

UNIVERSITÉ DE PARIS 8
ÉCOLE DOCTORALE PRATIQUES ET THÉORIES DU SENS
LABORATOIRE DES THÉORIES DU POLITIQUE (LABTOP)

UNIVERSITÉ DE BRASILIA
DOCTORAT EN BIOÉTHIQUE
CHAIRE UNESCO DE BIOÉTHIQUE

Thèse en cotutelle pour obtenir le titre de
Docteure en Études de genre, mention science politique
Docteure en Bioéthique

Alejandra del Rocio BELLO URREGO

La gestion moderne de la souffrance.
Généalogie du corps souffrant en Colombie

Thèse dirigée par : Professeure Elsa DORLIN et Professeure Rita Laura SEGATO

Date de la soutenance publique : le 25 mai 2018

Jury (par ordre alphabétique)

Santiago CASTRO-GÓMEZ, Professeur, Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá, Colombie),
Rapporteur

Elsa DORLIN, Professeure, Université Paris 8 (Paris, France), *Directrice de thèse*

Wanderson FLOR do NASCIMENTO, Professeur, Universidade de Brasilia (Brasilia, Brasil)

Jean-Christophe GODDARD, Professeur, Université de Toulouse - Jean Jaurès (Toulouse, France), *Rapporteur*

Rita Laura SEGATO, Professeure, Universidade de Brasilia (Brasilia, Brasil), *Directrice de thèse*

Mercedes YUSTA RODRIGO, Professeure, Université Paris 8 (Paris, France), *Présidente du Jury*

Résumé

La gestion moderne de la souffrance. Généalogie du corps souffrant en Colombie

Être contrôlé et discipliné par l'institution médicale constitue paradoxalement un privilège, car seulement certaines personnes ont accès aux soins. Ce paradoxe est le point de départ pour : explorer la relation entre les processus de construction et de gestion du corps souffrant et la configuration d'une forme particulière de pouvoir, telle qu'elle s'exprime dans le développement de la médecine moderne en Colombie ; établir la généalogie d'une gouvernamentalité impériale prenant appui sur la prédation médicale des corps.

Ce travail s'attache à montrer le rôle majeur de la circulation globale des discours sur le corps souffrant dans la naturalisation d'une répartition globale et coloniale de la souffrance. La construction et la gestion de ce corps, coordonnées à l'échelle globale, continuent de naturaliser cette répartition en garantissant que la souffrance soit effectivement inscrite sur le corps. Ce dosage de la souffrance sous-tend un système ontologique proprement moderne défini sur une échelle allant d'humain à objet.

L'approche conceptuelle et méthodologique autour de cette problématique est une tentative de réponse à la question *comment critiquer la modernité à travers les outils de l'épistémè moderne (principalement au sein des savoirs réputés académiques) ?* Pour ce faire, le cadre d'analyse a recours aux positionnements du *black feminism*, du féminisme du tiers-monde étasunien, du tournant décolonial, des féminismes antiracistes latino-américains et s'inspire aussi de la perspective épistémologique andine (*la science du tissu aymara-quechua*). Ce travail dialogue également avec les études postcoloniales sur la médecine et avec l'histoire des émotions.

Abstract

The modern management of suffering. Genealogy of the suffering body in Colombia.

Paradoxically, being controlled and disciplined by the medical institution is a privilege, since only some people can access it. This paradox constitutes the starting point: to explore the relationship between the processes of construction and management of the suffering body and the configuration of a particular form of power, as it is expressed in the development of modern medicine in Colombia; and to establish the genealogy of an imperial governmentality based on the medical predation of bodies.

This work tries to demonstrate the leading role of the global circulation of discourses on the sick body in the naturalization of a global and colonial distribution of suffering. The construction and management of this body, coordinated on a global scale, continue to naturalize this distribution guaranteeing that suffering is effectively inscribed in the bodies. This dosage of suffering conditions a properly modern ontological system defined on a scale that goes from the human to the object.

The conceptual and methodological framework from which this problem is addressed is an attempt to answer the question: how to criticize modernity through the tools of modern episteme (mainly within the knowledge known as academic)? For this, this analysis frames dialogues with the ways of thinking of: black feminism, feminism of the third world of the United States, decolonial turn, and Latin American anti-racist feminisms. This analysis is also inspired by the Andean epistemological perspective (the science of Aymara-Quechua weaving). Additionally, this work dialogues with postcolonial studies on medicine and with the history of emotions.

Mots clés

Corps souffrant, Critique de la colonialité, Médecine, Pouvoir, État-Nation

Keywords

Suffering body, Critics of coloniality, Medicine, Power, Nation-State.

A mi mamá y a mi noná por los cuidados de toda una vida y por haberme enseñado en ejemplo y palabra la insumisión. A mi tía por su amor, cuidado y apoyo. A mi hermano Juan por ser parte de lo que soy. A mi abuelo por sus cuidados, guisos y sancochos. A mi hermana Tania, a mi hermana Andrea y a mi sobriprima Sofia, con quienes aprendí el amor que nace de cuidar, ver crecer y compartir una vida.

À la meute indéfinie

À Berta Cáceres y a todas las Bertas de Nuestra-America, a todos los seres que como ellas no mueren, se convierten en semilla, a las comunidades del mundo que luchan, a la memoria de las y los líderes sociales asesinados bajo la mirada complice del Estado Colombiano, durante el mandato presidencial del Nobel de Paz ,y la comunidad Internacional.

À Berta Caceres, et à toutes les Berta de Notre-Amérique, à tous les êtres qui comme elles ne meurent pas mais qui deviennent des graines. Aux communautés du monde qui luttent, à la mémoire des leaders sociaux assassiné.e.s sous le regard complice de l'État colombien, pendant le mandat présidentiel du lauréat du prix Nobel pour la paix, et de la communauté internationale.

Communauté de pensée

Este escrito emerge de la conjunción de encuentros, desencuentros, viajes, fronteras... modos de estar en el mundo cuya confluencia, tensión y yuxtaposición determinaron que este texto existiera y sea lo que es.

Igualmente, es el producto de una amalgama en la que confluyen tanto el trabajo intelectual como el trabajo de *care* de múltiples seres. Aceptando la imposibilidad de sintetizar lo inconmensurable, intentare expresar mi agradecimiento a todas las personas que aportaron de diferentes maneras a este trabajo.

Les agradezco a mis dos directoras Rita Segato y Elsa Dorlin sus lecturas, comentarios, correcciones, y consejos. Ambas son un gran ejemplo de cómo pueden confluír la brillantez académica con actos comprometidos. A ambas les debo una apertura extrema de los horizontes para imaginar el mundo. A ambas les agradezco el ejemplo de insumisión.

Le agradezco particularmente a Elsa su apertura y esfuerzo para construir un puente para que pudiéramos llegar a entendernos aun viniendo de universos tan distintos. Le agradezco la profundidad de su pensamiento y la pertinencia de sus aportes. Je remercie particulièrement Elsa pour son ouverture et ses efforts pour construire un pont qui nous permette de nous comprendre même en venant d'univers si différents. Je la remercie de la profondeur de sa pensée et de la pertinence de ses apports.

A Rita, a cuyas obras comencé a leer aun estando en el colegio, le debo mucho de mi propia perspectiva crítica, y de mi ser feminista, como muchas otras de mi generación. Le agradezco profundamente cada una de las largas conversaciones que tuvimos. Le agradezco su coherencia profunda y su pensamiento agudo que hicieron de cada minuto a su lado una gran lección.

Agradezco a toda la comunidad de la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Brasilia el haberme regalado un contexto donde la migración fue aprendizaje, cariño, intercambios recíprocos y alegría. Particularmente le agradezco al profesor Volnei Garrafa, maestro de mente aguda y corazón abierto, quien a través de su ejemplo me enseñó nuevas maneras contrahegemónicas de entender y hacer la política. Agradezco la oportunidad de haber podido compartir y aprender directamente de él, en esta etapa de doctorado, más de 10 años después de haberme cruzado con sus primeros textos sobre Bioética de la Intervención. Le agradezco su amistad la cual valoro profundamente. Le agradezco por enseñarme a mí, y a todos sus estudiantes, no solo a través de palabras, sino a través de actos, lo que significa la solidaridad crítica. Al profesor Wanderson Flor Do Nascimento le agradezco sus comentarios sobre mi proyecto de tesis en la *qualificação*. Aportes que gracias a su pertinencia y agudeza me permitieron ajustar esta investigación hacia una mejor dirección. Su trabajo fue una gran fuente de inspiración, especialmente su concepto sobre Colonialidad de la vida.

Le agradezco a la comunidad de pescadores de Boipeba por haber intercambiado conmigo cuidados, saberes, abrazos, frutas, ideas, experiencias, recetas, danzas, peixes, paseos, etc. Les agradezco todo lo aprendido en los meses compartidos durante la escritura de la versión final de esta tesis. Infinita gratidão por haber transformado un momento muy difícil en uno de los mejores de mi vida. A dona Meca, a Lula, a Lurdes, a Cristina, a Mila. Gratidão eterna.

Le agradezco a la profesora Mara Viveros, a la profesora Madel Therezinha Luz y al profesor Jaime Breilh por haberme ayudado en el momento de la delimitación de la problemática. A Madel por su paciencia para transmitirme su método para organizar las ideas, el cual fue de gran utilidad. A Mara Viveros por sus oportunos comentarios así como por sus precisas recomendaciones bibliográficas. Y a Jaime Breilh por haberme aclarado con generosidad y agudeza mis dudas sobre la Medicina Social Latinoamericana. Igualmente le agradezco al profesor Santiago Castro-Gómez por la generosidad con la que se dispuso a discutir mi texto desde la primera vez que le escribí.

Le agradezco a Carolina Morales mi interés político por la Medicina Social Latinoamericana. Su trabajo es uno de los mejores ejemplos del compromiso social sincero que siempre admire de esa propuesta. Le agradezco las múltiples veces que conversamos sobre el tema.

Le agradezco al profesor Harley Aguirre la minuciosidad y rigurosidad con la que esta llevando a cabo el rescate de las tesis de medicina de la Universidad Nacional, y con ello el rescate de todo un capítulo de la historia de Colombia. Y ante todo le agradezco su gran generosidad al compartirme su trabajo, sin el cual, esta tesis simplemente no hubiera sido posible.

Infinitas gracias a todas las personas que participaron de las entrevistas. Gracias por conversar conmigo durante horas pese a sus apretadas agendas. Gracias por abrirme la puerta de sus casas y oficinas y por compartir con toda generosidad sus historias.

À Dragos, un être à la frontière, qui m'a ouvert la porte vers la parole dans un monde qui n'écoute que sa propre voix. Gracias por abrirme generosamente las puertas de Francia y los Balcanes. Gran amigo con quien siempre estaré en deuda por su inconmensurable ayuda. Le agradezco el amor y la solidaridad expresadas en largas horas, días, meses de lectura y reescritura. Le agradezco sus ideas. Y también la *zacusca* y el *borş* en invierno.

À la collective indéfinie, Adriana y Carolina, les corps qui font partie de mon corps dans le sens le plus moléculaire du terme. Pour engendrer (porter) avec moi, dans notre ventre collectif, le virus qui tue l'économie de la cruauté. Pour le plaisir, l'amour et la lutte furieuse que nous accouchons tous les jours.

À Carolina, por su creatividad, solidaridad, coherencia, dulzura, cuidados; por ser el ser mágicamente bizarro que es. A Liliana por todo el amor que nos une y por su ejemplo de coherencia y compromiso. A Juan David por haberme compartido la magia de su mundo. A

lxs tres por la generosidad y claridad con la que me compartieron sus saberes en Filosofía, Sociología e Historia.

A Camilo e Iris, seres con quienes reinventamos cada día y desde las fronteras de tres países un amor profundo y revolucionario lleno de respeto, cuidado y libertad. Les agradezco las largas horas de conversación sobre cada uno de los temas que aborda esta tesis, el tiempo dedicado a ayudarme con los idiomas, sus ideas, aportes, mimos.

A Andrea por toda su generosidad expresada en ayudas concretas para que esta investigación fuera posible. Le agradezco su tiempo, rigurosidad e ideas. Gracias por permitirme seguir compartiendo una amistad que ya dura toda una vida.

À Wendy Dutra, gratidão eterna, por me ensinar a *Be* exatamente onde eu quero, e como eu quero, *Be*.

A Noé le agradezco su solidaridad, el haber llevado a los actos el anticapitalismo, al haberme dado junto con Carolina un alojamiento digno y festivo en Paris cuando más lo necesite. Merci.

A Gonzalo por su solidaridad antipatriarcal y decolonial. Por su compromiso con construir a través de actos concretos un mejor mundo para todxs. Y particularmente por ayudarme a traducir este texto al español pese a los tiempos locos y presupuestos escasos.

A quien han hecho parte de mi vida en Paris les agradezco esta experiencia llena de tensiones, fiesta y rebeldía. Le agradezco a quienes conforman Alerta Feminista, a las Guarichas Cosmicas, a todas las de Arte, a Carla Trenfo, a Malena, a Marianna, a Maye, a Carla Guerra, a Catalina, a Pascal, a Gaëlle, a Xiaoyi, a Julien... Le agradezco a todas aquellas personas que existen más allá de lo que sus pasaportes dicen sobre su ser en el mundo. Seres

gracias a quienes no solo logre estar bien sino gozarme profundamente los 6 años que he vivido en Francia.

Les agradezco a Lina y a Leidy por su amistad de larga data que alegra mi vida, así como todos los seres que aun no habiendo participado directamente de esta tesis, hacen parte de lo que soy.

A minha sangha em Brasília, o grupo de meditação Zen Planalto. Especialmente a Anamaria por enseñarme que no es necessário entenderlo todo. Hay saberes que solo se sienten.

Tabla de contenido

Résumé	2
Abstract	3
Mots clés	4
Keywords	4
Communauté de pensée	6
Introduction	13
<i>Pour conclure</i>	19
Introduction méthodologique	21
<i>Cadre d'analyse de la modernité et du pouvoir</i>	21
<i>Perspective critique</i>	25
L'académie comme lieu d'énonciation	30
Production intellectuelle comme artisanat du sens	32
<i>Perspective méthodologique et traitement des sources</i>	33
Les modes de faire.....	33
La science du tissu.....	33
Méthodologie <i>ch'ixi</i>	35
Analyse des sources.....	36
Catégories pour l'analyse historique : les émotions et la souffrance comme traces de la construction du monde moderne.....	37
Les émotions comme catégorie historique.....	39
Chapitre I : Le corps souffrant, la nation et ses autres	41
<i>Le corps colombien normal est souffrant</i>	44
<i>Les régions et l'autre de la nation métisse</i>	51
« Notre métis »	54
L'État arrive au Putumayo avec la guerre	57
Le Chocó et les peuples noirs	64
<i>La gestion des ventres</i>	70
La sainte et la pute	71
Du sexe sacré de la femme d'élite vers le sexe impie de la prostituée.....	75
Des non-blancs à des ouvriers métis	79
<i>Devenir population : être soigné, colonisée, normalisé. Être humanisé</i>	85
Nation métisse.....	87
L'aliénation est le prix de l'humanité.....	89

Chapitre II : La construction du corps souffrant en Colombie, la géopolitique impériale et la nation métisse	90
<i>La construction du corps souffrant et l'influence impériale de l'Espagne, de la France et des États-Unis en Colombie.....</i>	<i>92</i>
<i>La circulation globale des idées sur le corps souffrant et la géopolitique du début du XX^e siècle en Amérique latine</i>	<i>120</i>
La soumission intellectuelle, le corps souffrant et la géopolitique : le cas de la formation des nations métisses au début du XX ^e siècle.....	134
<i>L'importation du corps souffrant et la construction de la nation colombienne</i>	<i>141</i>
<i>Le corps souffrant et l'économie impériale des idées</i>	<i>150</i>
Chapitre III : Gestion du corps souffrant et économie moderne de la cruauté..	156
<i>La construction du corps souffrant enceint : les catégories médicales et la naturalisation de la cruauté.....</i>	<i>157</i>
<i>Normalisation de la cruauté et mortalité maternelle.....</i>	<i>161</i>
<i>La création des médecins : la gestion du corps souffrant par exposition à la cruauté.....</i>	<i>173</i>
La construction du médecin par absorption de la personne dans l'institution	175
L'institutionnalisation de la cruauté	183
Répondre à la souffrance d'autrui est <i>un acte d'amour</i> et l'amour vient de l'identification	199
De la médecine comme science politique vers la médecine comme travail du <i>care</i>	205
L'amour casse le pouvoir mais <i>Narcisse trouve moche ce qui n'est pas un miroir</i>	215
<i>La gestion du corps souffrant et la naturalisation de l'économie de la cruauté.....</i>	<i>220</i>
Conclusion	225
<i>Résultats.....</i>	<i>226</i>
L'échelle nationale. Les corps à faire vivre et les Autres, éléments du territoire.....	226
L'imbrication entre l'échelle nationale et l'internationale. Corps souffrant, géopolitique impériale et nation métisse.....	227
Le continuum entre le local et le global. Faire souffrir est l'action qui structure la modernité	229
Le corps souffrant et le pouvoir	230
<i>Comment penser la vie au-delà de l'État ? Le défi de la prise en charge de la souffrance</i>	<i>231</i>
<i>Nouveaux horizons de recherche : la souffrance au-delà de la médecine.....</i>	<i>234</i>
Surtout ne pas souffrir	234
Deux versants de l'accumulation coloniale : les corps-population et les corps-ressources	236
Références	239

Introduction

Jusqu'à très récemment encore, en Colombie il pouvait arriver sur les routes des régions rurales que les voitures se fassent arrêter par des groupes de guérilla à la recherche d'un médecin. Une fois identifiés, les médecins étaient obligé-e-s à rester de quelques heures à plusieurs jours ou semaines avec le groupe armé pour dispenser des soins médicaux aux troupes et à la population civile¹. Amener des soins médicaux, dans des régions où l'État ne le fait pas, a toujours constitué une stratégie gagnante des *guérillas* pour s'attirer la sympathie des habitants.

