

ARGUMENT SCIENTIFIQUE DE L'UEE 2014

Les discours sur la santé et la maladie.

Diagnostiquer, annoncer, soigner

16 – 24 Juillet 2014

Bruxelles, BELGIQUE

L'Université Libre de Bruxelles

La Faculté de Philosophie et Lettres de l'Université Libre de Bruxelles
Le Groupe de recherche en Rhétorique et en Argumentation Linguistique
L'Académie Royale de Langue et de Littérature françaises de Belgique
L'Académie Royale de Médecine de Belgique

organisent

la XIV^e édition de l'Université Européenne d'Été (UEE) du réseau OFFRES (Organisation Francophone pour la Formation et la Recherche Européennes en Sciences humaines). Cette UEE bruxelloise entend réunir une centaine de participants issus, pour une part, des pays d'Europe centrale et orientale. Outre la vingtaine de conférenciers – figures éminentes du monde académique –, nous accueillerons plus de 70 étudiants de master et de doctorat. Les préoccupations scientifiques de cette édition 2014 s'inscrivent dans le prolongement direct des UEE 2011 (Ohrid, Macédoine) et 2013 (Trnava, Slovaquie), tournées, l'une et l'autre, vers des problématiques linguistiques et discursives. Après avoir abordé, d'une part, l'« Argumentation » dans ses dimensions les plus variées (philosophique, scientifique, logique, politique, juridique, littéraire), d'autre part, les « Logiques et langages du conflit », nos travaux porteront cette année sur le discours médical (ses fonctions, modalités, processus, usages). Ils s'attacheront, plus largement, à l'analyse discursive ou langagière de la (bonne) santé comme de la maladie. Nous interrogerons alors les diverses façons de qualifier, de décrire, de raconter, d'expliquer et d'éprouver les états en question. Une attention toute particulière sera dès lors accordée à la pratique du « colloque singulier », à la démarche diagnostique, aux récits de vie et aux discours politiques. Clairement interdisciplinaire, la thématique de cette Université Européenne d'Été constitue un lieu de rencontres et d'échanges entre les sciences humaines – philosophie, rhétorique, anthropologie, études littéraires, etc. – et les sciences médicales comme psychologiques. Il s'agit, par ailleurs, d'une occasion unique d'engager un dialogue inédit et fécond avec des chercheurs venus de tous horizons, héritiers d'autres traditions intellectuelles : des juristes ou des psychanalystes par exemple. C'est ici le défi que nous souhaitons relever durant l'UEE 2014.

Alors qu'elle s'attache préférentiellement au corps, à son fonctionnement, ses dysfonctionnements, ses heurts, ses lésions, ses organes, la pratique médicale – depuis le diagnostic jusqu'à l'intervention thérapeutique – n'en demeure pas moins, tout entière, habitée par les mots. Corrigeons de suite : c'est justement *parce qu'elle s'occupe du corps* – du corps souffrant notamment – que cette pratique forme un univers de discours. Un univers où se disent la santé et la maladie, mais aussi la peur, la déchéance, la mort. Certains théoriciens, certains praticiens bardés de certitudes n'acceptent de voir dans l'acte médical que la traduction technicienne d'un savoir opérant sur la réalité organique de la « machine » humaine. Comme si l'acte en question, froidement positif, n'était jamais qu'une réponse scientifique – coup de bistouri, pansement appliqué, prélèvement effectué, traitement délivré, etc. – à un strict problème

« mécanique ». Comme si l'acte pouvait (ou plus encore devait) se passer de mots et d'un exercice particulier (rhétorique, disons-le) de la parole. Bien conscient des risques liés à une telle restriction positiviste, à un tel déni d'humanité, Georges Gusdorf, dans son *Dialogue avec le médecin* (1962), défend l'idée d'une médecine comme artisanat de la vie, art de guérir, et comme « science de l'homme ». La considérer de la sorte, c'est lui conférer les moyens, d'une part, d'embrasser le sujet souffrant dans son unité, sa totalité (corps, âme, existence sociale), d'autre part, d'approcher la santé et la maladie de chacun par-delà leur seule expression biologique. Ne prendre en compte « que l'organe lésé, c'est refuser de voir la réalité globale de l'homme souffrant » (p. 58). Gusdorf, consonant avec Georges Canguilhem, souligne à cet égard combien la pratique médicale constitue d'abord « une rencontre de l'homme avec l'homme, un dialogue souvent pathétique, sous la menace de la maladie et de la mort » (p. 11). Aussi opère-t-elle – du moins lorsqu'elle se déroule « à cœur ouvert » (p. 67) – sur le plan de la mise en ordre (biologique, psychologique, spirituel, social) comme sur celui de la mise en mots. Partant, il ne saurait y avoir aucun sens – sinon funeste – à livrer cette réalité-là à une « machine à soigner » qui viendrait fournir « automatiquement le diagnostic, les indications thérapeutiques et le pronostic » d'une maladie (p. 37) en dispensant de tout contact (physique, verbal, simplement humain) entre un patient et un praticien. Afin d'améliorer notre compréhension des discours portant sur la santé et la maladie, d'en questionner la diversité, nous proposons d'orienter les travaux de cette UEE dans sept directions complémentaires – sans pour autant considérer ces voies comme exclusives.

