, qu'on le veuille ou non, la naissance du posthumain sera nécessairement biomédicale. Les avancées du génie génétique, les exploits de l'intelligence artificielle ou les prouesses de la robotique devront toujours se confronter à la matérialité vivante, à la chair sombre et gluante du corps humain pour qu'émerge l'hybride⁹ qui engagera notre changement d'espèce. Même si les utopies posthumaines visent à dépasser l'irréversible présence du corps dans notre expérience vécue, la lourdeur de sa matérialité dans l'établissement de notre rapport au monde, il n'empêche que le corps est le nécessaire médium de leur réalisation. « Mon corps, *topie* impitoyable¹⁰ ». Ainsi, loin de dire effectivement « adieu au corps¹¹ », les pratiques d'augmentation en célèbrent en fait l'incontournable réalité. Kevin Warwick n'a pu s'affirmer comme le premier cyborg¹²

7. Le prix de la souris Matusalem (Methuselah Mouse Prize, ou M Prize), créé en 2003 par A. De Grey en partenariat avec David Gobel, récompense des recherches de pointe sur l'arrêt du vieillissement menées sur des souris. Le prix est divisé en deux récompenses respectivement attribuées aux travaux sur la longévité et à ceux sur le rajeunissement.

8. Biologiste et généticien connu notamment pour avoir créé en 2007, avec l'équipe de son Institut, le premier chromosome artificiel, puis en 2010, la première cellule à génome synthétique de l'Histoire.

9. Bernard Andrieu, *Devenir hybride*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2009.

10. Michel Foucault, « Le corps utopique », Conférence radiophonique de 1966 republiée dans Michel Foucault, *Le corps utopique, les hétérotopies*, Paris, Nouvelles éditions lignes, 2009, p. 9.

11. David Le Breton, *L'adieu au corps*, Paris, Métailié, 1999.

12. En 1998, ce professeur de cybernétique de Reading au Royaume-Uni lança un projet de recherche intitulé « Cyborg 1.0 » en se faisant implanter dans le bras une puce RFID permettant à un ordinateur de contrôler la domotique de son bureau au gré de ses déplacements. En 2002, le projet « Cyborg 2.0 » débuta par l'implantation d'une grille de 100 électrodes dans le nerf médian de son bras gauche, lui permettant ainsi de contrôler un bras robotisé.

qu'après être passé sur la table d'opération. La médecine est au cœur du rêve posthumaniste.

De ce point de vue, il apparaît à la fois cohérent et nécessaire d'aborder cette utopie du posthumain par le biais d'une réflexion d'épistémologie médicale. Bien que cette perspective soit encore peu utilisée dans les recherches francophones, elle s'affirme pertinente et complémentaire des approches valorisant le posthumain comme sujet de fiction ou objet de querelles philosophiques. La question du statut épistémologique de la médecine d'amélioration permet en effet — c'est ce que nous souhaitons démontrer ici — de dénouer certaines apories dans lesquelles nous conduisent les débats habituels qui abordent la question de l'homme augmenté par l'idée de nature humaine¹³. Par le déplacement de perspective qu'elle induit, elle offre en effet des prises concrètes et effectives sur ces problématiques qui restent difficiles à étudier sereinement, car elles sont constituées par des positionnements militants et idéologiques difficiles à désamorcer. Ainsi, en interrogeant la pertinence d'une rupture épistémologique entre la médecine « normale » et la médecine d'amélioration, nous souhaitons apporter un éclairage transversal sur le problème des frontières de l'humain et du posthumain, en questionnant plus particulièrement le rôle que jouent ces débats dans l'évolution même de nos représentations.

Médecine d'amélioration et anthropotechnie

La publication en 2003 par le comité bioéthique états-unien d'un rapport consacré à la médecine non thérapeutique intitulé *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness*¹⁴ marque la naissance officielle de la médecine d'amélioration. Le développement

13. Alexandre Klein, « Recension de Kleinpeter, E., (dir.), 2013, *L'homme augmenté*, Paris, CNRS, coll. "Les essentiels d'Hermès" », *Lectures, Les comptes rendus*, 2013, <http://lectures.revues.org/12835> (8 mars 2014).