De son côté, l'État colombien a parfois contrôlé, voire coupé, l'approvisionnement de certains médicaments dans des zones de conflit, même si cela affectait aussi les civils². Il s'agissait souvent des vaccins et des médicaments contre des maladies tropicales transmises par des vecteurs endémiques dans la plupart des régions de conflit, du sérum contre les morsures de serpent, des anticonceptionnels et des instruments médicaux utilisés pour pratiquer des curetages ou des anesthésies. À l'époque où était en vigueur le décret 1923 de 1978³ (*Estatuto de Seguridad Nacional*) des médecins qui n'avaient jamais eu d'engagement politique ont été persécutés, torturés et ont parfois subi des disparitions forcées pour avoir vacciné ou soigné la population civile dans certaines zones sous l'influence de guérillas⁴. Pendant la première décennie des années 2000, lors des conquêtes territoriales des groupes paramilitaires, des médecins ont également été assassinés, persécutés ou contraints à l'exil dans des zones de conflit⁵ pour avoir dénoncé des attaques subies par la population civile et

¹ Cette pratique était connue comme le *ruralito*, en allusion au *rural*, période que les jeunes diplômés en médecine devaient passer dans des zones rurales ou pauvres comme condition avant que l'État leur octroie les pleins droits d'exercice de la médecine.

² Cette technique militaire était connue dans les villages en Colombie comme « *sacarle el agua al pez* » et consistait à empêcher l'approvisionnement de certains produits d'importance vitale.

³ Adopté par le gouvernement du président Julio César Turbay (1978-1982), ce décret donnait des attributions très étendues aux forces armées, comparables à celles d'un état de siège et/ou état de guerre.

⁴ Sur les médecins persécutés pour avoir administré des soins ou des vaccins à la population civile dans des zones de conflit voir : (Urrego Mendoza, 2016).

⁵ C'est le cas du Guaviare ou de Los Llanos.

en particulier des cas de torture sexuelle contre des femmes dont elles/ils ont été au courant à travers leur rôle de soignant-e-s.

Ces cas montrent que le contrôle des médicaments et des instruments médicaux est un objet stratégique dans les luttes pour le contrôle territorial et pour le gouvernement des corps. Mais, pourquoi ? Pourquoi dans certains contextes exercer la médecine non seulement n'est pas dans l'intérêt du dominant mais le défie suffisamment pour transformer la personne qui l'exerce en véritable cible ?

Deux hommes morts devant une maison, leur mère et grand-mère, une femme âgée et aveugle. Un groupe guérillero les a exécutés comme châtiment pour avoir vendu un *coca-cola* à des militaires ; ils ont épargné la femme. La femme crie désespérément, tout le village l'entend. C'est l'idée. Il n'y a pas plus de 100 habitants. La docteure du village prend le petit-déjeuner tous les jours dans le café de cette famille. La femme qui pleure lui fait des *arepas* spéciales tous les jours, c'est *pour la docteure*. La docteure y est allée et a trouvé une femme déconnectée de la réalité en train de crier et de faire des *arepas* à côté de ses morts. La médecin nettoie le sang qui couvre leurs visages puis elle les couvre avec des feuilles de bananier. Elle prend la femme dans ses bras, lui lave le sang et lui administre des médicaments pour la faire dormir. Cinq minutes après, derrière des arbres, loin du village, une arme est pointée sur la nuque du médecin. Elle n'arrive à penser à rien d'autre qu'à la fille de 4 ans qui resterait seule quand sa mère ne rentrera plus à la maison. La main du guérillero tremble, c'est la docteure qui a accouché la mère de son fils et qui l'a soigné lors d'une blessure par balle. Il n'a pas pu. Il est furieux. Il risque à son tour la peine de mort. Il lui demande de partir et de ne plus revenir...

Un gynécologue machiste, à deux heures du matin, dans une zone rurale clé pour le trafic de cocaïne. Une femme frappe désespérément à la fenêtre en pleurant. Elle est paramilitaire et le lendemain le commandant va faire passer un test de grossesse ; c'est interdit de tomber enceinte. La peine : torture publique à mort. Elle est enceinte. Le médecin est en compagnie d'une activiste proaccès à l'avortement qui a déjà été ciblée à plusieurs reprises par ce groupe : la femme qui pleure à la fenêtre pourrait être celle qui lui a tiré dessus. Faire un curetage c'est illégal mais, surtout, le faire pourrait signifier

la torture à mort pour tous les trois. Ne pas le faire, c'est la certitude de condamner cette femme à une mort horrible. La féministe insiste pour que le médecin fasse le curetage, il le fait. Les trois personnes vont survivre.

Pourquoi des médecins sans aucun engagement politique risquent leurs vies et leurs privilèges pour défier le pouvoir en ne faisant rien d'autre qu'exercer leur profession ? Est-ce que tout peut être dit sur le lien entre médecine et pouvoir en analysant seulement les discours médicaux dans les livres ? Il semble bien que non.

Ces histoires se passent en Colombie, mais le monde y est présent tout le temps. Dans chacune des images décrites le monde est là. D'où venaient les armes, les uniformes, les balles des combattants ? D'où venait le *coca-cola* vendu aux militaires ? D'où venaient les médicaments, les techniques médicales, les instruments médicaux ? D'où venait le savoir-faire derrière les stratégies de guerre mises en pratique par les acteurs armés ? La réponse à ces questions pointe vers des flux mondialisés de travail et d'inégalités, vers une imbrication globale des rapports de pouvoir et, aussi, une canalisation spécifique des profits.

Aborder les rapports entre médecine et pouvoir à travers un cas particulier national risquerait de nous enfermer dans une vision idéologique du pouvoir qui empêche de le voir dans sa dimension réelle, à savoir globale. En conséquence, bien que le lien entre médecine et pouvoir soit observé en Colombie, cette recherche vise à saisir comment dans un contexte local s'exprime une dynamique globale.

En ce qui concerne la littérature scientifique, les études historiques foucaaldiennes ou d'inspiration foucauldienne démontrent le lien génétique entre l'émergence de la médecine moderne, la consolidation du capitalisme et l'expansion coloniale de l'Europe. Par exemple, les travaux d'Elsa Dorlin et de Grégoire Chamayou démontrent que la médecine moderne a constitué un mécanisme de différenciations coloniales entre les corps : soit par le discours sur ce qui est le corps, soit par des pratiques concrètes d'avilissement opéré par la médecine. Les travaux de Santiago Castro-Gomez, Zandra Pedraza et Ernesto Noguera montrent

également comment la circulation globale de discours scientifiques s'est imbriquée à la consolidation d'une géopolitique impériale moderne, comment le discours hygiéniste importé d'Europe a construit des corps pour incarner les rêves de progrès des élites blanches entre la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle et comment la médecine s'est comportée comme une science du politique pendant la construction de la nation colombienne.

D'un autre côté, diverses expériences d'activisme sanitaires telles que la réforme sanitaire brésilienne dans les années 1990, les programmes de santé des Black Panthers, l'importance de la santé dans l'élaboration de propositions anticapitalistes au Chili de Salvador Allende ou à Cuba après la révolution démontrent que, dans certains contextes, élargir le rayon d'action de la médecine non seulement ne contribue pas à la consolidation des rapports de domination, mais défie ces derniers. Ainsi, il en résulte le paradoxe suivant : la discipline et le contrôle par l'institution médicale se constitue comme un système de privilèges et va de pair avec un système d'exclusion qui relève de l'avalissement des corps.

Ce qui nous ramène à rejoindre la proposition de Rita Segato d'aborder la pensée critique non pas comme un exercice abstrait, mais en essayant de répondre à des questions qui ont été posées au sein des luttes et par ces luttes. Ce à quoi on peut joindre les questions issues des considérations sur le pouvoir qui dépassent les espaces les plus visibles, tel que la propre expérience. Dans ce sens, les intellectuelles peuvent se joindre aux luttes en créant des rhétoriques qui puissent aider à ouvrir des brèches pour décoloniser la vie. Concrètement cette recherche assume l'exercice intellectuel critique comme une action, qui rejoint d'autres au-delà de l'académie, dirigée à créer de l'incertitude et à apporter des éléments pour être dans le monde et pour imaginer l'existence et au-delà des limites hégémoniques ; limites pour imaginer le monde qui se correspondent à la généalogie coloniale du réel et qui maintien la conquête en temps présent.

Pourquoi la médecine moderne, bien que faisant structurellement partie de la construction des formes de pouvoir moderne proprement dit, a été en même temps, et dans différentes

conjonctures, un défi à ce même pouvoir ? Pourquoi l'accès aux soins est un objet stratégique dans des luttes pour le contrôle territorial ? Qu'est-ce qui est en jeu quand nous parlons d'avoir ou pas accès à des soins médicaux ? Et, comment, et selon quelles modalités, sont constituées les politiques mais aussi les besoins, les demandes, les urgences de soins ? Qui soigne comment et qui est soigné ? Qui est, en dehors de cette relation, laissé dans une souffrance invisible, rendue inaudible, inintelligible - *inhumaine* ? En croisant les apports de la littérature foucauldienne, l'analyse du cas national colombien et celle des expériences d'activisme sanitaire nous pouvons constater qu'au centre de ces questionnements se trouve *la gestion du corps souffrant*.

Ainsi, ce travail s'attache à retracer la généalogie du corps souffrant, objet autant politique que médical, et essaie d'éclairer la façon dont ce cadre d'intelligibilité, issu d'un processus colonial, a construit un certain type de rapports dominant/dominé. Le fait que les émotions fassent partie des éléments qui construisent l'expérience vécue des individus est en soi une trace des processus coloniaux à l'œuvre dans la construction continuée du monde moderne. La souffrance, donc, est abordée comme l'une de ces traces, donnant accès au processus d'émergence et de développement d'une forme spécifique de pouvoir.

Cette recherche s'inscrit dans le vaste questionnement sur les formes de pouvoir qui naissent de l'expansion coloniale du monde blanc et la façon dont elles fonctionnent, s'institutionnalisent et construisent la vie des gens jusqu'à nos jours. Selon la littérature sur la médecine, la modernité et la colonialité, l'institution médicale semble jouer un rôle de premier plan dans la configuration de ce pouvoir.

En outre, l'approche conceptuelle et méthodologique utilisée pour développer cette problématique est une tentative de réponse à la question suivante : comment critiquer la modernité à travers les outils de l'épistémè moderne (principalement au sein des savoirs réputés académiques) ? Pour ce faire, le cadre d'analyse a recours aux positionnements épistémologiques du black feminism, du féminisme du tiers-monde étasunien, du tournant

décolonial, des féminismes antiracistes latino-américains et s'inspire aussi de la perspective épistémologique andine (la science du tissu aymara-quechua). Ce travail dialogue également avec les études postcoloniales sur la médecine et avec l'histoire des émotions.

La généalogie la plus connue de la critique de la modernité dans la perspective de son imbrication avec la colonialité est associée à l'école du tournant décolonial et, principalement, à trois de ses auteurs : Enrique Dussel, Walter Mignolo et Aníbal Quijano. Cependant, la critique de la modernité-colonialité va bien au-delà de cette école, de ces auteurs et de l'académie elle-même. Réduire la critique de la colonialité, comme c'est souvent le cas dans les espaces hégémoniques, principalement européens et nord-américains, à la généalogie de l'école décoloniale et aux écrits de seuls quelques-uns de ses auteurs pose problème, au moins pour trois raisons. 1) L'on confond la spécificité de la généalogie des savoirs audibles avec la vaste généalogie des praxis critiques de la colonialité. 2) L'on invisibilise les apports des personnes qui n'ont pas une position de privilège dans l'académie. 3) L'on rend inaudibles les savoirs qui ne s'expriment pas dans les termes définis par le tournant décolonial.

La conception du pouvoir utilisée dans cette recherche rejoint sur certains points la théorie de Quijano en considérant la construction de l'Amérique comme le processus inaugural d'une nouvelle forme de pouvoir et l'approche de la modernité comme un même processus historique que la colonialité. Cependant, cette recherche s'appuie aussi sur d'autres travaux historiques, comme ceux d'Elsa Dorlin, qui montrent que la race, comme axe d'organisation du pouvoir, est une déclinaison dans un complexe de domination qui a fait ses armes sur d'autres corps pour y produire la catégorie idéologique sexe à partir de l'opposition entre le sain et le malsain. Ainsi, les formes de pouvoir qui émergent des processus de conquête sont basées sur l'imbrication du sexe et de la race comme système de classification des gens à l'échelle globale.

La modernité est abordée dans cette recherche comme un système global d'articulation de relations sociales selon des intérêts de concentration coloniaux. Cela agit à travers une sorte de « code source » de création de différences hiérarchisables, à partir d'un système norme/déviaton où l'homme blanc est une référence régaliennne à partir de laquelle sont générés différences, marges et dehors. Le noyau de ce système est la classification de la population mondiale selon les critères imbriqués de la race et du sexe. Ce *code source* permet de créer des relations sociales de divers types mais qui restent toujours, au niveau global, cohérentes avec les intérêts coloniaux. Cette base élémentaire commune est définie dans cette recherche comme une grammaire de créations de rapports sociaux. Dans cet ordre d'idées, la modernité est le code source pour construire les expériences des gens de manière à les organiser toujours en fonction de l'intérêt d'accumulation coloniale (concentration pyramidale des privilèges matériels et symboliques par l'imposition à échelle mondiale d'une hiérarchisation raciale et sexuelle des individus sur tous les plans de l'existence)

Pour conclure

Les pages qui suivent cherchent à exposer les principaux éléments de la construction et de la gestion du corps souffrant entre la fin du XIX^e et la première moitié du XX^e siècle. Période de consolidation de l'État-Nation en Colombie et où l'imbrication entre discours médical et pouvoir est totale. La recherche se focalise donc sur cette période. Toutefois, afin de saisir les logiques du pouvoir moderne, qui agissent sur la longue durée, les connexions entre la construction et la gestion du corps souffrant en Colombie et la circulation globale des idées médicales ont été abordées du point de vue des ruptures et des continuités entre l'administration coloniale espagnole et l'État-Nation et ensuite vers la période néolibérale. Enfin, la période allant de la fin du XX^e jusqu'au XXI^e siècle a permis de saisir comment la construction et la gestion hégémoniques du corps souffrant se matérialisent dans la vie des personnes concrètes.