* *
*

1- Refonder l'approche philosophique sur la santé et la maladie

Depuis Georges Canguilhem, les recherches philosophiques sur la santé et la maladie en tant que telles, c'est-à-dire en tant que concepts, se sont, pour ainsi dire, interrompues. Tout se passe, en effet, comme si Canguilhem demeurait l'unique référence en la matière. Tout se passe également comme si, pour la recherche philosophique en France, notamment, les intenses discussions menées dans les pays anglo-saxons et scandinaves dès la fin des années 1970 étaient demeurées inexistantes ou d'une importance négligeable. Notons à ce titre que le premier et seul ouvrage d'introduction et de synthèse sur ces questions – à savoir *Après Canguilhem...* d'Élodie Giroux – n'est paru qu'en 2010. Or, la méconnaissance des développements et des débats récents en la matière retarde la possibilité même d'apprécier la pertinence exacte et surtout l'actualité de Georges Canguilhem, comme celle de son ouvrage phare : *Le Normal et le pathologique*.

Tout à l'inverse de cette inertie intellectuelle, les débats anglo-saxons et scandinaves, quant à eux, se sont principalement structurés autour du couple d'opposition « normativisme » / « objectivisme » (ou « fonctionnalisme ») – suivant plusieurs variantes et avec différents degrés de radicalité. Pour les tenants de l'un et l'autre camp, tout l'enjeu consiste alors à déterminer si les imputations de « (bonne) santé » et de « maladie » expriment seulement un *jugement de valeur* (« normativisme »), ou si elles possèdent également un enracinement *objectif* dans l'être (« objectivisme »). C'est dans ce contexte-là que fut initialement reçue la philosophie de Canguilhem dans les pays anglo-saxons. Un contexte qui, à l'époque, se trouvait marqué, d'une côté, par la critique adressée à l'idée de maladie mentale par le mouvement anti-psychiatrie, d'un autre côté, par le problème fort controversé des minorités sexuelles. L'homosexualité, par exemple, est pénalisée dans la plupart des États américains jusqu'au milieu des années 1970, et reste inscrite sur la liste des maladies mentales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) jusqu'en 1993.

Au reste, lorsque les problèmes sociétaux évoluent, les questionnements philosophiques doivent, eux aussi, faire l'objet d'une refonte voire d'une refondation – parfois radicale. C'est dans cette optique qu'il importe de reconsidérer, sur le plan du discours, la question de la santé et de la maladie ; qu'il faut la poser de nouveau, en dépassant l'opposition, constamment rejouée mais de moins en moins pertinente aujourd'hui, entre « normativisme » et « objectivisme ». Dès lors, le travail du philosophe doit-il consister à discerner, dans l'histoire de la philosophie, un certain nombre d'« outils » restés inemployés pour les mouler sur, et, plus encore, pour affronter les nouveaux problèmes. Par-delà, l'enjeu est-il d'engager une réflexion philosophique sur la notion de prévention dans une perspective de santé publique.

2- Être malade, être en santé, être en vie

Pour autant, il n'en demeure pas moins crucial de questionner et d'explorer, à nouveaux frais, les catégories existantes, ainsi celle de « normativité vitale » ou « normativité biologique ». Cette notion, fondamentale pour l'objet qui nous occupe, trouve son ancrage dans la simple observation que la vie n'est pas indifférente aux conditions qui lui sont faites. Cette observation ne signifie pas seulement que, par rapport aux simples « objets », les vivants prennent un intérêt à leurs conditions de vie – au sens large, y compris le facteur socio-économique –, mais, plus profondément, que le fait même d'être *en vie* signifie d'être *non indifférent* aux conditions dans lesquelles cette vie a lieu. Dès lors, la vie doit être envisagée comme entretenant un rapport essentiel au temps : elle n'est pas un « état » d'être, mais un processus. Elle n'est pas statique, mais inséparablement liée à / dotée d'une force créative. C'est en cela que la notion de normativité vitale rejoint des positions ontologiques nietzschéennes, et surtout bergsoniennes.