14. The President's Council of Bioethics, *Beyond Therapy : Biotechnology and the Pursuit of Happiness*, 2003, <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/beyondtherapy/>, 353 p. (8 mars 2014).

de techniques d'amélioration de l'homme conduirait, selon ses auteurs, à la naissance d'une nouvelle médecine qui ne vise plus la réparation, la restauration de la santé, mais son amélioration ou son dépassement¹⁵. La sélection génétique des enfants à naître, la modification des capacités cognitives par l'usage « off label » de psychotropes, le dopage sportif, la guerre contre le vieillissement ou la chirurgie esthétique non réparatrice étaient mis en avant comme les champs d'expérimentation d'une transformation possible de l'humain et de ses capacités. Ces pratiques étaient ainsi rattachées à une « médecine d'amélioration » distincte de la médecine thérapeutique classique, afin de signaler leur nature suspecte d'un point de vue éthique¹⁶. Au-delà ou indépendamment de la lutte contre les pathologies, la médecine tendrait donc à se développer dans un nouveau domaine suscitant des questionnements éthiques majeurs. Les techniques d'amélioration viendraient désormais redoubler les perspectives de restauration, voire même, parfois, les précéder. Ainsi, l'équipe de l'INSERM dirigée par le Professeur Antoni Valéro-Cabré est parvenue en 2012 à augmenter temporairement de 12 % l'acuité visuelle d'un sujet sain grâce à la technique de la stimulation magnétique transcrânienne¹⁷ (TMS). Mais ce n'est que dans un deuxième temps que fut envisagée l'application de cette technique à des patients ayant des lésions au niveau du cortex, dues par exemple à un ACV, ainsi qu'à des patients souffrant de problèmes rétiniens.

15. « "Therapy," on this view as in common understanding, is the use of biotechnical power to treat individuals with known diseases, disabilities, or impairments, in an attempt to restore them to a normal state of health and fitness. "Enhancement," by contrast, is the directed use of biotechnical power to alter, by direct intervention, not disease processes but the "normal" workings of the human body and psyche, to augment or improve their native capacities and performance ». (*Ibid.*, p. 13.)

16. « Those who introduced this distinction hoped by this means to distinguish between the acceptable and the dubious or unacceptable uses of biomedical technology: therapy is always ethically fine, enhancement is, at least prima facie, ethically suspect ». (*Ibid.*, p. 13-14.)

17. Lorena Chanes, Ana B. Chica, Romain Quentin et Antoni Valero-Cabré, « Manipulation of pre-target activity on the right Frontal Eye Field enhances conscious visual perception in humans », *PLoS ONE*, 15 mai 2012.

Dans cet exemple, on s'aperçoit que la biomédecine contemporaine prend une direction nouvelle, puisque c'est traditionnellement à partir de la pathologie qu'était étudiée et fixée la nature de la santé par la médecine moderne. L'exemple de la découverte de la fonction glycogénique du foie par Claude Bernard (1813-1878) est à ce titre paradigmatique, puisque c'est en étudiant le diabète, la pathologie, qu'il a pu mettre en lumière la fonction physiologique, normale¹⁸. Ainsi d'une qualification de la vie à la lumière de la mort, selon le modèle anatomopathologique fondateur de la pensée médicale si bien décrit par Michel Foucault dans sa *Naissance de la clinique*¹⁹, nous serions passés à un modèle épistémologique nouveau où l'amélioration des conditions saines primerait sur la réparation des conditions pathologiques.

C'est cette idée qui est défendue par le philosophe Jérôme Goffette dans sa thèse de doctorat consacrée à la naissance de l'anthropotechnie²⁰. La médecine prendrait aujourd'hui une orientation nouvelle, suivrait ce qu'il nomme un nouveau « tropisme » : non plus la guérison, le retour à l'état normal, mais la transformation, l'instauration d'un état sur-normal²¹. De la médecine, nous aurions donc glissé vers le modelage et le bricolage de l'humain. Se réappropriant les exemples abordés par le rapport bioéthique de 2003, Goffette montre ainsi que l'unité d'objets, la finalité et les règles de ces pratiques anthropotechniques sont totalement différentes de celles des pratiques médicales et qu'il convient de ce fait de distinguer les deux domaines. Il s'attache donc à montrer que la médecine ne vise qu'au rétablissement de l'état normal, qu'elle lutte contre l'aliénation pour répondre à la nécessité vitale, tandis

18. Sur l'aspect paradigmatique de cette expérience, voir Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2005 [1943], p. 32-51.