L'hypothèse qui sera développée est que la modernité opère à partir d'une hiérarchie ontologique définie sur une échelle allant d'humain à objet. Cette ontologie est dépendante d'une distribution très précise du faire souffrir. Dans les rapports sociaux normaux, la cruauté circule de sorte à recréer constamment et de façon dynamique une ligne invisible entre la reconnaissance et la négation de l'humanité. Cela est valable pour la configuration des rapports sociaux les plus anodins mais aussi pour le fonctionnement de l'État. La circulation des discours sur le corps souffrant a un rôle majeur puisque c'est à travers la construction et la gestion de ce corps que le pouvoir naturalise le dosage de la souffrance qui sous-tend ce système ontologique.

Comme ce travail s'attachera à montrer, le corps souffrant constitue une trace du développement de la forme spécifique de pouvoir qui a émergé depuis la création de l'Amérique et qui continue à opérer jusqu'à nos jours.

Introduction méthodologique

Cette introduction est un compte-rendu des étapes intermédiaires de ce travail, à la recherche des outils d'analyse qui allaient nourrir l'approche de la problématique. Le but n'est pas de restituer dans le détail les débats et les interrogations qui ont abouti à l'approche mise en œuvre dans cette recherche, mais de rendre compte des positionnements retenus au terme d'une discussion libre avec des sources variées. Plus qu'un renvoi exact à tel auteur, article, théorie ou concept cette démarche est une lecture particulière d'une créativité collective.

Cadre d'analyse de la modernité et du pouvoir

“una mirada desde la alcantarilla puede ser una visión del mundo,
la rebelión consiste en mirar una rosa hasta pulverizarse los ojos”
« un regard depuis les égouts peut être une vision du monde,
la rébellion consiste à regarder une rose jusqu'à se pulvériser les yeux »
Alejandra Pizarnik

D'après Rita Segato, le terme « épistémologie » renvoie à une logique patriarcale de contrôle et d'organisation. Par rapport à ce terme, cette auteure questionne : pourquoi essayer d'organiser, de condenser et d'éliminer le chaos ? Essayer d'organiser la production de savoirs de manière à ce qu'elle soit identifiable comme organisée par le regard hégémonique implique de se placer à l'intérieur des logiques hégémoniques de production de savoirs. C'est pourquoi, plutôt que se positionner par rapport à une épistémologie critique précise, cette recherche se positionne par rapports à des modes de pensée.

La généalogie la plus connue de la critique « latino-américaine » de la modernité dans la perspective de son rapport génétique à la colonialité est associée à l'école du tournant décolonial et, principalement, à trois de ses auteurs : Enrique Dussel, Walter D Mignolo et Aníbal Quijano. Cependant, cette forme de critique va bien au-delà de cette école, de ces auteurs et de l'académie elle-même. Réduire la critique de la colonialité, comme c'est

souvent le cas dans les espaces hégémoniques, principalement européens et nord-américains, à la généalogie de l'école décoloniale et aux écrits de seuls quelques-uns de ses auteurs pose problème, au moins pour trois raisons. 1) L'on confond la spécificité de la généalogie des savoirs audibles avec la vaste généalogie des praxis critiques de la colonialité. 2) L'on invisibilise les apports des personnes qui n'ont pas une position de privilège dans l'académie. 3) L'on rend inaudibles les savoirs qui ne s'expriment pas dans les termes définis par le tournant décolonial.

Cette recherche ne s'inscrit pas dans la pensée d'une école ou d'un auteur en particulier. Au contraire, elle se place dans le cadre du corpus vaste et disparate des pensées critiques, avec une attention particulière sur l'Amérique latine, mais sans s'y limiter. Ce qui n'exclut pas la reconnaissance des apports du *tournant décolonial*, notamment en ce qui concerne l'ouverture de ce qui est dicible à l'intérieur de l'académie et audible sur le plan international. De fait, les termes dans lesquels cette recherche se construit renvoient à cette ouverture-là. De même que l'approche du pouvoir, de la modernité et de la colonialité est connectée à cette école, que ce soit par adoption, tension ou opposition.

Cette recherche reprend de la théorie de Quijano l'approche de la modernité comme un même processus historique que la colonialité. Ainsi, en accord avec cet auteur, cette recherche considère la construction de l'Amérique comme le processus inaugural d'une nouvelle forme de pouvoir. Cependant, ce travail s'appuie aussi sur les études historiques qui montrent que la race, comme axe d'organisation du pouvoir, est un dérivé de la catégorie idéologique sexe. Il s'agit notamment des travaux historiques d'Elsa Dorlin qui démontrent que la race, comme axe d'organisation du pouvoir, est une déclinaison d'un complexe de domination qui a préalablement fait ses armes sur d'autres corps en fabriquant la catégorie idéologique sexe à partir de l'opposition entre le sain et le malsain. Cela implique que les formes de pouvoir qui émergent des processus de conquête sont basées sur l'imbrication du sexe et de la race comme système de classification des individus à échelle globale.

Partant de cette idée, la modernité est abordée dans cette recherche comme un système global d'articulation de relations sociales selon des intérêts de concentration coloniaux. Cela agit à travers une sorte de « code source » de création de différences hiérarchisables, à partir d'un système norme/déviations où l'homme blanc est le paramètre absolu. Le noyau de ce système est la classification de la population mondiale selon les critères imbriqués de la race et du sexe. Ce *code source* permet de créer des relations sociales de divers types mais qui restent toujours, au niveau global, cohérentes avec les intérêts coloniaux. Cette base élémentaire commune est définie dans cette recherche comme une grammaire de créations de rapports sociaux. Dans cet ordre d'idées, la modernité est le code source pour construire les expériences des individus de manière à les organiser toujours en fonction de l'intérêt d'accumulation coloniale.

Prenant en compte les points de convergence comme ceux de tension des approches des rapports entre domination, pouvoir et colonialité de Rita Segato, Anibal Quijano, Elsa Dorlin et Oyeronke Oyewumi, le pouvoir est abordé dans cette recherche comme une grammaire qui organise la production du social dérivée du mode d'organisation des rapports de pouvoir qui existait dans le monde blanc avant les processus de colonisation, mais qui n'en est pas une simple extension. La mutation des formes de pouvoir propres au monde blanc (le monde des peuples conquérants d'avant la création de l'Amérique) a eu lieu en fonction des intérêts qui ont surgi dans le nouveau panorama ouvert par le processus colonial. Cette grammaire permet de graver dans tout rapport social la différence entre les individus, produit de la construction de corps racialisés et sexualisés. Cette grammaire s'exprime en générant des frontières pour imaginer les interactions avec soi-même et avec les autres, en sorte que tout ce qu'on peut imaginer comme action possible continue de reproduire le monde colonial.

Le concept *logique de pouvoir*, dissocié de celui de *grammaire du pouvoir*⁶, permet d'établir les continuités et les discontinuités des formes du pouvoir entre le monde blanc pré-

⁶ Cette approche du pouvoir est issue de mon travail sur la généalogie de la chicha à la Nouvelle-Grenade (« L'ébriété et la grammaire moderne-coloniale : Gestion de l'ébriété par chicha à la Nouvelle-Grenade au XVIIIe siècle », s. f.)

conquête et le monde moderne colonial émergé des processus coloniaux. *Logique de pouvoir* fait référence au système à travers lequel les rapports de force se construisent comme rapports stables de domination. Dans cet ordre d'idées, les logiques de pouvoir sont les mécanismes par lesquels dans le monde blanc, et ensuite dans le monde moderne, les rapports de force se convertissent en une grammaire stable du social, à travers l'inscription durable de ces rapports dans les corps. Dans le monde blanc, ce processus de fixation était réalisé par la sexualisation des corps dans un système binaire de norme/déviaton qui permettait de nier les similitudes entre les corps des animaux humains et de fabriquer des paramètres-normes pour construire les corps comme essentiellement différents en termes homme/femme.

Le contexte historique ouvert par les processus de colonisation introduit de nouveaux êtres, face auxquels l'homme blanc établit des rapports de force. Ces rapports débordent la catégorie sexe et aboutissent à la naissance de la catégorie race. La race comme catégorie idéologique dérivée de la catégorie idéologique sexe permet de naturaliser les différences hiérarchiques entre hommes, dans le contexte de la domination coloniale. L'apparition de cette catégorie délimite une frontière et un changement radical entre la grammaire sociale du monde des conquistadors de celle du monde moderne. À partir de là, les corps sont non seulement *naturellement* féminins et masculins, mais ils sont aussi *naturellement* de races différentes. Les différences dérivées de ces classifications ont en commun, entre l'avant et l'après colonisation, une orientation visant à naturaliser la domination de l'homme blanc sur tous les autres êtres.

En termes métaphoriques, le monde blanc a agi comme un monstre qui a dévoré les autres mondes sur son passage. Une fois dans le ventre du monstre, ces mondes se sont transformés et ont fini par faire partie du corps de la bête. Cependant, le corps de la bête s'est aussi transformé en avalant les autres mondes. La bête a dû se modifier profondément afin de pouvoir absorber sa proie sans mourir dans le processus. Le corps de la bête comme ceux de ses proies ont cessé d'exister dans leur forme antérieure. Mais la transformation a

surtout pris la direction utile pour la survie de la bête et non celle des mondes engloutis. Le nouveau corps est donc celui du prédateur survivant et non celui des proies englouties, bien que celles-ci fassent à présent structurellement partie de la bête. Malgré leur absorption, ces mondes sont encore un poison potentiel que la bête charrie en elle-même au risque d'être détruite. C'est pourquoi, malgré leur assimilation, le système immunitaire de la bête continue de les identifier comme des corps étrangers contre lesquels elle devra toujours se défendre.

Perspective critique

« The master's tools will never dismantle the master's house »(Lorde, 2012)

À partir d'une interprétation libre de Michel Foucault, on peut dire que ce qui rend quelque chose nommable comme pouvoir c'est le fait de définir les termes de toute existence possible dans un certain espace-temps. Cela implique que quelque chose se transforme en pouvoir seulement dans l'acte de se constituer en tant que termes en fonction desquels toute émergence devient possible. Ainsi, le pouvoir ce sont les termes qui rendent possibles tout rapport à soi et aux autres êtres dans un espace-temps donné.

Le pouvoir n'est tel que dans l'interaction des rapports sociaux. C'est pourquoi il est essentiellement dynamique et contingent. D'autre part, la résistance c'est la possibilité de variation des termes des émergences. La contingence et le dynamisme sont propres aux rapports sociaux qui font exister le pouvoir. Ainsi, si la possibilité de variations est propre au pouvoir, la résistance est donc inhérente au pouvoir.

Ainsi, la résistance va être toujours dans les termes du pouvoir car entre l'un et l'autre il n'existe pas de frontières, c'est un continuum. Dans ces termes, parler de résistance implique de parler de dynamisme et de possibilité de transformation, de contingence et d'historicité de l'univers social en sa totalité. Ainsi, le dynamisme propre à la résistance n'est, en soi, ni un progrès ni une régression par rapport au pouvoir. Parler de résistance c'est parler de

contingence, et donc de dynamisme, par rapport aux termes existants mais n'implique surtout pas de parler en termes de dégradation ou d'amélioration. Tout simplement, les choses peuvent toujours être autrement.

Les individus sont en même temps des objets et des sujets par rapport au pouvoir. Dans le dynamisme propre au pouvoir et à la résistance, les individus peuvent être des objets passifs. En revanche, ils peuvent également être des sujets actifs dans la critique et la transformation. Ainsi, le dynamisme propre à la résistance ouvre la possibilité de la transformation, bien qu'il ne soit pas en soi de la transformation. Pour se convertir en transformation, ce dynamisme doit être le produit de l'interaction critique entre les individus et le pouvoir.

Selon Foucault, la critique et la transformation sont une seule et même chose. Bien que je ne partage pas cette définition – pour des raisons que j'exposerai plus bas – je souscris à son idée que toute critique est une transformation et que toute transformation implique une critique.

Pour Foucault, « une critique ne consiste pas à dire que les choses ne sont pas bien comme elles sont. Elle consiste à voir sur quels types d'évidences, de familiarités, de modes de pensée acquis et non réfléchis reposent les pratiques que l'on accepte » (Defert & Ewald, 2001, pp. 999-1000). Dans cet ordre d'idées, « la critique consiste à débusquer cette pensée et à essayer de la changer : montrer que les choses ne sont pas aussi évidentes qu'on croit, faire en sorte que ce qu'on accepte comme allant de soi n'aille plus de soi. Faire la critique, c'est rendre difficiles les gestes trop faciles » (Defert & Ewald, 2001, pp. 999-1000).

Malgré l'énorme intérêt de cette définition de la critique, elle est restreinte. En limitant la critique à une réflexion sur le pouvoir, cela invisibilise d'autres critiques du pouvoir qui opèrent sans une pratique de la pensée au préalable. Au fond, l'un et l'autre sont des chemins, sinon équivalents, à tout le moins imbriqués vers la transformation.

On pourrait alors dire que la définition foucauldienne de la critique, non exhaustive, correspond plutôt à une des formes de la critique, parmi plusieurs possibles, et qu'elle est limitée sur trois aspects. D'abord, elle limite la possibilité de critiquer et donc de transformer à ce qui peut être véhiculé par la pratique de la pensée. Puis, elle limite la possibilité d'interagir avec le pouvoir à l'animal humain. Enfin, ce qui est critique ne peut avoir des limites si fermées construites a priori, car ce qui est critique dépend profondément des contextes particuliers.

La critique et la transformation sont, avant tout, des exercices de création qui peuvent être pratiqués d'innombrables façons. Cela parce que ce qui est transformateur ne l'est que par rapport à des contextes spécifiques et par rapport aux stratégies des individus pour interagir avec le pouvoir dans ces mêmes contextes. Ainsi, ce n'est qu'en restant dans les limites des fictions modernes de l'individu et de la rationalité que l'on pourrait limiter l'interaction avec le pouvoir à des actes rationnels de la part de l'animal humain.

Dans cet ordre d'idées, la critique c'est prendre du recul par rapport au pouvoir, en ouvrant ainsi les limites du possible. Cette ouverture c'est la transformation. Ni la critique ni la transformation n'impliquent une prise de position morale par rapport au pouvoir. Ce sont concrètement des mutations de la grammaire moderne qui émergent de l'interaction entre le pouvoir et les êtres.

Cette approche appliquée à cette recherche implique que l'action de parler de la critique de la colonialité n'est pas considéré comme étant une transformation en soi. La critique de la praxis moderne est nécessairement articulée dans une praxis. Critiquer la modernité de l'intérieur de l'académie, et en suivant tous les chemins établis pour y prendre la parole, peut difficilement aboutir à défier le pouvoir. Cela n'exclut pas qu'une recherche menée dans un cadre de pensée hégémonique puisse être critique quand elle s'insère dans une stratégie qui réussit à faire muter le pouvoir. Cela n'implique pas non plus l'obligation de sortir de l'académie. Au contraire, cela implique un exercice amphibien de la pensée, dans les termes

de Rita Segato, une pensée Ch'ixi dans les termes de Silvia Rivera Cusicanqui, ou une pensée de frontière dans les termes de Gloria Alzandua. Dans ces termes, la forme même de la recherche est en soi une mutation des cadres hégémoniques de production de savoirs. De là l'importance accordée aux modes pour penser la problématique et faire la recherche.

Cette recherche essaie de prendre du recul envers les logiques hégémoniques de construction de savoirs en identifiant les éléments qui leur sont propres. Dans ce qui suit, je présente brièvement quelques éléments identifiés comme structurels dans la gestion hégémonique des savoirs.

En ce qui concerne le choix du corpus de références, il convient de souligner qu'*européen* n'est pas équivalent d'*eurocentrique*. Une recherche critique de la modernité ne suppose pas ignorer a priori la pensée exprimée par des individus des États-Unis ou d'Europe (ceux et celles qui incarnent le privilège moderne-colonial de la parole) ou la pensée des individus qui se constituent comme les Blancs dans leurs contextes (ceux qui incarnent les privilèges du Blanc même en dehors de l'Europe et des États-Unis, telles les élites des anciennes colonies). Pour autant, il est absolument nécessaire de placer les personnes qui incarnent le privilège moderne comme un interlocuteur possible parmi d'autres, et non pas comme *l'Interlocuteur* par définition.

Le regard hégémonique considère les expressions des peuples non blancs comme des intrants qui ont besoin d'être transformés par les corps et les technologies de la pensée blanche. Ainsi, les flux de richesses immatérielles (comme les idées) sont définis par la spoliation à l'échelle globale et ensuite la concentration chez les personnes audibles (les Blancs). Ces richesses sont traduites dans la grammaire moderne par les personnes privilégiées, celles qui sont audibles, dans la mesure où elles les individualisent et en effacent les origines diverses.