Dans une telle perspective, on peut difficilement penser la maladie comme un simple dérèglement quantitatif à l'intérieur d'un organisme, ou comme une pure agression affectant la santé du « dehors ». Comme si la maladie n'était, finalement, qu'un calque inversé d'une « bonne santé » élevée à l'état de norme et d'idéal de vie ; la manifestation d'un trouble *forcément* négatif venu d'ailleurs. Qu'on pense alors aux propos de Friedrich Nietzsche sur la « santé de l'âme » au § 120 (Troisième livre) de son *Gai Savoir* (1882, trad. 1997, p. 73) : il importe, écrit-il, de déterminer si nous pouvons « nous *passer de* la maladie, même pour le développement de notre vertu, et si en particulier notre soif de connaissance et de connaissance de nous-mêmes n'[a] pas tout autant besoin de l'âme malade que de l'âme saine : bref, si la volonté exclusive de santé n'[est] pas un préjugé, une lâcheté et peut-être un reste de barbarie et de mentalité arriérée des plus raffinées. »

Aussi, le défi revient-il à penser la maladie, tout à la fois, comme une nouvelle ou une autre norme – relevant de la même normativité vitale que la « santé » –, et dans la différence de nature qui la sépare de celle-ci.

3- Diagnostic médical et annonce au patient

Dans la relation complexe entre médecin et patient, l'essentiel se joue au niveau du contact personnalisé généralement appelé « colloque singulier ». Celui-ci accompagne le parcours du patient – lequel commence, en fait, avec la décision d'aller consulter – depuis la découverte, l'identification ou la qualification de ses problèmes de santé, jusqu'à l'évolution de ceux-ci, et, idéalement, leur « résolution ». Mis à part les problématiques spécifiques liées à la prévention des maladies en général, ce parcours se subdivise en trois étapes fondamentales : le diagnostic (qui découle partiellement de l'anamnèse), le traitement et le suivi. Ces trois étapes – au cours desquelles la participation responsable des deux parties est requise – soulèvent une série de questions qu'on peut individualiser, mais qui constituent, en même temps, une unité fonctionnelle indivisible.

Le colloque singulier repose, pour le praticien, sur cette connaissance collective qu'est l'« Art (en un sens rigoureux et digne, à ce titre, d'être questionné) de la Médecine » ou « Art de guérir » – et ceci dans toutes ses branches, y compris diagnostiques. Bien entendu, le patient et le médecin apportent, dans le cadre de cet échange, des éléments essentiels liés à leur personnalité et à leur histoire : patrimoine génétique (celui du patient), éducation, scolarité, équilibre psychosomatique, déontologie (celle du médecin), etc. Partant, la réussite du colloque singulier implique-t-elle tout un ensemble de facteurs que sont la langue véhiculaire utilisée, le vocabulaire spécifique / technique mobilisé par le praticien à l'intention du patient, les limites de la communication inhérentes au comportement des deux protagonistes, mais aussi la connaissance (ou, éventuellement, l'ignorance) des récentes spécificités législatives relatives aux droits du patient.

Tous ces éléments, inclus dans la phase diagnostique du colloque singulier, doivent, à l'évidence, être complétés par l'apport des examens paramédicaux (issus de la biologie clinique et de l'imagerie médicale) afin d'aboutir à la phase décisive du parcours du patient : le traitement. C'est pourquoi, dans le cadre de cette UEE, il s'agit pour nous de réfléchir les conditions mêmes (conditions discursives, rhétoriques) d'annonce du diagnostic médical et du traitement thérapeutique choisi. Une annonce qui, pour favoriser le succès de l'entreprise, doit être aussi explicite que possible, et adaptée à la situation pathologique ainsi qu'à la personnalité du patient. C'est dès lors une étude approfondie des relations entre *rhétorique et médecine* qui s'avère indispensable.