19. Michel Foucault, *Naissance de la clinique. Archéologie du regard médical*, Paris, Presses universitaires de France, 1963.

20. Jérôme Goffette, *Naissance de l'anthropotechnie. De la médecine au modelage de l'humain*, Paris, Vrin, 2006.

21. *Ibid.*, p. 59-66.

que l'anthropotechnie vise pour sa part l'établissement d'un état idéal, qu'elle valorise l'altération, autrement dit l'apparition d'un état modifié, et qu'elle répond essentiellement à un désir existentiel.

Problèmes historiques et philosophiques

Cette distinction intéressante et riche de développements possibles apparaît difficilement défendable, puisque son argumentation repose sur une pétition de principe. Goffette souhaite en effet établir une distinction d'essence entre la médecine et l'anthropotechnie, mais il se réfère pour ce faire, non à l'essence de la médecine, mais à sa définition moderne. En maintenant la médecine et son tropisme dans une position de préservation ou de restauration d'une normalité sans vocation à aller au-delà²², il n'interroge pas l'essence de la médecine, mais le cœur de l'épistémè médicale moderne, n'atteignant ainsi qu'un moment de l'histoire de la médecine, qu'une partie de sa formation discursive²³. Cette absence de mise en perspective historique lui rend dès lors très difficile la détermination de l'apparition de l'anthropotechnie. Il note ainsi que l'entreprise de remodelage et de façonnage qui qualifie l'anthropotechnie « a commencé de longue date », « depuis l'aube de l'humanité²⁴ », mais qu'elle n'était alors que superficielle. Tant que l'homme n'était qu'une « sorte de forme à peine altérée », le façonnage pouvait encore relever du médical, mais dès lors que l'homme s'est révélé « horizon ouvert », l'anthropotechnie a jailli de cette « plasticité inédite et presque intégrale²⁵ ». *In fine*, le tropisme anthropotechnique repose moins, selon lui, sur un changement d'orientation fondamentale

22. *Ibid.*, p. 58.

23. Sur les conditions d'apparition, de développement de ce modèle épistémologique, nous nous permettons de renvoyer à notre travail de doctorat : Alexandre Klein, *Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine*, Thèse de doctorat en philosophie, Université de Lorraine, 2012, 600 f., notamment les chapitres 1 et 2.

24. Jérôme Goffette, *op. cit.*, p. 66.

25. *Ibid.*, p. 67.

de l'activité humaine (définition même du tropisme) que sur une possibilité technique, celle de la modification profonde et quasi intégrale de la nature humaine. Pourtant, comme Goffette le précise au chapitre VII de son ouvrage, l'anthropotechnie se distingue de la médecine par son recours à la technique. La médecine serait l'art du traitement technique tandis que l'anthropotechnie serait un art de la création. Les limites de l'approche non historique de Goffette se font ici jour puisqu'il affirme une continuité technique entre médecine et anthropotechnie tout en précisant qu'il faut entendre selon les cas le terme d'art différemment : la médecine relèverait ainsi d'un concept technique de l'art (artisan), tandis que l'anthropotechnie se ferait art au sens créatif du terme (artiste)²⁶.