La figure moderne de l'intellectuel est un élément constitutif d'une gestion des savoirs à partir de l'extraction et la privatisation en code colonial. Dans cette logique, la figure de

l'intellectuel est un vecteur vital de la privatisation des savoirs et de la construction du privilège de l'audibilité. Nous sommes tous construits pour que nos réponses automatiques construisent, dans nos simples gestes quotidiens, l'audibilité de certains et l'inaudibilité d'autres, indépendamment de nos désirs conscients et de nos intentions apparentes.

Naturaliser la logique de l'audibilité à travers l'individualisation des savoirs par des personnes privilégiés permet de couper tout lien entre les origines multiples du savoir et ceux qui, au final, le rendent audible. Ainsi, accepter comme référence exclusivement ce qui a déjà été interprété par des intellectuels à l'intérieur de l'académie signifierait se maintenir à l'intérieur des limites du possible, définies par la grammaire moderne.

Par ailleurs, c'est aussi le propre du système hégémonique d'exiger la preuve de la maîtrise technique des idées exprimées par les auteurs reconnus comme condition d'accès à l'audibilité. Par exemple, pour avoir accès à des publications à portée internationale, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance technique de la pensée des auteurs du Nord. Ce qui pose problème n'est pas de suivre une idée déjà formulée antérieurement, mais qu'on ne laisse pas d'autre choix que de suivre les idées exprimées par les personnes les plus privilégiées du système comme condition pour être accepté comme rigoureux. Cela implique l'obligation d'accepter de faire des applications techniques de la pensée produite par les plus audibles pour avoir accès aux espaces académiques. En effet, avoir comme interlocuteurs obligatoires les auteurs les plus audibles réifie cette pensée comme étant l'unique source légitime de créativité.

Les personnes qui ont eu le privilège d'être le plus disciplinées pour intérioriser les codes du système scolaire sont justement celles le mieux positionnées dans les rapports savoir/pouvoir et, par conséquent, les plus audibles. Les privilèges raciaux-sexuels se co-construisent avec le privilège de l'audibilité. Ce lien forme un dispositif de maintien du statu quo dans les rapports de savoir/pouvoir.

Les barrières devant l'accès à l'audibilité locale et globale sont construites pour donner accès aux personnes le mieux construites pour reproduire, de façon technique et acritique, les savoirs et leur gestion. Ainsi, ceux qui ont le plus d'opportunités de faire muter le pouvoir depuis l'intérieur de l'académie sont, aussi, ceux qui peuvent craindre le plus de perdre des privilèges.

En conclusion, l'exigence de la maîtrise technique des idées exprimées par les individus les plus audibles est une barrière sexiste-raciste devant l'accès à la construction de Vérité.

Ainsi, se maintenir dans ce schéma interne de l'académie implique de rester à l'intérieur des limites sexistes-racistes spécifiques à cet espace. Pour ces raisons, cette recherche ne se donne pas comme objectif de prouver une telle maîtrise technique d'idées déjà exprimées par des personnes reconnues, ni de se limiter à des références académiques. Au contraire, la priorité sera de faire dialoguer, autour des questions d'étude, références et sources multiples, indépendamment si elles correspondent ou non aux procédures standardisées du côté hégémonique de l'académie.

L'académie comme lieu d'énonciation

La figure hégémonique de l'intellectuel fonctionne dans l'académie comme celle du gardien à l'entrée d'un temple. L'intellectuel veille pour protéger la construction de Vérité et pour la maintenir conforme aux intérêts hégémoniques. C'est en ce sens que l'intellectuel et l'institution académique sont des pièces clés dans la reproduction du pouvoir. Et pour la même raison ils peuvent aussi se constituer en pièces clés pour sa transformation. Mais cela ne peut se produire que dans la mesure où l'intellectuelle cesse d'être seulement objet du pouvoir et se convertit en sujet avec un intérêt critique.

Le privilège et la subalternité sont des états dynamiques. Les mêmes individus peuvent osciller en permanence entre un devenir subalterne et privilégié. Être subalterne ou privilégié n'est pas une identité fixe ou essentielle. Tout en reconnaissant ce dynamisme, il n'en est pas moins vrai que plus les personnes se trouvent loin du sommet de la hiérarchie

coloniale, plus il est probable qu'ils-elles se retrouvent (re)placés dans le rôle subalterne par des rapports sociaux normaux.

Il est toujours possible de se placer soi-même comme privilégié, en construisant l'autre comme subalterne. Par exemple, les personnes situées dans l'académie mais loin du sommet de la hiérarchie ont la possibilité d'accéder aux canaux hégémoniques de construction et diffusion de savoirs *en se déguisant en homme blanc* (expression du féminisme chicano). Essayer de se déguiser en homme blanc implique d'essayer de deviner ce que l'homme blanc dirait, mais sans avoir son expérience de vie. Plus l'expérience de vie de quelqu'un est lointaine de celle des gens qui incarnent les privilèges du système, plus c'est difficile d'essayer de parler comme ils parleraient et plus les barrières de l'Académie sont effectives. Cela demande d'accepter une place subalterne par rapport au plus privilégié et aussi d'essayer de deviner ce que l'homme blanc dirait, sans avoir eu son expérience de vie et sans connaître son contexte.

D'après Elvira Espejo, tous les savoirs sont génétiquement connectés à la personne qui les produit et à l'univers de cette personne. Cela implique qu'accepter que toutes les expériences de vie sont susceptibles de construire des savoirs c'est accepter aussi toute la diversité d'expression que ces savoirs peuvent prendre. Comme l'indique Grada Kilomba, une personne non blanche ne devient différente que si la personne blanche voit en soi-même la référence à partir de laquelle l'autre personne devient différente, donc non blanche, voire moins humaine. Cela est transposable à la gestion moderne de savoirs : un savoir devient non scientifique, et donc non intégrable aux espaces académiques, seulement quand la science hégémonique et ses intellectuels se construisent eux-mêmes comme le paramètre profitant d'une position de privilège.

Malgré toutes les limites, et même dangers, qu'implique d'agir à l'intérieur de l'académie, avec son privilège de l'audibilité, on ne saurait oublier qu'y renoncer serait se priver de la possibilité de créer des tensions dans la production de Vérité. Au-delà de savoir si l'académie

est ou non un lieu d'énonciation légitime pour la critique, la question est comment interagir avec le privilège d'audibilité, induit par l'académie, pour générer de la critique ? Dans ce contexte, les individus peuvent se situer par rapport au privilège de l'audibilité de deux façons : soit agir par automatisme selon la grammaire moderne et créer l'inaudibilité des autres, soit créer des stratégies pour introduire des tensions dans le système d'audibilité hégémonique. La première option signifie ne pas risquer son propre privilège ; la seconde implique forcément le risque de le perdre et, même, une tentative de le détruire.

Production intellectuelle comme artisanat du sens

Toute critique reste, malgré elle, un produit de la grammaire moderne. Même en générant des tensions et des mutations dans le pouvoir, un exercice critique continuera d'y être connecté et de lui être utile, d'une manière ou d'une autre. Nous ne pouvons pas interagir avec la réalité en dehors de cette grammaire car nous en sommes nous-mêmes des produits. Malgré tout, de même que le pouvoir crée les individus, ceux-ci créent le pouvoir et, par conséquent, il est toujours possible de le modifier, en altérant les automatismes à travers lesquels il s'exprime. Ainsi, la critique existe dans la mesure où elle altère ces réponses automatiques d'une quelconque manière et non parce qu'elle puisse effectivement sortir de la grammaire moderne. La critique apparaît alors comme un exercice de création qui fait muter les automatismes sur lesquels fonctionne le pouvoir.

En tant qu'exercice de création, la critique ne peut être réduite à une recette, à une méthodologie préétablie, à des frontières disciplinaires imposées à l'objet d'étude, etc. Car il n'y a pas qu'une seule façon de la réaliser. En ce qui concerne cette recherche, la critique est entendue comme la dispute pour définir les limites du possible. En d'autres termes, entreprendre une recherche depuis une perspective critique requiert de comprendre dans quel lieu d'énonciation on se situe soi-même et comment cela interagit concrètement avec la reproduction du monde moderne. C'est à partir de là qu'il est possible d'élaborer des stratégies pour stimuler des mutations dans le pouvoir qui agit à travers sa propre personne et à travers le lieu que l'on occupe en société.

Perspective méthodologique et traitement des sources

Altérer les barrières d'accès à l'académie est un acte critique en soi. Le privilège de la parole peut être cédé par des actes concrets ; par exemple, ne pas parler à *la place des autres*, mais *laisser ces autres y entrer* pour faire muter la science. C'est quelque chose que cette recherche essaie de faire en adoptant la perspective d'Elvira Espejo sur la *science du tissu*.

Les modes de faire

Le rapport à la science du tissu ne consiste pas à vouloir produire des savoirs comme on le ferait dans cet univers andin, car cela impliquerait déjà de remplacer le texte par le tissu et une autre capacité d'imaginer les interactions avec la réalité.

Comme la perspective même du tissu le montre, chaque mode de pensée et chaque système de gestion de savoirs correspond à un univers qui traverse le corps de la personne qui crée les savoirs. Contrairement à une tisseuse andine, mes limites de l'imaginable et du possible répondent exclusivement à la grammaire moderne. Cela n'est pas une question de choix. Cette recherche, placée à l'intérieur de la science moderne, construit de la critique à partir de l'observation des limites de ce système en s'appuyant sur le regard extérieur d'une autre science (le tissu andin) telle qu'elle est intégrée, de façon subversive, dans le savoir audible par Elvira Espejo. Savoir qui permet de regarder son propre regard afin de gêner la grammaire moderne qui l'habite.

La science du tissu

Elvira Espejo est une tisseuse des Andes, originaire de la zone rurale de Qaqachaka, qui a étudié les Beaux arts à La Paz en Bolivie. Elle maîtrise à la fois le système de pensée andin qui s'exprime à travers le tissu et le système de pensée hégémonique qui s'exprime à travers le texte de recherche. Ses travaux sur la science du tissu introduisent dans la science hégémonique des éléments qui déstabilisent les modes de construction de pensée naturalisées par celle-ci.

La science du tissu se constitue comme un portail vers la construction de la grammaire moderne comme étant l'objet d'étude et non le sujet. Les travaux de cette auteure permettent à la science du tissu d'observer la science hégémonique, en altérant ainsi la logique coloniale où c'est la science moderne qui subalternise, en tant qu'observateur qui n'est jamais objet d'observation. En d'autres termes, l'exercice d'Espejo de lire le monde moderne par le prisme de la science du tissu constitue un exercice inverse de l'automatisme moderne propre à la gestion hégémonique des savoirs où la science du tissu est vouée à rester éternellement l'objet de la science moderne.

Malgré moi, cette recherche est un produit de la science moderne ; cependant, mon approche de la production de savoirs est modifiée par la prise en considération des observations de la science du tissu, interprétées par Espejo, sur la science hégémonique.

Le travail d'Espejo rompt le système de défense de la grammaire moderne, dans la mesure où il altère le code de l'audibilité qui lui est propre. Ce travail réussit à habiter, de façon amphibie, tant le monde andin que le monde moderne. La science du tissu, même en existant à l'intérieur de la grammaire moderne, transmet un système de construction d'interactions avec la réalité en dehors des logiques dichotomiques hégémoniques.

Le tissu andin, plus que contenir des messages, raconte des histoires et condense un univers entier. Le tissu fait partie du corps de la tisseuse, raison pour laquelle il est génétiquement rattaché à elle, à son histoire et, au fond, à tout son univers. C'est en vertu de ce lien que ce tissu existe en tant qu'objet et sujet. Les systèmes de construction d'intelligibilité andins qui s'expriment à travers le tissu permettent d'aborder la réalité comme un tout dont les parties sont inséparables. Par conséquent, les distinctions comme humain/non humain, nature/culture, émotion/raison, corps/esprit, livre/lecteur, humain/objet (constructions constantes du regard hégémonique moderne-colonial) n'existent pas. La vie des objets ne se

limite pas au monde andin. Cependant, c'est le monde andin qui offre des éléments pour dépasser le regard hégémonique et rendre perceptible la vie des objets.

Méthodologie *ch'ixi*

Le système hégémonique de construction d'intelligibilité est muté dans cette recherche par le croisement avec le système andin. Selon la perspective de la science du tissu, les dichotomies propres au système hégémonique (corps/esprit, émotion/raison, civilisé/incivilisé) existent parce que nous les faisons exister. On pourrait dire qu'elles fonctionnent comme des prophéties autoréalisatrices. Tant que l'on croit à leur existence, l'on agit et l'on construit de la réalité comme si elles existaient et c'est justement cela ce qui les fait exister. Ces catégories se constituent comme élément du système hégémonique de construction de sens et elles empêchent d'imaginer autrement le monde. Dans cette recherche, le système andin de construction d'intelligibilité est la source d'éléments pour imaginer le monde en dehors des dichotomies.

L'hégémonie se joue dans l'imposition de systèmes pour rendre intelligible l'expérience. Le système hégémonique rend intelligibles les expériences des individus de manière à créer des déconnexions entre ce que lui-même identifie comme raison/émotion, matériel/symbolique, etc. Le pouvoir s'exerce en limitant les possibilités des individus de rendre intelligibles leurs expériences concrètes, de sorte à être toujours en consonance avec les intérêts modernes-coloniaux d'accumulation de privilèges. Toute interprétation dichotomique de la réalité est en consonance avec les intérêts de création du monde moderne. Ainsi, une option pour construire de la critique consiste à créer des points de fuite qui permettent de lire la réalité à travers ses connexions et non pas à travers sa fragmentation. C'est pourquoi cette recherche essaie de lire le fonctionnement du pouvoir à travers un regard – le mien – qui, bien que dichotomique et moderne, cherche de se croiser avec le regard *ch'ixi*⁷ d'Elvira Espejo sur la façon andine de voir la réalité.

⁷ D'après Silvia Rivera Cusicanqui le *ch'ixi* fait référence à une réalité où « coexistent en parallèle une multiplicité de différences culturelles qui ne se fondent pas mais qui s'antagonisent ou se complémentent : "coexistent en

Le texte de la recherche comme les diverses sources sont entendus comme des êtres vivants, capables d'interagir avec la réalité et de créer de la réalité, indépendamment de la personne qui les a écrits. Ainsi, ce qui m'intéresse de capter dans l'analyse des sources c'est la façon dont elles ont construit, et continuent de le faire, les expériences des individus et, en particulier, la façon dont ces documents sources de ma recherche ont contribué (ou pas) à la création du monde moderne et des hiérarchies qui lui sont intrinsèques.

Les cadres d'analyse de la réalité propres au système hégémonique de construction d'intelligibilité font partie, en même temps, de la problématique de recherche et de la méthodologie. Ainsi, des cadres comme *les émotions, la souffrance et le corps* sont à la fois des objets de recherche et des moyens pour répondre aux questions d'étude.

Les limites de l'intelligibilité dichotomique hégémonique sont entendues comme une manière possible parmi d'autres (en aucun cas l'unique) d'interpréter les sources et cohabiteront avec des éléments de lecture issus d'autres systèmes de construction d'intelligibilité, principalement la perspective de la science du tissu andin.

Analyse des sources

L'analyse des sources se base sur la reconstruction de la vie des objets. À travers de sources secondaires et ma propre vision du monde, l'interprétation des sources cherche à établir comment elles ont interagi avec leur environnement, en construisant de la réalité et comment elles continuent de le faire.

Cette analyse prend la créativité comme outil interprétatif. La créativité, loin d'être un attribut individuel, est une manifestation de la complexité à partir de laquelle les

paralelo múltiples diferencias culturales, que no se funden, sino que antagonizan o se complementan". Una mezcla no exenta de conflicto, ya que "cada diferencia se reproduce a sí misma desde la profundidad del pasado y se relaciona con las otras de forma contenciosa" (Rivera Cusicanqui, 2010, p. 7).

particularités s'imbriquent dans le tout. La créativité, exprimée dans un objet – tissu, texte, recherche – constitue la condensation de tous les êtres qui font partie d'un *je* qui exprime l'universel.

Les expériences vitales qui composent chaque regard sont définies comme manifestations particulières d'une réalité partagée et profondément imbriquée entre tous les êtres. C'est pourquoi tout regard particulier est universel sans perdre sa particularité.