4- Rhétorique et médecine

Si de nos jours le rapprochement entre rhétorique et médecine peut sembler, à tout le moins, surprenant, les Grecs de l'Antiquité y voyaient, au contraire, une association topique. On mentionnera, en premier lieu, la relation bien connue entre *pharmakon* et *logos* (le discours, la parole) – un *logos* tout à la fois remède et poison (drogue) du corps comme de l'âme. Plus singulièrement, ces deux disciplines peuvent faire l'objet d'une analogie sur le plan épistémologique. Ainsi, lorsque l'on considère l'activité de *juger* et de *décider*, on constate que la rhétorique et la médecine rencontrent une difficulté commune dans leur saisie ou, pour le dire autrement, dans leur confrontation au monde. Lequel, complexe et ouvert, intègre des phénomènes aussi bien éthiques que politiques, mais aussi des données naturelles dont la régularité (qui se livre sous une forme telle que : « le plus souvent » ou « dans la plupart des cas ») admet, par définition, des exceptions. La complexité de la pratique médicale – dans ses trois étapes initiales que sont l'anamnèse, le diagnostic et la prévision... processus qui mène à l'élaboration d'un traitement *ad hoc* – est liée au fait de devoir juger, d'arrêter des choix, de décider face à ce qui (au moins partiellement) est flou, incertain et indéterminé, à savoir : la maladie.

Dès lors, la démarche conjecturale peut être considérée comme la seule recevable (du moins la seule réellement *pratique* et *efficace*) pour appréhender la maladie – non pas en tant que concept, mais comme cas concret, événement. D'une part, cette démarche singulière constitue une connaissance en acte ; une connaissance souple, faillible, élastique, qu'on peut rapprocher, par exemple, de la pratique divinatoire. D'autre part, elle offre un moyen unique de découverte et de connaissance par-delà le visible, le sensible, l'immédiatement perceptible. Ce qui résulte d'une telle approche épistémologique – pour la médecine comme pour la rhétorique – n'est pas une vérité certaine, irrécusable, mais une vérité précaire et révisable, c'est-à-dire aussi *humaine*. Dans cette direction, le débat sur le statut épistémologique de la médecine et de la rhétorique pourrait être renforcé en convoquant la notion grecque de *technè*. La médecine, comme la rhétorique, est une *technè* (une technique, un art, un artisanat) au sens où, l'une et l'autre, utilisent de concert la *tête* et la *main*.

Finalement, il importe au médecin, comme au rhétoricien, de connaître la théorie et la pratique ; de savoir les embrasser dans un même mouvement. Praticiens, ils doivent suivre la voie du *phronimos*, le prudent d'Aristote : cet homme capable de saisir le moment opportun (le *kairos*) et de s'inventer (quand l'occasion d'agir se présente) des règles droites ; capable également de prendre des décisions aussi bonnes que possible et de les faire légitimement accepter par le discours.

5- Soigner par la parole

Complémentaire de l'axe précédent, celui-ci invite à considérer la capacité même de soigner comme un caractère propre de la parole. Partant, cette disposition à soulager la douleur (de l'âme et du corps), voire même de guérir, peut être considérée et décrite comme un ressort typiquement rhétorique. Ce pouvoir de guérison par la parole, sa reconnaissance comme *pharmakon*, trouve son lieu d'expression et d'exercice privilégié dans la pratique psychanalytique. Freud – dont on sait, par ailleurs, qu'il avait de très solides connaissances en physiologie – reconnaît dans la substitution de la cure par la parole à l'hypnose, l'acte fondateur de cette pratique thérapeutique. Les mots, écrit-il ainsi dans « Traitement psychique (traitement d'âme) », sont justement « l'instrument essentiel du traitement psychique » (p. 2). En effet, « qu'elle se veuille agent de guérison, de formation ou de sondage, la psychanalyse n'a qu'un médium : la parole du patient. L'évidence du fait n'excuse pas qu'on le néglige » poursuit Jacques Lacan en 1956 dans « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse » (p. 247-248).

Or, cette fonction curative de la parole a quelque chose de troublant voire de dérangeant pour le « profane ». En effet, les mots prennent, dans cette optique, un tour presque *magique* ; une dimension prométhéenne. Freud les regarde justement comme des outils, des leviers, des ressorts permettant un travail intérieur. Il souligne d'ailleurs, dans son texte déjà cité, qu'il est difficile de « comprendre comment les troubles pathologiques de l'esprit et du corps peuvent être supprimés [c'est-à-dire traités et guéris] par de simples mots. [...] [L]es mots dont nous nous servons quotidiennement ne sont pas autre chose qu'une magie affaiblie ; mais il nous faudra adopter un chemin détourné si nous voulons expliquer la façon dont la science s'y prend pour restituer aux mots une part au moins de leur [force] magique de jadis » (p. 2).