Ainsi, tout en reconnaissant la proximité historique de la médecine et de l'anthropotechnie, il les distingue dans la modernité, sans envisager que la spécialisation de la médecine autour de la pathologie qui qualifie sa professionnalisation ne puisse être qu'un moment de son histoire et non la source de son tropisme. Problème historique qui le conduit vers une contradiction philosophique importante. Car tout en affirmant, à la suite de Gilbert Hottois²⁷ ou de Peter Sloterdijk²⁸, la nature d'*homo faber sui* de l'homme, cet artisan de lui-même, il semble sous-entendre que la création anthropotechnique mettrait finalement en danger une nature humaine préalable aux actions techniques effectuées. La médecine serait l'art de la nature humaine, tandis que l'anthropotechnie, en se détachant des enjeux médicaux, conduirait potentiellement à l'aliénation ontologique de l'homme de demain. La subordination des moyens techniques de la médecine à la finalité de création non technique de l'anthropotechnie ouvrirait la voie à un risque nouveau. Finalement,

26. *Ibid.*, p. 117.

27. Gilbert Hottois, *Le signe et la technique*, Paris, Aubier, 1984.; Gilbert Hottois, *Species technica* [suivi d'un] *Dialogue philosophique autour de Species technica vingt ans plus tard*, Paris, Vrin, 2002.

28. Peter Sloterdijk, *La domestication de l'Être*, Paris, Mille et une Nuits, 2000; Peter Sloterdijk, *Règles pour le parc humain. Une lettre en réponse à la lettre sur l'humanisme de Heidegger*, Paris, Mille et une Nuits, 2000.

tout en défendant le bricolage, cette tentative de connaissance dans le cours de la pratique, comme modèle de l'anthropotechnie et de la nature technique de l'homme, il invite à un jugement éthique qui serait préalable à la réalisation et précéderait donc, en ce sens, le bricolage même. Tout en se revendiquant du slogan sartrien « l'existence précède l'essence », il affirme, en dernière instance, et en référence à la Genèse, que « l'humanité ne doit pas usurper une place qui n'est pas la sienne²⁹ ». Il y aurait donc un usage modéré de notre nature technique, et il semble bien que ce soit dans la finalité d'une restauration de la norme que se trouve, pour Goffette, le critère du raisonnable. Ainsi, ce qui apparaît comme une position progressiste reste un travail critique à l'égard de son objet (l'anthropotechnie naissante) conduisant à la réaffirmation des principes d'une éthique humaniste quelque peu usée.

La médecine comme anthropotechnie

On s'étonne que Goffette cherche à fonder son anthropotechnie sur la base de la médecine d'amélioration alors même que depuis les travaux du philosophe Georges Canguilhem (1904-1995), la nature anthropotechnique de la médecine ne fait plus de doute. Dans sa thèse de médecine de 1943 sur le normal et le pathologique, le philosophe montrait en effet la formation historique et l'insuffisance logique de la définition de la santé comme une simple variation quantitative de l'état pathologique³⁰. Défendant une positivité de la notion de santé, il notait à juste titre que le travail médical, s'il paraît conduire dans une vision quantitativiste au rétablissement d'une norme préexistante (retrouver une tension normale après une crise d'hypertension), est en fait toujours création d'un nouvel état. La vie est dynamique et il n'y a pas de « retour à l'innocence biologique³¹ ». La santé qui se fait jour après une guérison est un

29. Jérôme Goffette, *op. cit.*, p. 175.

30. Georges Canguilhem, *op. cit.*, p. 32-51.

31. *Ibid.*, p. 156.

équilibre nouveau, résultant de la rupture pathologique, par rapport à l'équilibre premier qui fut dérangé. Ainsi, la seule norme du vivant est la normativité, cette capacité de création de nouvelles normes qui permet à l'organisme vivant de s'adapter à son milieu, mais également d'innover en cas de changements de ce milieu³², et ce n'est que de ce point de vue que l'exercice médical peut prendre sens. La médecine est, selon Canguilhem, une activité technique de l'être vivant engageant la création de nouvelles normes de vie, permettant l'apparition d'une nouvelle existence tant biologique que sociale, qui peut être axiologiquement inférieure, comme supérieure à l'état antérieur, mais de fait toujours différente. Ainsi, ce que Goffette attribue à l'anthropotechnie n'est en rien différent de la relecture du normal et du pathologique à l'aune de la normativité de la vie que proposait Canguilhem : un normal définit comme ordinaire puisqu'étant l'état « auquel [le sujet] est habitué³³ » qu'il oppose au modifié qui serait l'état « succédant à l'état ordinaire de l'individu, par l'intervention d'un changement artificiel et décidé de sa physiologie³⁴ ». On comprend mieux dès lors les difficultés que rencontre Goffette lorsqu'il se confronte à l'argumentation du philosophe-médecin³⁵, car, de ce point de vue, l'anthropotechnie n'est pas en rupture, mais en continuité avec la médecine. Il faut