Les interprétations sur ce que le pouvoir est ne surgissent pas exclusivement des sources et des narrations orales ou écrites abordées dans la recherche, mais aussi du dialogue entre ces sources et mon propre parcours de vie. Le *je* qui interprète reflète une expérience particulière-universelle de rapport au pouvoir.

Catégories pour l'analyse historique : les émotions et la souffrance comme traces de la construction du monde moderne.

La généalogie de la gestion du corps souffrant est réalisée à travers la construction de la souffrance comme catégorie historique critique. Cette catégorie est construite sur la base d'une revue critique de la littérature sur les émotions comme catégories historiques, approche qui a récemment émergé dans les cercles hégémoniques de construction de vérité. Cette émergence a eu lieu sans problématiser la contingence historique qui consiste à penser le monde en termes d'émotions. Tel que la littérature hégémonique propose d'aborder les émotions, celles-ci correspondent non pas tant à des catégories historiques critiques, mais plutôt à des catégories idéologiques de naturalisation de l'expérience européenne comme celle de la nature humaine.

Les travaux de Stephen White, Gerd Althoff et Rosenwein sur le Moyen-Âge (Rosenwein, 1998) et ceux de Norbert Elias sur la civilisation et de Stearn sur l'industrialisation nous

permettent de signaler l'existence de continuités et de ruptures de la nature des liens entre l'émotion et le pouvoir entre le monde blanc et le monde moderne-colonial.

Comme tout autre élément introduit par le processus de colonisation, l'émotion comme cadre d'appréhension du monde ne peut pas être considérée comme implantée par « l'Occident » dans le monde colonisé. En effet, la notion même d'Occident ne devient possible qu'à l'intérieur des rapports de pouvoir coloniaux où les peuples conquérants deviennent l'Europe. De la même façon, l'émotion telle qu'elle opère aujourd'hui est le résultat de la construction du monde moderne et non de la simple extension du monde blanc.

Ces catégories font partie de la réalité tant que leur naturalisation constante les rend réelles. Tant que nous agissons à partir de la certitude que la race, le sexe, les émotions, le corps et la souffrance existent, nous les faisons exister et nous recréons la matérialité qui y est impliquée. Ce que cela veut dire c'est qu'il faut problématiser ces catégories comme des catégories idéologiques pour pouvoir les construire comme des catégories critiques. Cela implique de problématiser le fait que non seulement les émotions sont historisables, mais rendre intelligible le monde en termes d'émotion l'est également.

Le questionnement sur l'existence des cadres d'appréhension du monde équivalents aux émotions ou au corps dans les mondes d'avant le processus de colonisation n'est pas centrale ici. Non parce que cela ne soit pas important, mais parce que cela ferait partie d'une autre recherche. Il est néanmoins clair que les utiliser signifie un exercice de construction coloniale de la réalité en imposant l'expérience européenne comme paramètre car l'émotion fait partie de la construction de l'universalité de l'expérience européenne et de la création d'une nature humaine euroréférencée.

Sur le plan historique, la souffrance est abordée dans cette recherche comme une émotion. Ainsi, la souffrance est entendue comme un cadre de construction d'intelligibilité contingent

du point de vue historique. Non seulement les modalités de comprendre et de gérer la souffrance changent au long de l'histoire, mais la façon même de penser le monde en termes d'émotions et de souffrance change également.

Les émotions comme catégorie historique

Ce qui m'intéresse c'est de suivre comme les médecins rendent intelligibles la souffrance chez les autres et quelles sont les implications politiques de cela.

Les émotions sont le carrefour des termes que le système d'intelligibilité hégémonique construit tels biologie/culture, individu/collectif, discursif/matériel, corps/esprit etc. Les expériences que ce système construit comme des émotions synthétisent la complexité de l'interaction entre les êtres signalée par la science du tissu. Les gens sentent toujours par rapport à des entourages concrets et cela signifie que l'émotion n'existe qu'au milieu des connexions concrètes entre les gens et leurs entourages.

La question de savoir *par rapport à quoi* les gens souffrent est aussi pertinente que celle de savoir *qui* souffre. Qui souffre et par rapport à quoi sont des éléments inséparables de ce qui est la souffrance. Se demander comment le pouvoir produit des cadres d'intelligibilité de la souffrance demande d'identifier comment ces cadres interagissent avec les différences entre les gens et leurs différents contextes.

Si nous partons de l'imbrication entre les êtres, de la même façon qu'un certain contexte produit une certaine souffrance, une certaine souffrance produit un certain contexte. La question par rapport à quoi les gens souffrent nous amène à poser aussi la question des effets de l'existence d'une certaine souffrance dans la construction de réalité.

Les êtres, les choses, les contextes se co-construisent avec l'émotion et donc ils font partie intégrale de celle-ci. En reprenant l'exemple de Rosenwain, de la même façon que la colère du roi et celle du plébéien ne sont pas la même chose (Rosenwein, 2006a, p. 11), ressentir la

douleur par manque de nourriture n'est pas la même chose que la ressentir par excès. Les façons de construire de la réalité liées à ces émotions ne sont pas équivalentes car il ne s'agit pas de la même émotion.

Ne pas appréhender les connexions entre les gens et les choses laisse hors du champ de l'intelligible les relations génétiques entre l'émotion et le contexte matériel avec lequel elle est imbriquée. Or les personnes n'existent pas en dehors des êtres qui les entourent et ces cadres environnants n'existent pas n'ont plus en dehors des systèmes d'intelligibilité des gens. Dans cette recherche cela implique que les gens ne souffrent jamais en abstrait mais toujours en connexion avec des êtres-contextes concrets.

Chapitre I : Le corps souffrant, la nation et ses autres

La période comprise entre la fin du XIX^e et la première moitié du XX^e siècle correspond à la consolidation de la République colombienne indépendante d'abord et, ensuite, à la construction de la nation métisse. C'est aussi pendant cette période que soutenir une thèse devient une condition pour obtenir le diplôme en médecine de l'université Nacional. Observer les ruptures et les continuités dans les sujets abordés dans ces thèses permet de suivre les changements dans la construction du corps souffrant qui reflètent les évolutions des discours scientifiques et politiques pendant cette période historique. Comme nous verrons, ces thèses constituent un bon point d'observation du processus de reconfiguration profonde qui a eu lieu pendant cette période dans les rapports entre l'État colombien et les habitants du territoire national.

D'après la littérature sur le corps et la médecine en Colombie, c'est pendant cette période que l'on a construit la population nationale et la médecine a été au centre de ce processus. Par exemple, l'historienne Zandra Pedraza a étudié les campagnes d'éducation et d'hygiène des habitants du territoire national ayant pour but de construire des corps aptes à incarner le projet de nation moderne (Pedraza Gómez, 1999). L'historien Carlos Ernesto Noguera a montré à son tour que le discours médical a été au cœur de ce processus. Selon lui, la médecine colombienne s'est comportée plus comme une science du politique que du biologique (Noguera, 2003). Les travaux de ces auteurs, comme la plupart de la littérature historique sur ce sujet, s'inscrivent dans le sillage théorique de Michel Foucault. Cette perspective fait que cette période est problématisée en tant que transition du territoire vers les corps, et plus amplement la population, comme objet de la gouvernance. Ainsi, le gouvernement biopolitique des populations devient le centre des questionnements des historiens. À ce propos, la conclusion largement partagée par la littérature c'est que le modèle biopolitique de gouvernance, introduit en Europe au XIX^e, se serait consolidé en Colombie au XX^e siècle.

Cependant, le point de départ de ce chapitre ne se situe ni dans la littérature historique ni dans les concepts de biopolitique et de biopouvoir. La matière de ce chapitre provient principalement de l'analyse de sources primaires, à savoir l'archive des thèses en médecine soutenues à l'université Nacional entre 1872 et 1961.

Ce chapitre s'appuie sur l'analyse du fond documentaire de la faculté de médecine de l'université Nacional, composé par trois mille quarante-huit thèses. Ce fond n'étant pas encore catalogué, il reste en principe inaccessible. Cependant, bien que ce fonds ne soit pas ouvert au public, les thèses ont pu être consultées avec l'autorisation d'Harley Aguirre, le médecin-historien en charge du projet de catalogage du fond⁸, qui a également facilité l'accès aux notices préliminaires déjà établies dans le cadre de ce projet jusqu'en 2017.

Dans une première étape, ce chapitre s'est appuyé sur ces sources primaires (les thèses) et c'est seulement dans un deuxième temps que les conclusions ont été corroborées avec la littérature scientifique sur l'histoire du corps et de la médecine en Colombie.

Le fond documentaire a été traité en quatre étapes : d'abord cent thèses ont été sélectionnées sur la totalité, en fonction des sujets mentionnés dans les titres⁹. Ensuite, huit catégories d'analyse ont été établies¹⁰ afin d'identifier les sujets prioritaires pour la littérature médicale et le regard des médecins sur les peuples indigènes ou afrocolombiens et sur le corps féminin. À partir de l'analyse des fragments déterminés¹¹, ce premier échantillon de cent thèses a été trié afin de choisir les plus pertinentes pour chaque catégorie

⁸ Il s'agit du projet « Tiempos Nuevos para las Tesis de la Facultad de Medicina de 1872 a 1961 » (Temps nouveaux pour les thèses de la Faculté de médecine entre 1872 et 1961), qui vise à rendre cette archive accessible aux chercheuses.

⁹ Cette analyse s'est faite en collaboration avec deux médecins-historiens du groupe de recherche de la faculté de médecine de l'université Nacional « Études socio-historiques sur la santé et la protection sociale ».

¹⁰ Les huit catégories : *localisation géographique* (regroupe les thèses abordant des territoires habités à l'époque par une population majoritairement indigène ou d'ascendance africaine et les thèses dont le titre contient le nom d'un peuple non blanc ou le mot « race ») ; *maladies fréquentes* ; *maladies vénériennes* ; *pathologies masculines* (maladies de l'appareil génital masculin ou dont le titre contient le terme « homme ») ; *pathologies féminines* (maladies de l'appareil génital féminin ou dont le titre contient le terme « femme ») ; *psychiatrie et morale* ; *corps* (regroupe les thèses d'anatomie et celles dont le titre contient le terme « normal ») ; *hygiène*.

¹¹ La justification, l'introduction, l'évaluation du jury, les conclusions et parfois quelques chapitres.

et pour couvrir la totalité de la période d'étude¹². Ainsi, trente thèses ont été finalement sélectionnées. Ce chapitre est le résultat de l'analyse croisée de ces thèses mise en dialogue avec les études sur l'histoire du corps et de la médecine dédiées à cette période. Ce travail a permis d'identifier trois axes d'observation du processus de configuration du corps souffrant. L'émergence du concept *corps colombien normal* comme un sujet récurrent aux années 1940 constitue un premier axe.

L'émergence, à partir des années 1930, des sujets abordant des régions inexplorées auparavant, principalement habitées par des peuples indigènes et d'ascendance africaine, constitue un deuxième axe.

Finalement, la gestion de la syphilis a été identifiée comme fil conducteur qui traverse tout le corpus car, bien que présente dans la littérature médicale dès le XIX^e siècle, son approche a changé de façon corrélée aux deux autres axes thématiques.

L'hypothèse que ce chapitre cherche à prouver c'est qu'entre la fin du XIX^e et la moitié du XX^e siècle le discours médical a opéré une ligne invisible qui divise la gestion étatique des habitant-e-s du territoire national entre ceux qui ont un statut ontologique d'humain et ceux auxquels on dénie ce statut. Ces derniers sont ainsi réduits au statut d'objets et sont gouvernés comme des équivalents des ressources naturelles. Comme nous le verrons, le discours médical a opéré comme l'interprète de l'État face aux habitants en transformant, à travers cet exercice, la complexité de la vie dans un objet gouvernable. L'analyse de ce processus permet d'illustrer comment l'État colombien a constitué une population nationale à partir de la division des habitant-e-s entre ceux qui constituent la population nationale et ceux qui, par opposition, sont gouvernés comme faisant partie des composantes du territoire.

¹² Dans chaque catégorie, il y a au moins une thèse correspondant à la période fin XIX^e – début XX^e siècles, une pour la période 1910-1930 et une après 1930.

Le corps colombien normal est souffrant

La problématisation du manque de données locales pour mesurer la normalité du corps colombien a émergé comme un sujet récurrent dans les thèses à partir des années 1920, au moment même du débat sur la dégénérescence de la race¹³. Mais la plupart des thèses abordant des sujets tels la taille des organes, le comportement, le type de morphologie du « Colombien moyen » datent des années 1940. Nous verrons dans cette section que la construction d'un paramètre de « normalité » correspond à l'intérêt de différencier les corps de l'élite gouvernante des corps à gouverner tout en gardant une apparence d'unité politique.

Le choix de la normalité comme sujet d'étude a été justifié par deux types d'arguments : le besoin d'identifier la normalité biologique des Colombiens en tant que main d'œuvre et le besoin d'identifier la normalité du corps féminin censé la reproduire¹⁴. Deux thèses apparaissent particulièrement représentatives du processus de construction du corps « proprement colombien » : *Contribution à l'étude du poids et des mesures des organes normaux à Bogota* de Guillermo Davila Pau (Davila Pau, 1946) ; et *Radiopelvimétrie et anthropométrie. Pelvimétrie et classification pelvienne d'après la technique de THOM et recherche de quelques relations somatiques (50 observations chez des femmes colombiennes* de Milciades Mogollon Fernandez (Mogollon Fernandez, 1942).

La thèse de Guillermo Davila Pau se justifie en argumentant que ni en Colombie ni en « Amérique latine »¹⁵ n'existent des statistiques locales sur la normalité des organes. Plusieurs thèses problématissent à l'époque cette absence des paramètres locaux, ce qui suggère que cette notion n'était probablement pas un élément relevant pour le discours

¹³ Le débat sur la dégénérescence de la race est plus amplement étudié dans le chapitre II.

¹⁴ Ce sont les deux arguments centraux qui ressortent de l'analyse des résumés des 100 thèses sélectionnées.

¹⁵ L'auteur résume l'Amérique latine à l'Argentine. Pour plus d'information sur la réduction de l'Amérique latine à certains pays de la région, voir le chapitre II.

médical avant les années 1940¹⁶. Afin d'établir des données locales sur le poids et les mesures d'organes, l'auteur a utilisé un échantillon composé de personnes issues pour la plupart « des couches inférieures de la société, très peu des couches moyennes et encore moins [qui] viennent *du meilleur de nos couches économiques*¹⁷ » (Davila Pau, 1946, p. 9). Or, l'échantillon se compose majoritairement d'hommes urbains, pauvres, entre 30 et 50 ans, décédés dans des accidents de la route et exclut les femmes, les enfants, les jeunes, les personnes âgées, les habitants des régions rurales et les élites. Donc, les paramètres de taille et de poids pour les organes du *corps colombien* sont établis par le chercheur à partir de corps masculins urbains exploités. Un tel échantillon fixe le corps masculin comme paramètre du corps colombien et considère les marques physiques de l'exploitation comme inhérentes à son état normal.

L'exclusion des corps non-blancs ruraux, principalement ceux appartenant à des peuples indigènes, dans la thèse de Davila est une constante dans les études sur la normalité. Pourtant dans les quelques thèses qui font une référence à ces peuples, il devient évident que dans le discours médical de l'époque les peuples non-blancs sont le paramètre absolu bien que tacite d'anormalité. C'est par opposition aux peuples qui incarnent des projets historiques différents au moderne que les habitants des grandes villes émergent comme normaux. C'est l'association entre « race blanche », civilisation et normalité qui fait émerger les peuples qui n'incarnent pas la modernité du côté de la civilisation comme le paramètre absolu d'anormalité. Opposition qui permet de placer ceux qui l'incarnent comme normaux, indépendamment du fait qu'il s'agit aussi de corps non-blancs. Ce lien est particulièrement visible dans les thèses des années 1950 « Psychologie et psychanalyse à la lumière de l'anthropologie fonctionnelle » (*Psicologia e psicoanalysis a la luz de l'antropologia funcional*) et « Paraphrénies et hystérie et le psychodiagnostic de Rorschach » (*Parafrenias e histeria y el psicodiagnostico de Rorschach*) où le *primitif* et *l'Indio* sont abordés comme des synonymes définis par opposition à « l'homme civilisé » :

¹⁶ Voir par exemple la thèse de 1932 de Carlos Tribis sur l'anthropologie nationale (Tribis Biester, 1932). Cette thèse sera discutée plus bas dans ce chapitre.