C'est à cet égard, qu'il importe (à l'occasion de nos travaux) de questionner et d'analyser les conditions d'efficacité de la parole psychanalytique : le travail qu'elle opère, les ressources qu'elle mobilise, les changements et les bouleversements dont elle constitue le support.

6- Bioéthique et parole du patient

Au reste, s'il est un aspect où la maladie apparaît comme traversée d'enjeux proprement langagiers, c'est bien le discours de la plainte. Il s'agit même du premier aspect de la maladie en général. D'ailleurs, suivant l'intuition de Georges Canguilhem, la souffrance des hommes et son énonciation par la plainte précèdent historiquement, mais aussi logiquement, l'institution de la médecine comme science. La réflexion rencontre cependant une première difficulté dans la question de savoir quel degré de prise en compte de la plainte est autorisé ou conseillé au médecin – selon une normativité qui n'est pas, ou du moins pas d'abord, celle, *catégorique*, de la morale, mais celle, *hypothétique*, de l'efficacité la plus grande de l'acte de soin. À supposer, par exemple, que le trouble psychique trouve, invariablement, son étiologie suffisante dans une atteinte au substrat organique, la parole du patient ne saurait faire foi, en quelque mesure que ce soit, sur la nature du symptôme. Le travail psychanalytique, en revanche, offre, nous l'avons rappelé plus haut, une grande place à l'exercice de la parole par le patient lui-même. Mais cette parole,

qui se ré-inscrit dans la sphère circonscrite par le symptôme, demande à être interprétée car elle n'a pas valeur de témoignage objectif *sur* le symptôme en tant que tel.

Une analyse du discours de la plainte – à supposer toutefois que celui-ci fasse foi sur lui-même –, menée grâce aux outils de la linguistique structurale, permet d'effectuer des constatations étonnantes et de reformuler la problématique éthique afférente à la prise en compte, ou non, de la parole du patient au sein de l'acte de soin. Concrètement, si l'on distingue, avec le linguiste Roman Jakobson, entre diverses *fonctions* du langage correspondant aux diverses opérations que peut réaliser un message encodé dans un contexte donné, on se trouve confronté à un étrange paradoxe. Tandis que la plainte procède, le plus souvent, d'un affect intense et douloureux ressenti par une subjectivité supposée inaccessible, sa formulation se réalise cependant, non sur le mode lyrique de la fonction *émotive* du langage, mais se replie, au contraire, délibérément et systématiquement, sur sa fonction *référentielle* – c'est-à-dire sur les aspects les plus froidement objectifs (descriptifs et narratifs) de la pathologie incriminée. Pourquoi ? S'agit-il d'instituer, déjà, une auto-réaction thérapeutique contre la maladie ? S'agit-il de concurrencer, par avance, le médecin sur son propre terrain, en lui prescrivant implicitement (selon une modalité éthique à fixer) un certain nombre de conduites à tenir ?

Dans cette direction, une seconde référence linguistique peut se révéler utile. Partant, si l'on distingue, avec John L. Austin, à l'intérieur du langage, entre un niveau *locutoire*, qui décrit, un niveau *illocutoire*, qui prescrit, et un niveau *perlocutoire*, qui prescrit *en décrivant*, on s'aperçoit que la plainte – semblable, le plus souvent, à une exposition dépassionnée de faits (virtuellement) constatables de tous – relève, en réalité, de l'entremêlement *sui generis* entre descriptif et prescriptif (mais selon quel type de normativité ?) que désigne, précisément, le concept de *perlocutoire* au sein de la présente analyse du langage. Dès lors, qu'en est-il de la pertinence des catégories austiniennes ? Finalement, c'est tout à la fois dans sa *référence* (aspect sémantique), dans sa *construction interne* (aspect syntaxique), dans ses *effets* (aspect pragmatique), et donc dans ses effets *éthiques*, que la parole du patient (mais aussi celle du médecin) devra être étudiée au sein de la présente Université Européenne d'Été.