32. Pour Canguilhem, la normativité induit une marge de manœuvre de l'organisme par rapport au milieu, une certaine indépendance du vivant. Dès lors, une trop grande adaptation de l'organisme à son milieu annoncerait la mort de la normativité qui relève d'une création qui ne peut se réduire au phénomène d'ordre mécanique de l'adaptation. C'est en ce sens que Canguilhem pourra penser dans ses *Nouveaux essais* de 1963-1966 la normativité sociale comme une création, une tentative d'adaptation du vivant humain à son milieu pouvant se départir des normes de la normativité biologique. Pour plus de précisions à ce sujet, voir Guillaume Le Blanc, *Canguilhem et la vie humaine*, Paris, Presses universitaires de France, 2010 [2002], p. 245-304.

33. Jérôme Goffette, *op. cit.*, p. 122.

34. *Ibid.*, p. 125.

35. Sur les faiblesses d'une analyse qu'il avoue d'ailleurs réaliser « sans entrer dans le détail qu'une analyse du texte de G. Canguilhem mériterait » (*Ibid.*, p. 98), voir Alexandre Klein, *op. cit.*, f. 241-248.

même la considérer, ainsi que le note la philosophe Sylvie Allouche³⁶, comme la discipline générique à laquelle se rattache la médecine. La médecine est une activité essentiellement anthropotechnique, une activité à travers laquelle l'homme se modifie et dès lors repousse les limites de sa condition finie. L'acceptation de la nature d'*homo faber* de l'homme implique de comprendre l'anthropotechnie comme le cadre général des pratiques humaines, qu'elles soient scientifiques et techniques ou non³⁷.

Mais le retournement opéré par Allouche ne s'arrête pas là, car elle s'interroge ensuite sur le sens de l'apparition de ces questionnements relatifs à la nature de la médecine et à la spécificité de la médecine d'amélioration. Le constructivisme ontologique, c'est-à-dire l'idée selon laquelle l'Homme se constitue lui-même comme Homme au cours de son existence et de son histoire, n'implique-t-il pas en effet un constructivisme épistémologique selon lequel les connaissances scientifiques produites sont des constructions inscrites dans une époque, dans un contexte particulier auquel elles tentent de répondre? Le développement contemporain de techniques d'amélioration paraissant déborder le champ du médical semble dans tous les cas devoir être compris à l'aune d'une perspective historique apte à saisir l'évènementialité de son apparition. Dès lors, on peut se demander si l'apparition de l'idée d'une médecine d'amélioration qui romprait avec la médecine normale ne nous en dit pas plus sur notre régime de savoir, notre épistémologie et notre *épistémè* que sur la médecine elle-même.

36. Sylvie Allouche, « Des concepts de médecine d'amélioration et d'enhancement à celui d'anthropotechnologie », Jean-Noël Missa et Laurence Perbal, [dir.], « Enhancement ». *Éthique et philosophie de la médecine d'amélioration*, Paris, Vrin, 2009, p. 65-78.