¹⁷ Italiques de l'auteur.

« Aussitôt nous rencontrons un homme mystérieux, fantastique, différent de nous : le primitif a des coutumes différentes, un langage différent et des manières et une conception du monde cimentées par un fond fantastique, quasi hallucinatoire. Sa mentalité, sa façon de concevoir le monde extérieur coïncidaient beaucoup avec la pensée des psychopathes¹⁸. » (Rozo Sanmiguel, 1952, p. 10).

« Pourquoi ne pas considérer certaines formes de folie inspirées par la rémanence de mentalités primitives ? [...] Certaines tribus du Brésil se croient des animaux aquatiques ou des perroquets. [...] Et combien d'exemples chez les primitifs d'esprits gardiens ou vengeurs, d'êtres invisibles qui les protègent ou les menacent ! Et tant de cérémoniaux, tellement fantasques, entrepris pour éviter le mal. [...] Notre peuple, nous l'avons tous constaté, a une mentalité prélogique considérablement réduite. Il y a très peu de superstitions qui encombrant notre existence. Et celles que nous avons révèlent la survivance de vestiges primitifs très difficiles à extirper, vestiges que l'on peut surtout observer chez les pensionnaires des asiles d'aliénés. [...] C'est un sourire de pitié et précaution envers les hommes non civilisés qui s'esquisse sur les lèvres de celui qui se lance à l'étude des sociétés primitives lorsqu'il se rend compte du psychisme illogique de celles-ci. Un sourire de pitié et de prudence apparaît également sur les visages inexpérimentés de ceux qui découvrent des dossiers d'antécédents psychiatriques en réalisant à quel point les malades se sont éloignés de notre façon de raisonner. Et les premiers comme les seconds présentent un état animique différent du nôtre¹⁹. » (Carmona Marulanda, 1953, pp. 4, 16, 11-13, 21)

Au contraire, la normalité du corps enfantin et féminin était une problématique couramment abordée, mais en tant que cas particulier. Les thèses qui abordent ces corps l'annoncent dès le titre, tandis que celles qui abordent le corps masculin utilisent le mot normalité sans plus

¹⁸ Texte original : « Pronto nos encontramos con un hombre misterioso, fantástico, diferente a nosotros: el primitivo tiene costumbres diferentes, el lenguaje distinto, y las maneras y concepciones del mundo cimentadas en un fondo fantástico, casi alucinatorio. Su mentalidad, su manera de concebir el mundo exterior, coincidían mucho con el pensamiento de los psicopatas. »

¹⁹ Texte original : « ¿por qué no considerar algunas formas de locura inspiradas en el remanente de mentalidades primitivas? [...] Algunas tribus del Brasil se creen animales acuáticos o papagayos [...] ¡Y cuántos ejemplos no hay entre los primitivos de espíritus protectores o persiguidores, de seres invisibles que los amparan o amenazan! Cuántos y qué estrambóticos ceremoniales realizan para evitar el mal [...] Nuestro pueblo, todos lo hemos apreciado, tiene una mentalidad prelógica considerablemente reducida. Pocas son las supersticiones que agobian nuestra existencia. Las que poseemos revelan la subsistencia de vestigios primitivos muy difíciles de arraigar, vestigios que se hacen mejor apreciables en el personal de los frenocomios [...] Una sonrisa de piedad y consideración hacia los hombres no civilizados se dibuja en los labios de quien se inicia en el estudio de las sociedades primitivas al enterarse del psiquismo ilógico de aquéllos. Una sonrisa de piedad y consideración igualmente asoma en los rostros inexpertos de quienes empiezan a conocer historiales psiquiátricos al advertir como los enfermos han se desviado de nuestra manera de razonar. Y es que tanto los primeros como éstos adaptan un estado anímico distinto al nuestro. »

de précisions, comme dans le cas de la thèse de Guillermo. Par ailleurs, ces thèses font souvent des comparaisons entre des enfants, des hommes et des femmes colombiens, urbain-e-s et pauvres avec des données européennes, étasuniennes, et occasionnellement argentines²⁰. Alors que le corps des couches privilégiées locales n'est presque jamais abordé. Indépendamment des raisons derrière cette exclusion, des échantillons pareils produisent des données qui cachent la différence qui sépare les couches privilégiées des autres.

Les effets de l'exclusion des élites de ces études sont bien exemplifiés par une thèse de 1945 dont le but était de mesurer et peser des garçons et des filles entre 7 et 12 ans, prenant comme paramètre des enfants français et argentins (Albornoz Medina, 1945). L'auteur n'a pas considéré que les différences existantes dans la qualité de vie, comme pour exemple l'accès à la nourriture, entre un enfant français ou argentin et un enfant colombien étaient une donnée significative. Ainsi, le médecin arrive à la conclusion qu'être mince et petit est un trait typique de l'enfant colombien. D'un autre côté, d'après l'unique thèse de l'époque qui inclut les couches privilégiées, ces corps sont plus proches des statistiques européennes que des statistiques locales²¹ (Hurtado Mejía, 1947, p. 187). Ce chercheur non plus ne prend en considération les différences dans la qualité de vie des uns et des autres. Le paramètre du corps colombien ainsi produit transforme la souffrance en *trait typiquement colombien*, en même temps qu'il élude l'absence de ce « trait » chez les corps des élites.

La thèse *Radiopelvimétrie et anthropométrie. Pelvimétrie et classification pelvienne d'après la technique de THOM et recherche de quelques relations somatiques (50 observations chez des femmes colombiennes)* montre comment ce *corps colombien normal* est un dérivé de la construction du corps féminin. Le but de cette thèse était d'identifier les mesures typiques des « femmes de race colombienne » pour produire « du savoir anthropologique » qui serait

²⁰ Voir par exemple la thèse de Milciades Mogollon Fernandez dédiée exclusivement à la normalité corporelle des femmes colombiennes (Mogollon Fernandez, 1942) et la thèse de Carlos Albornoz Medina en ce qui concerne les enfants (Albornoz Medina, 1945).

²¹ Que les élites soient plus proches des statistiques eurocentrées sur la normalité des corps n'est pas étonnant, étant donné la continuité biologique et, surtout, la concentration de privilèges chez les élites européennes locales des États coloniaux et chez les élites *criollas* des nouvelles républiques indépendantes.

« utile à la patrie » (Mogollon Fernandez, 1942, p. 37). Deux éléments structurent la problématique du chercheur. Le premier c'est affirmation selon laquelle « la science » a prouvé qu'il n'existe pas de relation entre le type pelvien d'une femme et sa structure extérieure. Ce point de départ permet à l'auteur de bannir du spectre des possibles conclusions un fait qui saute aux yeux : à l'intérieur d'une « même race » peuvent exister des femmes avec des formes des corps propres à une « autre race ». De la même façon que des femmes de « différentes races » peuvent avoir une morphologie similaire. Le deuxième élément c'est l'affirmation que « la science » a prouvé la difficulté d'établir un type de pelvis normal parce qu'il n'y a pas deux pelvis similaires (Mogollon Fernandez, 1942, p. 35). Malgré ces considérations, l'auteur oriente sa recherche vers la définition du pelvis « proprement colombien ». Le fragment suivant illustre les conclusions de l'auteur à ce propos :

« La femme colombienne est brachypellique (classification de Thoms 62 r.) et brachycéphale (indice céphalique 82,38), elle a le pelvis et la tête aplatis ; elle est de petite taille (147,09 cm), ce qui rapproche la femme colombienne des races inférieures de l'humanité, de petite taille, comme les Aetas (148,2 cm) et les Papous (148,9 cm) ; la taille assise (80,02 cm) lui donne une prédominance abdomino-thoracique ; l'indice de taille (54,43) indique des membres inférieurs courts et un grand volume splénique ce qui éloigne par conséquent la femme colombienne de l'idéal structurel harmonieux ; les épaules larges (diamètre biacromial 32,50 cm) font penser comme ancêtre à une race dont les femmes portaient sur les épaules la nourriture, les armes et les enfants de leurs époux [...] et qui, ensuite, ont constitué la force motrice des "encomiendas" pendant la conquête. Les hanches sont relativement petites (bicrétal 27,19 cm et bitrochanthérien 30,39 cm) et le rapport épaules hanches (indices acromio-iliaque 83,88 et acromio-trochantérien 93,68) lui imprime un aspect androïde qui éloigne, encore plus, la femme colombienne du type idéal de beauté sculpté dans l'Aphrodite de Milo et, aussi, du type maternel et féminin, modelé en argile, qui représente la femme préhistorique et féconde de la période aurignacienne. »(Mogollon Fernandez, 1942, p. 104)

L'approche du pelvis féminin comme une marque irréfutable des différences biologiques entre les races est justifiée notamment par la référence au gynécologue allemand Krukenberg²². Auteur dont la théorie impliquerait que le corps féminin est plus civilisé que le masculin :

²² Milciades mentionne seulement le nom de famille de cet auteur. Il pourrait s'agir du gynécologue allemand du XIX^e siècle Georg Heinrich Peter Krukenberg.

« La lordose lombaire est moindre chez les races inférieures que chez les supérieures ; ce qui revient à dire que l'être humain est d'autant plus civilisé que son axe longitudinal se situe plus vers l'arrière [...] la femme est plus lordotique que l'homme²³. » (Mogollon Fernandez, 1942, p. 32).

Le chercheur se retrouve ainsi devant une marque de supériorité biologique du corps féminin sur le masculin aussi irréfutable que les marques qui prouvent la supériorité de certaines races sur d'autres. Cette situation est résolue en qualifiant l'argument de « paradoxe de la science », tandis que les conclusions de Krukenberg qui prouveraient l'existence des races supérieures et inférieures sont abordées comme de la science tout court²⁴ (Mogollon Fernandez, 1942, p. 32). La façon dont le chercheur réfute l'argument de la supériorité féminine, tandis que celui de supériorité raciale n'est pas mis en question illustre le caractère indiscutable que l'auteur attribue à la hiérarchisation des races et des sexes. Dans cette optique, la question se réduit donc à « décrire » ces différences, même lorsque la « démonstration » invalide manifestement l'hypothèse.

Ici à nouveau, l'échantillon est une question majeure dans « l'identification » de différences entre les groupes humains. D'après l'auteur, l'objet de son étude sont les pelvis des femmes internées « à la clinique obstétrique de l'hôpital universitaire ». Bien que l'auteur ne le précise pas, il s'agissait soit de l'*Hospital materno-infantil*, soit de l'Hôpital San Juan de Dios car à l'époque ces deux hôpitaux étaient les uniques endroits de pratique pour les étudiants de l'université Nacional. Cela signifie que l'échantillon était composé par les femmes les plus pauvres de la capitale, qui étaient les patientes habituelles de ces deux institutions²⁵. Il est

²³ Texte original : « la lordosis lumbar en las razas inferiores es menor que en las superiores; lo cual equivale a decir que el ser humano es tanto más civilizado cuanto que su eje longitudinal está en situación más posterior [...] la mujer es más lordótica que el hombre. »

²⁴ Dans les mots de l'auteur : « Si on va croire aux conclusions anthropologiques de Krukenberg, la femme et plus civilisée que l'homme, ce qui pourtant semble être juste un paradoxe de la science ».

²⁵ La façon dont Milciades se sert de la pensée de Thoms fait de la femme blanche étasunienne le paramètre de normalité pour construire la femme colombienne par déviation, en même temps qu'il avilit le corps des femmes colombiennes subalternes en les soumettant à sa recherche. La pelvimétrie par les procédures de l'époque, lesquelles sont décrites par Milciades lui-même, est une procédure invasive et inconfortable. Le fait que Milciades ait réussi à faire une procédure inconfortable sans aucun bienfait pour les patientes prouve qu'il se trouve dans une position de pouvoir envers elles, ce qui lui permet d'entreprendre sa recherche.

aussi probable que l'échantillon fût composé en totalité par des femmes non-blanches²⁶ (Mogollon Fernandez, 1942, p. 35).

À partir d'un tel échantillon et sans problématiser le fait que le paramètre de comparaison soit le pelvis de la femme étasunienne blanche, l'auteur conclut que la forme du pelvis de cette dernière est « plus normale » que celle de la femme colombienne (Mogollon Fernandez, 1942, p. 101). Les choix méthodologiques du chercheur placent tacitement la femme étasunienne comme la norme de ce qu'une femme saine « est ». Avec cette approche, l'auteur en vient à affirmer qu'avoir un pelvis anormal est propre à la normalité des Colombiennes qui seraient moins aptes pour accoucher que les Étasuniennes. Ainsi donc, pour l'auteur, le pelvis des « femmes de race colombienne » se caractérise par une anormalité intrinsèque qui les rend inférieures aux Étasuniennes du point de vue de l'aptitude pour « la fonction féminine » (Mogollon Fernandez, 1942, p. 101). Cette fonction est par ailleurs définie dans sa thèse comme condition vitale pour « atteindre la modernité » (Mogollon Fernandez, 1942, p. 10). Tacitement, l'auteur est en train d'affirmer que les corps des femmes colombiennes sont essentiellement souffrants du point de vue de leur capacité à produire la population d'une nation moderne.

Il y a plusieurs éléments récurrents dans le discours médical des années 1940 sur « le corps proprement colombien ». D'abord, les données pour établir ce qui est normal chez les Colombiens sont produites à partir des observations faites sur des corps non-blancs subalternes. Observations qui systématiquement ont été comparées à des corps blancs privilégiés (principalement français, étasuniens et argentins). D'un côté, cet exercice transforme des marques laissées sur les corps des subalternes par exploitation coloniale en traits intrinsèques au corps du Colombien moyen. D'un autre côté, « le corps colombien » est ainsi produit en termes de carence biologique par rapport aux corps des habitants des pays mieux placés géopolitiquement. Finalement, cela construit indirectement les corps des

²⁶ La problématisation du corps en termes de race est empruntée à la médecine française du XIX^e siècle, tandis que la technique concrète est empruntée à la médecine étasunienne du XX^e siècle.

couches privilégiées comme biologiquement supérieurs au reste de la population, puisque les corps des Colombiens privilégiés sont plus proches du paramètre européen utilisé par la médecine que du corps de ses subalternes.

Les paramètres recueillis comme ceux de la « normalité locale » ont défini le corps colombien moyen en termes de carence par rapport aux corps des élites colombiennes, des Français, des Argentins, des Étatsuniens. En fait, on prend ces corps blancs comme paramètre alors qu'on ne s'attend même pas à ce que le Colombien moyen y corresponde. Ce dernier est ainsi produit comme incarnant une normalité subalterne ou encore comme une version imparfaite du corps blanc, voir essentiellement souffrant.

Qui plus est, la plupart des recherches ont été faites sur des habitants de Bogotá (la capitale) et n'ont pas problématisé, ou même pas mentionné, le fait que les habitants des zones rurales de la Colombie ont été exclus des échantillons. Toutes les thèses ont pris comme point de départ le présupposé que la population colombienne est homogène et incarnée par le « métis colombien ». Cela exclut indirectement les peuples indigènes et d'ascendance africaine du groupe de gens qui composent cette population. Par ailleurs, d'après le discours médical de l'époque, la construction de cette population se joue sur la construction du corps féminin, censé avoir comme « fonction » la (re)production de la nation moderne. Ainsi, le corps souffrant féminin est au centre de la construction des différences raciales comme échelle hiérarchique.

Les régions et l'autre de la nation métisse

En 1930, le Parti libéral arrive à la présidence, après 40 ans ininterrompus de maintien au pouvoir du Parti conservateur. Entre 1934 et 1938, le Parti libéral met en œuvre des réformes éducatives, fiscales, agraires et du travail avec l'objectif d'industrialiser le pays. La modernisation du pays, et donc de ses habitants, devient un thème majeur dans la politique

nationale²⁷. Les années 1930 sont aussi la décennie où l'anthropologie médicale émerge comme sujet récurrent dans les thèses de médecine. Cela se produit peu de temps après les controverses sur la dégénérescence de la race (années 1920) qui avaient mobilisé les médecins dans le débat sur la construction d'une nation moderne avec des habitant-e-s ayant des corps souffrants²⁸. Ce débat se déroulait par ailleurs au même moment où le mouvement ouvrier en Colombie était à son apogée et que l'État recevait une forte injection d'argent grâce à l'indemnisation pour la perte du canal de Panamá. L'accès aux soins médicaux était une des revendications majeures du mouvement ouvrier, car il était inexistant pour la plupart des habitants du pays. L'argent de l'indemnisation et les investissements étasuniens en augmentation offraient une conjoncture économique propice à l'industrialisation du pays. C'est donc dans ce contexte que les thèses en médecine commencent à s'intéresser aussi aux habitants des régions rurales.