7- Représenter, raconter, témoigner : la maladie comme matière littéraire

Qu'il s'agisse de raconter une épidémie (peste, grippe espagnole), de décrire une pratique médicale (celle de médecin de campagne ou d'urgentiste), de témoigner d'une expérience individuelle (relative à l'institution médicale) ou d'un état pathologique (épilepsie, tuberculose, cancer, prématurité, problèmes circulatoires, sida, addictions en tout genre, etc.), la maladie – vue ou vécue, réelle ou imaginée – traverse l'histoire de la littérature de l'Antiquité à nos jours. Qu'on pense ici, entre autres, à Hérodote, Plin l'Ancien, Thucydide, Dostoïevski, Nietzsche, Proust, Géza Csáth, Artaud, Thomas Mann, Camus, Susan Sontag, Guibert...

Souffrant, exténué, décharné, méprisé, éclaté, ou, au contraire, combatif et glorieux, la mise en scène du corps accompagne sans cesse ces récits-là. À cet égard, la démarche *thanatographique* d'Hervé Guibert a quelque chose d'exemplaire. En effet, elle rend compte d'un corps transfiguré par le sida ; un corps confronté à sa désincarnation même, à sa déroutante identité. En fait, souligne Guibert, le sida ne constitue pas, en tant que tel, une négation du corps – lequel ne cesse de « lutte[r] [...] contre les assauts du virus » (1990, p. 69), contre sa propre décomposition –, c'est la médicalisation (comme processus froid, sans émotions, déshumanisant) qui crée la perte d'identité et éloigne, c'est-à-dire sépare, de son propre corps. Guibert raconte, se raconte, se dissèque pour essayer d'expliquer cette perte, ce dépouillement absurde qui l'oblige à affronter un « corps ruiné » (1991, p. 31), réduit à l'état de squelette, de cadavre vivant.

Concrètement, il se sert du travail d'écriture comme d'un appui pour faire subsister son corps face à une médicalisation pour qui l'homme, finalement, n'est plus qu'un « carton avec un numéro » (1990, p. 155).

Narrations, monstrations, descriptions, témoignages, ce sont tous ces matériaux littéraires qu'il nous faudra analyser pour mieux comprendre comment la maladie – dans ses dimensions culturelles, sociales, politiques, idéologiques, anthropologiques, etc. – s'inscrit au sein d'histoires individuelles ou/et collectives.

Bibliographie sélective

- ARISTOTE, *Rhétorique*, trad. Médéric Dufour (et André Wartelle), Paris, Les Belles Lettres, Coll. des Universités de France, 1989-1991 [1938-1973] (3 vol.).
- —, *Éthique à Nicomaque*, trad. Jules Tricot, Paris, Librairie J. Vrin, coll. « Bibliothèque des Textes Philosophiques », 1990.
- ARTIÈRES Philippe et PIERRET Janine, *Mémoires du sida. Récit des personnes atteintes (France : 1981-2012)*, Paris, Bayard, coll. « Essais », 2012.
- AUSTIN John L., *Quand dire c'est faire* (1962), trad. Gilles Lane, Paris, Éd. du Seuil, Paris, 1970.
- BALUTET Nicolas (dir.), *Écrire le sida*, Lyon, Éd. Jacques André, Coll. Thériaka, remèdes et rationalité, 2010.
- BALZAC Honoré (de), *Le Médecin de campagne*, Paris, Le Livre de Poche, coll. « Classiques », 1999 [1833].
- BARRIER Philippe, *La blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*, Paris, PUF, coll. « Science, histoire et société », 2010.
- BOORSE Christopher, « On the Distinction between Disease and Illness », *Philosophy and Public Affairs*, vol. 5, n° 1, automne 1975, p. 40-68.
- —, « Wright on Functions », *The Philosophical Review*, t. LXXXV, janvier 1976, p. 76-86.
- —, « What a Theory of Mental Health should be », *Journal of the Theory of social Behaviour*, t. VI, 1976, p. 61-84.
- —, « Health as a theoretical Concept », *Philosophy of Science*, vol. 44, n° 4, 1977, p. 542-573.
- BOUDON-MILLOT Véronique, GUARDASOLE Alessia, MAGDELAINE Caroline (dir.), *La science médicale antique. Nouveaux regards. études réunies en l'honneur de Jacques Jouanna*, Paris, Beauchesne, coll. « Bibliothèque historique et littéraire », 2007.
- BOUKOVSKY Vladimir, *Jugement à Moscou. Un dissident dans les archives du Kremlin*, trad. Louis Martinez, Paris, Robert Laffont, 1995.
- —, *Une nouvelle maladie mentale en URSS : l'opposition*, Introduction Jean-Jacques Marie, Paris, Éd. du Seuil, coll. « Combats », 1971.
- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, coll. « Galien », 1966 [1943].
- —, *The Normal and the Pathological*, trad. Carolyn R. Fawcett et Robert S. Cohen, Dordrecht/Boston/Londres, D. Reidel, coll. « Studies in the History of Modern Science », 1978.
- CHAUVIRÉ Jacques, *Journal d'un médecin de champagne suivi de Funéraires*, Bazas, Éd. Le temps qu'il fait, 2004.
- CSÁTH Géza, *Dépendances. Journal (1912-1913)*, trad. Thierry Loisel, Talence, Éd. L'Arbre vengeur, 2009 [1989].
- DOSTOÏEVSKI Fedor, *L'Idiot* (1869), trad. Albert Mousset, Préface d'Alain Besançon, Paris, Gallimard, coll. « Folio classique », 2001.
- EHRENBERG Alain, *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, coll. « Bibliothèque », 2008 [1998].