37. C'est la distinction que pose Allouche entre anthropo-technè et anthropotechnologies (*Ibid.*, p. 74-76).

La réduction médicale de l'anthropotechnie

C'est ce que semble sous-entendre Allouche lorsqu'elle affirme finalement que le concept même de « médecine d'amélioration » n'est qu'un « concept transitoire » rendant compte d'un état de tension³⁸. Si on a été conduit à définir ce nouveau champ de savoir, c'est parce que la médecine s'est vue débordée par des buts et des enjeux qui lui étaient apparemment extérieurs. Ceci ne veut pas dire que la médecine n'est pas anthropotechnique, nous l'avons montré, mais que l'épistémologie même qui organise la médecine n'est peut-être pas à même de gérer le problème anthropotechnique qui l'habite pourtant. Ce qui est ici en crise, comme le relève Allouche, c'est bien la réduction des anthropotechniques possibles au seul cadre médical, la capacité de la médecine à réunir tous les enjeux de l'anthropotechnie dont elle n'est pourtant qu'un des domaines d'exercice³⁹. La situation critique repose donc sur un double problème : d'une part la tentation de la médecine d'être une science totale de l'homme et de l'autre les fondements épistémologiques à partir desquels elle a tenté de réaliser cette ambition. Si la médecine semble aujourd'hui incapable de faire face à des pratiques qui naissent en son sein, c'est bien qu'elle relève d'un modèle de développement en contradiction avec son modèle scientifique⁴⁰.

En effet, en voulant être la science de l'homme, en voulant avoir le monopole sur les questions de la vie et de la mort de l'homme, la médecine devait prendre en charge la dimension anthropotechnique de ce dernier. Or, comme l'a bien montré Guillaume Le Blanc⁴¹ à la suite de Canguilhem et Foucault, la médecine s'est développée autour d'une conception de l'homme normal, d'une nature humaine

38. *Ibid.*, p. 76-77.

39. *Ibid.*

40. Nous donnons plus de détails à ce propos dans un travail à paraître : Alexandre Klein, « Sur le mythe médical moderne. Étude des fondements épistémologiques de la professionnalisation médicale », *Recherche et formation*, 2014/1.

41. Guillaume Le Blanc, « L'invention de la normalité », *Esprit*, mai 2002 « La médecine et le corps humain », 2002, p. 145-164.

fixée *a priori* par la biologie, et non autour d'une conception de la nature humaine changeante, évolutive et construite par l'Homme lui-même. Le processus de médicalisation de nos sociétés repose sur une normalisation de la définition de l'homme. Et c'est bien cette genèse, cette formation spécifique, d'ordre politique, qui montre aujourd'hui ses limites. L'apparition de la médecine d'amélioration peut donc être entendue comme le signe d'une crise de nos représentations médicales et anthropologiques, de nos conceptions scientifiques et de leur rôle politique. C'est en devenant une science et une profession autonome que la médecine a pu s'affirmer, au cours du XX^e siècle, comme le principal médium à travers lequel nous pouvons désormais envisager notre transformation, notre devenir d'artisan de nous-mêmes. Or, cette formalisation comme domaine scientifique de l'homme repose sur une conception fixe de la nature humaine, elle-même issue de la nécessité imposée par les canons scientifiques modernes d'une objectivité unique et invariable, d'une épistémologie nomothétique⁴². On comprend dès lors les difficultés qui s'accumulent autour de l'idée d'amélioration qui, même entendue comme augmentation, va à l'encontre de la fondation de la médecine moderne comme procédé de normalisation, de retour des individus à une norme physiologique de la santé⁴³.

En distinguant la médecine d'amélioration de la médecine « normale », l'Occident tenterait donc aujourd'hui désespérément de sauver son paradigme, de préserver le modèle de sa démarche scientifique qui s'appuie entièrement sur une conception déterminée de l'homme que l'éthique médicale explicite parfaitement. N'est-ce pas d'ailleurs le but du rapport de 2003 qui a établi le concept de médecine d'amélioration? Son auteur principal, le bioéthicien Leon Kass, établit la distinction entre les deux domaines médicaux pour prévenir ce qu'il considère être une mise en danger de la nature

42. Voir à ce propos Alexandre Klein, *op. cit.*, f. 41-71.

43. Georges Canguilhem, *op. cit.*, p. 11-60.

humaine par les avancées biotechnologiques⁴⁴. Le rapport se clôt ainsi sur l'affirmation d'une inquiétude quant à la possibilité des pratiques d'amélioration d'atteindre la nature et la dignité humaine. Il faut se prémunir contre la mise en danger par l'orgueil des données naturelles qui nous qualifient comme des êtres humains⁴⁵, contre l'atteinte de la dignité de l'activité de l'homme par des buts non naturels, contre les efforts de transformation de soi qui portent atteinte à la préservation de l'identité, contre un épanouissement de l'être humain qui se réaliserait au moyen de substituts superficiels et parasites. La mise en évidence d'une médecine d'amélioration distincte de la médecine à visée thérapeutique participe de la défense d'une nature humaine, de l'affirmation d'une position dite bioconservatrice ou même biocatastrophiste⁴⁶, telle que défendue, sous différentes formes, par Jürgen Habermas⁴⁷ ou Francis Fukuyama⁴⁸, mais aussi discrètement par Goffette.