Les régions du Putumayo et du Chocó sont apparues pour la première fois dans les sujets de thèses seulement dans les années 1930 et 1940, respectivement. Il s'agit de deux régions qui à l'époque, comme aujourd'hui, sont majoritairement habitées par des peuples non-blancs. Des peuples indigènes dans le Putumayo et d'ascendance africaine dans le Chocó. Ces habitants sont apparus dans l'horizon du visible des médecins de l'université Nacional à deux moments différents. Les premières thèses qui portent sur le Putumayo ont été faites par des médecins de la capitale qui avaient été envoyés en mission avec l'armée lors de la guerre colombo-péruvienne. Cette guerre, qui a éclaté en décembre 1932, a fait apparaître au grand jour le manque de présence étatique dans les régions de frontière, et particulièrement en Amazonie, Putumayo compris. Ensuite, un peu plus tard, dans les années 1940, le Chocó a émergé pour le regard médical à travers l'arrivée à la faculté de médecine Nacional des premiers étudiants originaires de la région. Leur arrivée s'explique dans le contexte des politiques de modernisation du pays car l'université Nacional a été considérée par le gouvernement libéral comme un axe majeur de la construction d'une identité nationale.

²⁷ Voir : (Noguera, 2003) (Pedraza Gómez, 1999).

²⁸ Voir chapitre II.

Ainsi, l'université a bénéficié d'un financement étatique pour encourager la présence des étudiant-e-s de tout le territoire national.

Même si les peuples indigènes et ceux d'ascendance africaine entrent dans le champ de vision médical par des chemins différents, dans les deux cas cela se produit dans le contexte de colonisation du territoire par l'État et de consolidation de politiques de construction d'une identité nationale.

Cette section s'appuie sur les quatre thèses suivantes pour illustrer les principaux éléments du discours médical sur les habitant non-blancs du territoire national pendant le processus de modernisation du pays :

- « Introduction à l'étude de l'anthropologie nationale », thèse écrite juste avant le début de la guerre colombo-péruvienne. D'après son auteur, il s'agit de la première publication académique qui développe scientifiquement « l'étude anthropologique de notre métis » (Tribis Biester, 1932). En effet, c'est la première thèse à contenir le terme « anthropologie » dans le titre.
- Ensuite, « Initiation à l'étude de la pathologie du Haut Putumayo » est une thèse faite par un des médecins qui ont accompagné les troupes de l'armée colombienne pendant la guerre contre le Pérou (Campos Posada, 1933).
- « Géographie médicale, pathologie régionale et quelques considérations générales sur l'hygiène dans le département de Putumayo », thèse dont l'auteur fut l'un des médecins envoyés dans la région dans le cadre des politiques de renforcement de la présence étatique dans les régions (Cabal Barona, 1945).
- Enfin, en ce qui concerne le Chocó, la thèse « Santé au Chocó » contient tous les éléments présents dans le discours médical sur cette région à l'époque (Angel-Arcos, 1945).

« Notre métis »

Dans les années 1920, les médecins débattent pour savoir si l'hygiénisme peut construire des corps sains ou bien si les corps colombiens sont essentiellement souffrants²⁹. Au fond, la question est de savoir comment construire des corps susceptibles d'incarner la modernité industrielle, voire de corps *sains*, à partir des corps qui avaient été construits pour une économie d'*hacienda*³⁰, voire « naturellement » *souffrants* et essentiellement handicapés pour incarner la civilisation. Certains considèrent la race colombienne incivilisable, étant donné que seules les métropoles européennes au climat tempéré pourraient engendrer des corps suffisamment sains pour devenir civilisés, contrairement aux colonies aux climats tropicaux qui engendreraient des corps essentiellement malades et inaptes à incarner la civilisation. D'autres proposent l'hygiène comme technique capable d'intervenir sur les corps et de construire la race. Ces deux théories s'opposent, tout en ayant en commun comme principale référence scientifique et grille de lecture du corps la médecine française et le modèle colonial français. Toutefois, la médecine française correspondait à une expérience coloniale différente de celle des élites blanches colombiennes. La principale différence est le fait que contrairement à la république impériale (française), dans la république coloniale (colombienne), la métropole et la colonie occupent le même territoire et partagent le tropique comme emplacement géographique. Pour les élites blanches colombiennes, justifier la domination de leurs subalternes par le discours médical français revenait à s'inclure parmi les corps inaptes à la civilisation, voire inaptes à diriger un État indépendant. La construction du « Métis » est le résultat de ce paradoxe.

La thèse « Introduction à l'étude de l'anthropologie nationale » porte sur l'étude de « notre métis ». Ce sujet était, selon l'auteur, très souvent abordé dans les cours de la faculté de médecine au début des années 1930 (Tribis Biester, 1932). L'objectif de l'auteur est de systématiser les principales idées sur le métissage apprises pendant sa formation³¹. Cela rend

²⁹ Ce thème est plus amplement discuté dans le chapitre II.

³⁰ Les *haciendas* étaient au XIX^e siècle des exploitations agricoles ou des élevages sur de très vastes étendues de terre, appartenant à un petit nombre de grands propriétaires latifundiaires.

³¹ Le professeur Julio Manrique est signalé comme celui qui a le plus apporté à cette discussion, bien qu'il n'ait rien publié.

cette thèse particulièrement intéressante pour saisir le discours médical sur le métissage qui émerge juste après le *débat sur la dégénérescence* de la race. C'est en fait la première fois que le discours sur la nation métisse est concrètement mis en œuvre sur le terrain de la recherche médicale. La question du « notre métis » y est abordée comme l'étude du « mélange entre *l'Indio* et l'Espagnol ». Cette définition montre une exclusion tacite et totale des peuples d'ascendance africaine dans le discours médical sur « notre métis » et donc sur ce que « nous sommes » (Tribis Biester, 1932, p. 4) qui allait persister jusqu'aux thèses des années 1950 présentes dans cette archive de la faculté Nacional.

L'anthropologie est définie dans cette thèse comme « la branche de l'histoire naturelle qui nous rapproche le plus de la vraie signification de la vie » et dont l'objet ce sont « les différences raciales entre les hommes » (Tribis Biester, 1932, p. 6). D'après l'auteur, l'étude de l'anthropologie permet au médecin d'identifier « les environnements inadéquats pour que la population y habite ». Dans cette optique, « les races sont comme des terroirs dans lesquels les maladies se développent différemment » et c'est donc la compréhension du climat et de l'environnement qui permet au médecin d'intervenir pour éviter leur influence potentiellement négative sur la race (Tribis Biester, 1932, p. 8). L'objectif du chercheur est d'établir quels types de corps composent « la race colombienne » et comment la médecine pourrait intervenir pour obtenir des corps adéquats à une nation civilisée et sa prémisse est que certains environnements sont plus aptes à produire des corps civilisés que d'autres. Autrement dit, malgré la présence d'habitants sur tout le territoire national, tous les environnements ne sont pas adéquats pour « la population ».

Pour l'auteur, la « race » est l'imbrication entre l'anatomie, la capacité intellectuelle définie physiologiquement, la socialisation et l'histoire communes à un groupe de gens (Tribis Biester, 1932, p. 5). La race ainsi abordée serait aussi bien le résultat de la biologie que des conditions sociales. Tacitement, cette thèse tend à réfuter la pensée médicale hégémonique de l'époque. Tout en utilisant comme références des médecins européens pour lesquels la biologie était une donnée immuable et prépondérante dans la constitution d'une race

(notamment Nicolás Pende), l'auteur contredit implicitement l'idée de l'existence de corps essentiellement souffrants. L'auteur utilise comme exemple l'acclimatation des Européens en Amérique car, d'après lui, « l'intelligence pour s'adapter à l'environnement les a transformés dans une race métisse encore plus forte qu'avant ». Une race qui « n'a plus besoin d'avoir une peau pigmentée pour se protéger du soleil puisqu'ils peuvent créer des chapeaux ». D'après l'auteur, « les Blancs n'ont pas la peau pigmentée grâce à leur intelligence pour dominer le climat qui a fait disparaître le besoin de pigmentation de la peau ». Dans cette optique, l'auteur estime que les Noirs et les gens à la peau foncée vont se diluer dans le groupe blanc, sauf si ces premiers arrivent à prouver une égalité d'intelligence avec les Blancs pour s'adapter au climat. Dans le cas contraire, « ce sera le Blanc qui habiterait tous les climats dans l'avenir » (Tribis Biester, 1932, p. 14). En fait, tous ses arguments cherchent à prouver la possibilité d'agir sur les données biologiques par des mesures sanitaires étatiques pour « construire une race », tout en excluant du processus les habitants des territoires nationaux « moins aptes » à accueillir la « population ». Des territoires qui sont justement habités par des peuples noirs et indigènes, tels que le Putumayo ou le Chocó.

Comme pour d'autres thèses à partir des années 1930, tous les raisonnements de l'auteur sont travaillés par la contradiction entre, d'un côté, le besoin de valider les arguments par la référence aux auteurs européens pour lesquels la race était une donnée biologique absolue (notamment Pende et Lombroso) et, d'un autre côté, la construction de la race comme un objet sous le contrôle du savoir médical. Le projet derrière cette tension devient clair dans l'observation en perspective des thèses faites dans les années 1930 et 1940. Le rapport entre l'anthropologie nationale et la construction d'une force de travail pour le « progrès de la patrie » devient plus explicite dans les thèses faites 10 ans plus tard, et encore plus dans celles faites 20 ans après la thèse pionnière sur le sujet de Carlos Tribis.

Ces études médico-anthropologiques émergent au moment même de l'expansion territoriale de la présence étatique ayant pour but principal d'établir « qui nous sommes »

du point de vue biologique et comment consolider une nation prenant en compte ces données biologiques. Ces questionnements peuvent être lus comme une recherche de moyens pour élargir « la société » dans le contexte de modernisation de l'État. Jusqu'alors, l'accès y avait été réservé à une petite caste, sur des critères racistes. Il s'agissait maintenant d'élargir le « nous » national à des gens qui en étaient exclus auparavant sous le prétexte d'un manque intrinsèque d'aptitude pour la civilisation, voire d'humanité ; d'abord des corps sans âme, ensuite des corps dégénérés et souffrants. Au fond, l'émergence de « l'anthropologie nationale » dans les années 1930, au début du processus d'industrialisation et d'urbanisation du pays, correspond à un nouveau besoin : blanchir, sélectivement, certains des habitants auparavant construits comme imblanchissables.

L'État arrive au Putumayo avec la guerre

Suite à la guerre colombo-péruvienne de 1932, le territoire du Putumayo commence à faire l'objet d'étude de thèses et indirectement ses habitants aussi. La thèse « Initiation à l'étude de la pathologie du Haut Putumayo » est la première à ce propos. L'auteur affirme que le but de sa recherche c'est « [d']être utile à la patrie et ensuite à la médecine » (Campos Posada, 1933, p. 2). Concrètement, il se propose d'apporter une contribution, à travers le savoir médical, d'abord pour « sauver la race » et ensuite pour soigner les soldats (Campos Posada, 1933, p. 67). Sa contribution au savoir médical allait être un outil de protection de la race, en garantissant le « bon avenir de la colonisation » du territoire national (Campos Posada, 1933, p. 85). La problématisation sanitaire du territoire se limite exclusivement aux souffrances dont pourrait pâtir la population des colons. En revanche, le bien-être des gens qui habitent déjà ce territoire ne fait pas du tout partie des arguments mobilisés par l'auteur pour justifier sa recherche. L'expérience et la souffrance du colon sont la seule perspective d'analyse qui guide les recommandations d'hygiénisation du territoire adressées à l'État par l'auteur.

Aux yeux de ce chercheur, le Putumayo ne serait pas peuplé tant que des métis urbains ne s'y seraient pas installés. La problématique de recherche part du présupposé que l'activité humaine ne serait pas possible avant la matérialisation de toute une série d'aménagements

sanitaires de ce territoire. Ces aménagements consistent à construire des maisons « aptes pour la vie », à garantir l'accès à la « bonne nourriture » et à des « vêtements hygiéniques », etc. Ces mesures supposément sanitaires prennent comme repère scientifique la médecine coloniale européenne et l'exemple « des expériences coloniales réussies » des Empires français et britannique³². Tacitement, le discours de cette thèse n'identifie la présence humaine comme telle que dans la mesure où il s'agit de corps « civilisés ». Implicitement, l'idée mise en avant est celle de civilisation comprise comme une série de barrières recréant une sorte de « bulle » pour amener le mode de vie urbaine eurocentrée, quel que soit le lieu où l'on se trouve. Dans cette logique, tous les êtres qui n'habitent pas cette sorte de « bulle isolante » et qui ne sont pas le produit d'un mode de vie « à l'européenne » ne sont pas identifiables comme des vies humaines.

D'après l'auteur, les premières opérations d'assainissement et les premières missions sanitaires étatiques sont arrivées dans la région du Putumayo avec et pour les militaires (Campos Posada, 1933, p. 123). Opérations qui, du point de vue du chercheur, n'étaient pas suffisantes pour maintenir en bonne santé les soldats. Et, non plus, pour éventuellement préparer le terrain pour l'arrivée d'une population de colons et garantir ainsi le contrôle étatique sur le territoire. Dans cette optique, le texte est une plaidoirie auprès de l'État colombien sur le besoin de construire des hôpitaux dans la région afin d'assurer sa souveraineté face à l'État péruvien.

La thèse mentionne tangentiellement les peuples habitant le Putumayo dans le chapitre consacré à la description de la géographie. La référence aux peuples autochtones dans les chapitres de description géographique (avec le relief, la faune et la flore) est un élément récurrent dans les thèses jusqu'aux années 1950. Par exemple, dans la thèse³³ d'un autre médecin également arrivé avec l'armée, les ressources potentiellement exploitables sont

³² Cette association entre la conquête du territoire colombien par l'État et l'expérience coloniale française et anglaise est particulièrement claire dans la thèse « Apuntes sobre higiene de las tierras calientes en Colombia », Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia (Samper, 1914).

³³ « Contribution à l'étude de la climato-pathologie et de la pathologie des régions Putumayo, Caquetá et Amazonie colombienne », Ruiz Mora, 1935.

traitées dans le même chapitre où les peuples indigènes sont décrits comme naturellement obéissants et capables de travailler infatigablement avec peu de nourriture (Ruiz Mora, 1935, Capítulo III).

Le médecin parle également de la *caucheria*³⁴ sans problématiser le fait qu'elle était dans le Putumayo une source de souffrances bien plus réelles que toutes les maladies tropicales qu'il décrit au long du texte. La thèse décrit aussi une épidémie de grippe apportée par les soldats³⁵ et qui a attaqué gravement les peuples indigènes causant de nombreux décès. Bien que cela soit mentionné, l'auteur ne propose pas de stratégies particulières pour empêcher la mort des Indigènes lors d'une éventuelle arrivée massive de colons. Cela contraste avec tout un chapitre dédié à des mesures suggérées à l'État pour protéger les colons. Le peu de fois où le médecin fait allusion aux souffrances des peuples indigènes, la possibilité pour ceux-ci d'éviter la souffrance en restant éloignés des Blancs et de l'État est rendue invisible. Alors même que les descriptions de la vie des gens – faites par le médecin lui-même – indiquent dans cette direction. Par exemple, d'après les données recueillies dans la thèse, plus les peuples indigènes habitaient loin des centres urbains, moins ils souffraient de la grippe, du paludisme ou de l'amibiase. Bien que cela soit évident dans les statistiques de sa propre recherche, l'auteur n'en parle pas (Campos Posada, 1933, pp. 28-29).