- ENGELHARDT H. Tristram, Jr., « The Concepts of Health and Disease » (1975), dans CAPLAN, Arthur L., ENGELHARDT Tristram H., Jr., et MCCARTNEY James J. (éd.), *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, Reading (MA), Addison-Wesley Publishing Company, 1981, p. 31-45.
- FAGOT-LARGEAULT Anne, *Médecine et philosophie*, Paris, PUF, coll. « Éthique et philosophie morale », 2010.
- —, DEBRU Claude, MORANGE Michel (dir.), et HAN Hee-Jin (éd.), *Philosophie et médecine. En hommage à Georges Canguilhem*, Paris, Librairie J. Vrin, coll. « L'histoire des sciences – Textes et études », 2008.
- FAIZANG Sylvie, « Secret et mensonge dans le discours médical », *Cités*, 2/2006, n° 26, p. 27-36.
- FOUCAULT Michel, *Maladie mentale et personnalité*, Paris, PUF, coll. « Initiation Philosophique », 1954 (éd. révisée 1962).
- —, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Librairie Plon, s.d. 1961 (éd. révisée 1972).
- —, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, coll. « Galien », 1963.
- FREUD Sigmund, « Traitement psychique (traitement d'âme) » (1890), dans *Résultats, idées, problèmes. Tome I – 1890-1920*, Paris, PUF, coll. « Bibliothèque de psychanalyse », 1998, p. 1-23.
- GIROUX Élodie, *Après Canguilhem. Définir la santé et la maladie*, Paris, PUF, coll. « Philosophies », 2010.
- GOFFMAN Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* (1961), trad. Liliane et Claude Lainé, Paris, Éd. de Minuit, coll. « Le sens commun », 1968.
- GRMEK Mirko D., *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris, Payot, coll. « Petite bibliothèque Payot », nouvelle édition revue et augmentée, 1995 [1989].
- GUIBERT Hervé, *À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie*, Paris, Gallimard, 1990.
- —, *Le protocole compassionnel*, Paris, Gallimard, 1991.
- GUSDORF Georges, *Dialogue avec le médecin*, Genève, Éd. Labor et Fides, coll. « Éthique. Croire, penser, espérer », 1962.
- HERZLICH Claudine, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Préface de Serge Moscovici Paris, École des hautes études en sciences sociales, 1992 [1969].
- HILLMAN James, *La fiction qui soigne*, trad. Élise Argaud, Paris, Payot, coll. « Manuels », 2005 [1994].
- JAKOBSON Roman, *Essais de linguistique générale*, 2 vol., trad. Nicolas Ruwet, Paris, Éd. de Minuit, 1963-1973.
- JOUANNA Jacques, « Rhétorique et médecine dans la *Collection hippocratique*. Contribution à l'étude de la rhétorique au V^e siècle », *Revue des Études grecques*, n° 97, 1984, p. 26-44.
- KAFKA Franz, *Un médecin de campagne* [1919], et autres récits – *Ein Landarzt, und andere Erzählungen*, trad. Claude David, Paris, Gallimard, coll. « Folio bilingue », 2011.
- LACAN Jacques, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse » (1956), dans *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 237-322.
- LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, coll. « Bibliothèque scientifique », 1992.
- LE BLANC Guillaume, *Les maladies de l'homme normal*, Paris, Vrin, coll. « Matière étrangère », 2007 [2004].
- LEONI Sylviane, *Le Poison et le remède. Théâtre, morale et rhétorique en France et en Italie (1694-1758)*, Oxford, Voltaire Foundation, 1998.
- LESTRADE Didier et PIALOUX Gilles, *SIDA 2.0. Regards croisés sur trente ans d'une pandémie... et demain ?*, Paris, Fleuve Noirs, coll. « Docs », 2012.