Le cercle anthropologique

En prenant au sérieux son propre questionnement sur le statut épistémologique de la médecine d'amélioration, Goffette dévoile finalement le problème qui est le nôtre et au sein duquel il se trouve dès lors pris au piège. Alors même que la possibilité d'une médecine d'augmentation signe la crise de schizophrénie d'une médecine proprement anthropotechnique dans son essence, mais

44. « Other worries include the misuse of society's precious medical resources, the increasing medicalization of human activities, the manipulation of desires, the possible hubris in trying to improve upon human nature, and the consequences for character of getting results "the easy way" through biotechnology, without proper effort or discipline. » (The President's Council on Bioethics, *op. cit.*, p. 20.)

45. *Ibid.*, p. 308.

46. Dominique Lecourt, *Humain, posthumain. La technique et la vie*, Paris, Presses universitaires de France, 2003, p. 10.

47. Jürgen Habermas, *L'avenir de la nature humaine : vers un eugénisme libéral?*, traduit de l'allemand par Christian Bouchindhomme, Paris, Gallimard, 2002.

48. Francis Fukuyama, *Our Posthuman Future : Consequences of Biotechnology Revolution*, New York, Farrar, Straus and Giroux, 2002.

dont le développement récent repose entièrement sur un modèle anthropologique différent, la question de la nature humaine qui rejaillit comme un point problématique prend un sens nouveau. Si la question de l'Homme et de sa nature se fait jour aux confins de toutes nos réflexions sur la science et ses développements, peut-être est-ce simplement parce que notre conception d'un savoir scientifique est, depuis Descartes au moins⁴⁹, relative à la nature de l'homme. La prééminence actuelle de la question de la nature humaine doit peut-être être envisagée non comme un problème ontologique, mais comme un problème épistémologique : celui de la construction de notre discours scientifique moderne à partir de la question de l'Homme et de la définition d'un « homme normal » des plus abstraits.

À voir aujourd'hui les débats aporétiques qui opposent les bioconservateurs et les technoprophètes transhumanistes, alors même qu'ils partagent une idéologie humaniste commune⁵⁰, on comprend que nous sommes pris au piège de ce sommeil anthropologique et dogmatique qui qualifie une pensée non critique de l'homme, une anthropologie dénuée de réflexions épistémologiques⁵¹. Si nous retrouvons constamment le problème de la nature humaine lorsque l'on se questionne sur l'impact des nouvelles technologies, c'est bien parce que notre pensée sur notre espèce, notre anthropologie, n'est pas doublée d'une réflexion sur les conditions de possibilité même d'une connaissance de l'Homme, et se condamne dès lors à retourner constamment à ses propres fondements, ici son modèle *a priori* de l'Homme. Au contraire, il est certainement temps d'accepter que la

49. En fondant sa méthode sur le Cogito, Descartes place la question anthropologique de la nature du sujet humain au fondement de la démarche de connaissance scientifique du monde.

50. Dominique Lecourt, *op. cit.*, p. 10.

51. Michel Foucault, *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard, Tel, 2002 [1966], p. 351-354. Voir également Michel Foucault, « Introduction à l'Anthropologie de Kant », Emmanuel Kant, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, traduit de l'allemand par Michel Foucault, Paris, Vrin, 2009 [1798], p. 11-79.

question de la nature humaine qui se fait jour dans le débat sur la frontière entre l'humain et un possible posthumain ne soit que le chant du cygne d'une conception anthropologique moderne du discours scientifique aujourd'hui à l'agonie. Le fait que l'articulation de la vérité et du monde, que notre rapport, en termes de connaissances vraies, à notre environnement soit organisé autour de la question de la nature humaine est un phénomène historiquement situé qui peut donc et qui est même en train de disparaître. Comme l'avait compris Michel Foucault, l'Homme n'est pas le plus vieux problème qui se pose à nous, mais reste une « invention dont l'archéologie de notre pensée montre aisément la date récente. Et peut-être la fin prochaine⁵² ». L'Homme est mort, parce qu'il n'y a plus de sens à faire de la figure abstraite de l'homme normal le socle épistémique admis de nos connaissances. Mais cette disparition n'est finalement pas si déchirante puisqu'elle signe simplement la fin d'une idéologie humaniste qui de toute façon ne parvient plus ni à nous protéger des risques ni à favoriser l'innovation. Loin de détruire toute anthropologie possible ou toute humanité, l'acceptation de cette disparition permet au contraire le renouvellement de la connaissance de l'Homme par l'adjonction d'une dimension critique qui est, depuis sa conceptualisation par Kant, son nécessaire fondement⁵³. Nous sortant de notre sommeil épistémologique et de son cercle anthropologique vicieux, elle nous enjoint à nous tourner vers d'autres normes de véridiction, à envisager qu'il puisse exister d'autres critères de scientificité.

C'est cet appel qu'avait déjà lancé Dominique Lecourt⁵⁴, et que renouvelle aujourd'hui la philosophe Isabelle Stengers dans

52. Michel Foucault, *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*, *op. cit.*, p. 398.

53. Michel Foucault, « Introduction à l'Anthropologie de Kant », *op. cit.*, p. 11-79.

54. « Il faudra aussi revoir et réélaborer la notion même de "nature humaine" [...]. Il se pourrait, dans ces conditions, que nous ayons besoin d'une pensée politique » (Dominique Lecourt, *op. cit.*, p. 14).

son manifeste pour un ralentissement des sciences. Nous devons envisager que les critères de nos discours scientifiques ne soient plus une neutralité illusoire ou une objectivité rigide, mais puissent être, par exemple, la capacité de ces mêmes discours à ouvrir des possibles et à dévoiler des questionnements nouveaux⁵⁵. Il nous faut nous orienter maintenant vers une scientificité qui prendrait acte de la construction éminemment sociopolitique de nos savoirs et même de notre épistémologie, et qui n'aurait alors pour visée que le maintien d'une créativité digne de notre capacité humaine à nous réinventer en tant qu'homme. Une scientificité qui se construirait dans l'interaction des différents champs de connaissances, de telle sorte qu'en prenant au sérieux les questions qui font sens pour les autres se dévoile le champ de possibles qui peuvent être les nôtres. Une telle conception de la vérité scientifique permettrait de réinventer les modalités tant théoriques que pratiques de notre être-ensemble et de notre rapport au monde en dépassant la seule figure humaniste de l'Homme afin d'intégrer tous ces *autres* — êtres humains, êtres vivants ou même environnements — dans la construction du monde de demain. Ainsi pourrait voir le jour un monde « posthumaniste », au sens propre du terme, où la perspective de l'humain se trouverait bien augmentée, améliorée par la transgression des frontières de l'anthropocentrisme et l'ouverture de notre regard à une perspective dans laquelle nous sommes *un* élément du monde. C'est peut-être en ce sens, comme un renversement de paradigme, qu'il convient en dernière analyse de comprendre la médecine d'amélioration, car en nous conduisant à « ralentir », cette réforme épistémologique nous invite *in fine* à établir avec nos semblables un rapport d'ordre médical, « le type de rapport qui convient entre malades, qui ont besoin les uns des autres afin de réapprendre les uns avec les autres, par les autres, grâce aux autres, ce que demandent une vie digne d'être vécue, des savoirs dignes d'être cultivés⁵⁶».

55. Isabelle Stengers, *Une autre science est possible. Manifeste pour un ralentissement des sciences*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond/ La découverte, 2013.

56. *Ibid.*, p. 82.