- MANN Thomas, *La Montagne magique* (1924), trad. Maurice Betz, Paris, Arthème Fayard et Cie, 1931.
- MARGOLIS Joseph, « Illness and Medical Values », *The Philosophy Forum*, 8, 1959, p. 55-76.
- NIETZSCHE Friedrich, *Le Gai Savoir* (1882), trad. Patrick Wotling, Paris, Flammarion, coll. « GF », 1997.
- NORDENFELT Lennart, *On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach*, Dordrecht, Kluwer, coll. « Philosophy and Medicine », 2^e éd. revue et corrigée, 1995 [1987].
- — et LINDAHL Börje Ingemar Bertil (éd.), *Health, Disease and Causal Explanations in Medicine*, Dordrecht / Boston / Lancaster, D. Reidel Publishing Company (Kluwer), coll. « Philosophy and Medicine », vol. 16, 1984.
- PENDER Stephen et STRUEVER Nancy S. (éd.), *Rhetoric and Medicine in Early Modern Europe*, Burlington, Ashgate Publishing, 2012.
- SONTAG Susan, *La maladie comme métaphore* (1978) et *Le sida et ses métaphores* (1988), trad. Marie-France de Paloméra et Brice Matthieussent, Paris, Éd. Christian Bourgeois, coll. « Titres », 2009.
- SZASZ Thomas S., *The Myth of mental Illness*, New York, Harper & Row, 1961.
- VIGARELLO Georges, *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen-âge*, Paris, Éd. du Seuil, coll. « Points – Histoire », 1999 [1993].
- WORMS Frédéric, *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?*, Paris, PUF, coll. « Éthique et philosophie morale », 2010.
- WRIGHT Donald, *Du discours médical dans à la recherche du temps perdu. Science et souffrance*, Préface d'Antoine Compagnon, Paris, Honoré Champion, coll. « Recherches Proustiennes », 2007.
- ZORN Fritz, *Mars. « Je suis jeune et riche et cultivé, et je suis malheureux, névrosé et seul »* (1977), Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1982.

Méthodologie générale de l'UEE

Comme dans les précédentes UEE du réseau OFFRES, le travail sera organisé en **conférences plénières** (le matin) et en **ateliers thématiques** (l'après-midi). Nous aurons cette année le plaisir d'entendre une vingtaine de conférenciers francophones (de Belgique, de France, d'Europe centrale et orientale) issus de toutes les sciences humaines mais aussi du monde médical. Chaque conférence, d'une durée de 30 min., sera suivie d'une discussion avec la salle d'environ 20 minutes.

Les huit ateliers thématiques, quant à eux, ont pour principale vocation la formation méthodologique à la recherche – notamment à la rédaction d'articles et de communications. Coordonné (de préférence) par deux responsables, chaque atelier comprend habituellement de cinq à huit participants. Les responsables d'ateliers (souvent de jeunes chercheurs) sont choisis par le Conseil scientifique de l'OFFRES. Les ateliers se tiennent en parallèle sur toute la durée de l'UEE et le travail s'y déroule en six séances réparties comme suit (la proposition n'est contraignante) :

- 3 séances de travail en équipe (d'une durée de 3 heures) ;
- 1 séance de travail individuel ;
- 1 séance de rédaction en commun ;
- 1 séance plénière de présentation des résultats des ateliers.

Le type de travail mené dans le cadre des ateliers – qu'il s'agisse de lectures de textes ou de brèves communications suivies d'une discussion critique – est principalement lié au niveau d'avancement et aux compétences scientifiques des participants. Au reste, l'organisation des séances comme le choix de la



UNIVERSITÉ EUROPÉENNE D'ÉTÉ DU RÉSEAU OFFRES
16-24 JUILLET 2014, UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES
Les discours sur la santé et la maladie.
Diagnostiquer, annoncer, soigner
www.offres.ro
uee2014@gmail.com

méthode de travail restent du ressort des responsables de chaque atelier. Enfin, les doctorants sont encouragés à produire des textes publiables. Les coordinateurs choisiront les meilleurs textes puis les soumettront au Comité scientifique de l'OFFRES en vue de les faire publier.

Les frais d'inscription sont de 30 € et permettent de couvrir l'ensemble des repas du midi. Le reste est pris en charge par les organisateurs de l'UEE 2014.