Restant à l'intérieur de cette logique, tout au long du texte, le chercheur marque un contraste très fort entre la problématisation du besoin de faire vivre les soldats colons et son regard sur les peuples indigènes. Pourtant, les soldats étaient eux-mêmes des descendants de peuples indigènes³⁶. Cela peut être affirmé d'après deux indices présents dans d'autres

³⁴ Le terme *caucheria* désigne l'exploitation du caoutchouc en Amazonie au profit de l'industrie des métropoles impériales grâce au travail des peuples indigènes dans des conditions d'esclavage. Parmi le peu d'information disponible en français, on peut lire cet article sur le génocide des peuples indigènes de l'Amazonie du début du XX^e siècle par l'industrie automobile : <http://www.courrierinternational.com/article/2011/01/20/le-genocide-oublie-des-indiens-du-putumayo>.

³⁵ La plupart des troupes envoyées au Putumayo par le chemin de Pasto sont arrivées affectées par la grippe épidémique, probablement à cause des différents climats traversés en peu de temps et des difficultés inhérentes à la marche.

³⁶ La composition raciale de l'armée colombienne est dévoilée par les dossiers médicaux, mais surtout par les photos de la thèse d'Arturo Botero sur l'anthropométrie militaire (Botero, 1943). Dans les dossiers médicaux

thèses de l'époque. D'abord, beaucoup de soldats sont morts de bériberi et non dans les combats³⁷. Maladie qui constitue un stigmate de la souffrance imprimé par l'exploitation coloniale des corps non-blancs. À l'époque, la plupart des décès par bériberi se produisent chez les peuples noirs, puis chez les peuples indigènes et seulement ensuite chez les Blancs (Gomez J, 1933, p. 20). Cette maladie, résultante des années de malnutrition, s'exprime par l'extrême faiblesse du corps atteint. Faiblesse qui explique pourquoi ces hommes sont morts lors de l'exposition aux efforts physiques propres à la vie du soldat et non en combat³⁸. Botero décrit les soldats comme ayant des traits efféminés (à cause de l'absence de pilosités), ce qu'il explique comme une conséquence de l'origine indigène du « métis colombien » (Botero, 1943). Bien que cette thèse conclue que l'armée était composée par un mélange de Blancs et de Métis, aucun des hommes photographiés n'avait la peau blanche. Donc, même si les soldats étaient non-blancs, comme les peuples indigènes, du point de vue du chercheur, les premiers représentent la patrie tandis que les deuxièmes ne sont qu'un élément du territoire.

Sous le titre « Quelques considérations sur la contribution raciale, hygiénique et sur la prophylaxie dans la région par rapport à une future colonisation », l'auteur adresse à l'État colombien une série de recommandations pour mener à bien la colonisation du Putumayo (Campos Posada, 1933, p. 122). D'après l'auteur, l'État doit assainir le territoire, fonder des hôpitaux et garantir la présence de médecins afin de le rendre apte à recevoir « la vie humaine ». Ensuite seulement, l'État pourrait amener des « travailleurs colombiens » pour peupler le territoire (Campos Posada, 1933, p. 124). L'État doit « amener [au Putumayo] de la population ayant des attributs de notre civilisation et de notre race », des gens qui possèdent « les traits colombiens irréductibles » (Campos Posada, 1933, p. 2). Dans cette

recensés par Arturo Campos, presque tous les soldats sont décrits soit comme Blancs soit comme Métis. C'était aussi le cas dans la thèse de Botero lui-même, mais en comparant des photos prises par le médecin et ces dossiers médicaux, il devient clair qu'il s'agit d'Indigènes dans presque tous les cas. Voir « Ensayo sobre antropometría militar. La marcha en infantería » (Botero, 1943).

³⁷ Cela est constaté par les données apportées par une autre thèse de l'époque. Voir (Gomez J, 1933).

³⁸ À propos des causes de décès dans les régiments envoyés dans l'Amazonie en 1932, voir (Sotomayor, 1998) et (Gomez J, 1933).

perspective il y a deux éléments implicites : le Putumayo n'est pas encore peuplé et ceux-celles qu'y habitent déjà ne sont pas de « notre race ».

L'avis défendu tacitement par le chercheur c'est que fonder des hôpitaux et investir l'argent public dans la santé au Putumayo se justifierait seulement dans la mesure où une population de « notre race » s'y installerait. Justifier l'attribution de ressources étatiques à la santé exclusivement en fonction de la présence d'une population définie comme telle par opposition aux habitants indigènes et d'ascendance africaine est un élément récurrent dans les thèses des années 1930. Au contraire, dans les thèses des années 1940 et 1950, c'était habituel de critiquer l'État pour le manque de ressources en santé destinées à ces territoires.

Cette nouvelle perspective est bien exemplifiée par deux thèses de 1945 et une autre de 1950. Elles sont écrites par le directeur du centre d'hygiène et unique médecin du Putumayo, par un médecin natif du Chocó et par l'unique médecin du département de la Guajira, respectivement. Il ne s'agit plus de médecins en train de « découvrir » pour la première fois l'Autre, comme dans les années 1930, mais de médecins qui habitent avec cet Autre. Contrairement aux thèses des années 1930, l'existence de liens personnels entre les chercheurs et les habitant-e-s est évidente. Par exemple, dans la thèse sur le Putumayo, le médecin parle « d'un petit souffrant indigène » qui l'a rendu « très heureux » en guérissant (Cabal Barona, 1945). Dans celle sur le Chocó, Miguel parle de « l'intelligence et le courage » des « enfants de la terre qui [l]'a vu naître » (Angel-Arcos, 1945, p. 11). Et dans celle sur la Guajira, le médecin parle avec beaucoup d'admiration de la culture Wayuu et appelle les personnes de ce peuple par leurs noms quand il en parle (Pena Lamus, 1950). Ces trois thèses sont des plaidoiries adressées à l'État pour demander des politiques sanitaires. Comme cela est un élément commun aux autres thèses de l'époque dédiées aux régions rurales, cela démontre que la salubrité de ces territoires n'avait pas été une préoccupation pour l'État. Ce qui contraste fortement avec les politiques hygiéniques que l'État menait à la même

époque dans les grandes villes³⁹. Politiques qui par ailleurs était axées sur la construction de la « race nationale » sous le prisme de l'eugénisme culturel.

La question de la capacité de travail est un élément central dans la division entre les gens de « notre race », qui méritent des soins, et « les autres ». Dans la perspective défendue par l'auteur de la thèse sur les soldats au Putumayo, seulement des « travailleurs colombiens » peuvent consolider « notre souveraineté », par opposition aux « *Indios* purement primitifs » (Campos Posada, 1933, pp. 85, 124). L'argument sanitaire derrière l'exclusion des Indigènes est la prémisse implicite de l'influence du climat sur la santé et en particulier sur la capacité de travailler (Campos Posada, 1933, pp. 136-137). Cela est évident dans la discussion sur le « type racial » idéal d'une population colonisatrice. Dans ce discours, d'un côté, les peuples déjà habitant le Putumayo ne sont même pas considérés comme une possibilité et, d'un autre côté, le climat est abordé comme un élément déterminant pour la santé des travailleurs :

« On a divisé l'homme de Colombie en trois types qui correspondent aux régions climatiques habitées dans le pays : l'homme des hauts plateaux, l'homme des climats tempérés et l'homme des climats chauds. L'homme des hauts plateaux est doué d'un organisme relativement fort, mais corrompu par les tares des Aborigènes d'Amérique ayant peuplé de prédilection ces hauts plateaux, comme par l'intoxication avec des boissons fermentées chargées en ptomaines et en alcools toxiques. L'homme des climats tempérés présente, même si dans une moindre mesure, les défauts de l'homme des hauts plateaux ; il est rongé par l'anémie tropicale et par d'autres endémies de ces climats, mais c'est un homme travailleur, perspicace et ambitieux. L'homme des climats chauds, dans les régions côtières et dans les plaines des grandes rivières, est un type humain pourvu de magnifiques aptitudes intellectuelles, mais dont l'organisme est détruit par le paludisme, l'amibiase, l'anémie tropicale et toutes les endémies des climats chauds où il vit dans des conditions déplorables. Lequel de ces types humains pourrait être le bon choix pour soutenir une colonisation de nos frontières au Putumayo et dans l'Amazonie ? Ils ont chacun leurs qualités et défauts, mais j'ose croire que l'homme des hauts plateaux et celui des climats tempérés représentent en Colombie le type humain le mieux pourvu pour supporter les rigueurs du brûlant climat équatorial, si on l'y installe avec tous les éléments pour la protection de son organisme. C'est seulement en l'équipant de ces moyens qu'on

³⁹ Voir : (Abadia-Barrero, Góngora Sierra, Melo Moreno, & Platarrueda Vanegas, 2013; Noguera, 2003; Pedraza Gómez, 1999; Restrepo Zea, 2011).

peut mettre en œuvre une colonisation ; sans cela, l'homme ne sera qu'un jouet du tropique et de la forêt.⁴⁰ »

Les peuples indigènes du Putumayo ne sont pas considérés comme étant le « type racial » idéal pour peupler leur propre territoire. Alors que le chercheur leur attribue pourtant un rôle majeur dans le processus de la colonisation. D'après lui, lors de la guerre ce sont les lieux d'habitation de ces peuples qui servent pour l'accueil des troupes. L'auteur suggère donc de les utiliser à nouveau lors d'une éventuelle colonisation. D'après lui, leurs connaissances et leurs « adaptations anatomiques à l'environnement » sont d'une importance vitale pour garantir un bon accueil pour la population colonisatrice.

L'idée derrière affirmation précédente c'est que les habitants du Putumayo sont utiles pour accueillir la population, mais pas pour en faire partie. Cette idée est récurrente dans le discours médical des années 1930. Par exemple, dans une autre thèse, les peuples indigènes du Putumayo sont définis comme des « restes qui gardent notre frontière australe » et dont « nous n'avons qu'attendre qu'ils périssent » en raison de « la faiblesse de leurs organismes » et de « leurs conditions de vie trop primitives » mais qui, pour autant, « sont de bons travailleurs » (Ruiz Mora, 1935, pp. 35, 36). Ainsi, les corps indigènes seraient essentiellement souffrants, entre autres à cause de leur mode de vie incivilisé, et cette souffrance ferait d'eux une race différente de « notre race ». Pour autant, l'auteur envisage

⁴⁰ Texte original : « Hemos dividido al hombre de Colombia en tres tipos que corresponden a los climas habitados del país: el hombre de las altiplanicies, el hombre de los climas medios y el hombre de los climas cálidos. El hombre de las altiplanicies está dotado de un organismo relativamente fuerte y estropeado por las taras de los aborígenes de América que poblaron con predilección los altiplanos y por la intoxicación con bebidas fermentadas, cargadas de ptomaínas y alcoholes tóxicos. El hombre de los climas medios, posee, aunque en menos proporción, los defectos del hombre de las altiplanicies, está minado por la anemia tropical y otras endemias de estos climas, pero es un hombre laborioso, perspicaz y de ambiciones. El hombre de los climas cálidos, costas y llanuras de los grandes ríos, es un tipo humano dotado de magníficas condiciones intelectuales pero poseedor de un organismo destruido por el paludismo, la amibiasis, la anemia tropical y todas las endemias de los climas cálidos donde vive en condiciones deplorables. Cuál de estos tipos humanos podría ser el de elección para sustentar una colonización en nuestras fronteras del Putumayo y del Amazonas? Todos tienen sus defectos y cualidades, pero me aventuro a creer que el hombre de las altiplanicies y el de los climas medios representan en Colombia el tipo humano mejor dotado para soportar las inclemencias del clima ecuatorial ardiente, si se le coloca en él con todos los elementos para la defensa de su organismo. Solamente dotándolo de estos elementos se puede llevar a la práctica una colonización; sin ellos, el hombre será un juguete del trópico y de la selva. »

que l'État les utilise comme moyens pour faire vivre une population lors d'une éventuelle colonisation ou pour produire des richesses pour la « race nationale ».

Le Chocó et les peuples noirs

Malgré des demandes répétées de l'administration locale du Chocó, ce n'est que dans les années 1930 que l'État accepte enfin de financer des campagnes d'aménagement sanitaire de la région. Ces campagnes arrivent au Chocó dans le contexte des politiques de modernisation de la Nation du Parti libéral. Avant 1934, il n'y avait ni campagnes d'hygiène, ni lutte contre les endémies, ni assainissement des sols. Jusqu'ici, l'Intendance du Chocó avait même des difficultés pour obtenir du gouvernement central le paiement des salaires des médecins qui faisaient malgré tout partie de l'appareil administratif local (Angel-Arcos, 1945, p. 18).

La thèse « Santé au Chocó », rédigée en 1945 par le directeur de l'hôpital de Quibdó, est une des premières à aborder la santé dans cette région, qui concentre la plupart des habitants d'ascendance africaine du pays. Trente ans après les premières campagnes d'assainissement, l'auteur constate que le caractère « maigre » de ces politiques est toujours un problème. Cette thèse est en réalité une plaidoirie adressée à l'État pour prouver la nécessité d'allouer des ressources à la santé dans ce département (Angel-Arcos, 1945, p. 18). Angel-Arcos reprend les mots de l'intendant général du Chocó qui, en 1919, critiquait le désintérêt du gouvernement central envers la région :

« Au fond, le gouvernement a fait très peu de choses pour ce secteur [la santé], et disons-le, ce n'est pas par apathie, mais par indifférence vis-à-vis du territoire sous mon administration, car on ne saurait croire à l'impossibilité absolue, de la part de la Nation, d'allouer les fonds nécessaires pour l'hygiénisation et la salubrité des deux principales villes du Chocó, Chocó et Istmina, décidé par décret du Congrès il y a déjà cinq années.⁴¹ » (Carrasco, 1919).

⁴¹ Texte original : « Con todo, en el ramo poco ha hecho el gobierno nacional, no diremos por apatía, sino por indiferentismo en el territorio de mi mando, pues no puede creerse en la imposibilidad absoluta, por parte de la Nación, para apropiarse los fondos necesarios para el saneamiento de las dos ciudades principales del Chocó, Quibdó e Istmina, decretado por la ley del congreso hace cosa de cinco años. »

Une situation que le chercheur continue de déplorer, considérant qu'elle ne s'est toujours pas améliorée aux années 1940. Établissant un lien entre le manque de communication entre l'État et la région et la « situation critique » de l'hygiène au Chocó, l'auteur essaie dans son texte de convaincre l'État de construire des routes entre les principales villes de la région et Bogotá et d'inclure la région dans les campagnes hygiéniques menées ailleurs dans les grandes villes. Sur le plan sanitaire, l'auteur considère que la qualité de vie des habitants s'améliorerait si la région était connectée physiquement et économiquement à l'État. Pour convaincre le gouvernement central de la pertinence de cette intégration, ses arguments principaux sont les richesses du territoire et la possibilité d'avoir une main d'œuvre suffisamment robuste pour les exploiter.

L'auteur consacre un chapitre entier aux ressources dont la Nation bénéficierait si le territoire était mieux intégré. Il décrit les plantes médicinales et leur utilisation, l'abondance des mines d'or et d'argent et autres ressources, cherchant à rendre attractif ce territoire pour l'État du point de vue économique. Par exemple, l'emplacement géographique y est décrit de la façon suivante :

« Il suffit de regarder la carte de la Colombie pour constater que le territoire du Chocó jouit de l'emplacement le plus favorable au sein de la République. Situé à l'angle nord-ouest de la Nation et donc du continent sud-américain, avec des côtes sur les deux océans, voisin du canal de Panama, il offre de très alléchantes perspectives de progrès dans tous les domaines⁴²» (Angel-Arcos, 1945, pp. 19-20).

L'auteur propose ensuite à l'État d'administrer le territoire en suivant le modèle de la colonisation espagnole, sans problématiser l'exploitation esclavagiste, à l'époque, des peuples d'ascendance africaine, majoritaires dans la région. L'auteur ne propose à aucun moment d'utiliser à nouveau de la main d'œuvre esclave, mais son argumentaire montre qu'il croit pouvoir susciter l'intérêt de l'État seulement sur le plan économique (profits à tirer des ressources) et non pas sur le plan sanitaire (santé de la population). D'ailleurs, l'argument

⁴² Texte original : « La sencilla observación de un mapa general de Colombia, muestra al territorio chocoano en la mas privilegiada situación con Respecto a la Republica. Colocado en el angulo noroeste de la Nacion y por consiguiente del continente suramericano, con costas en los dos mares, vecino al canal de Panama, ofrece las mas alagadoras perspectivas para toda suerte de progreso. »

du « succès » de l'époque coloniale n'est pas élaboré par le chercheur lui-même, mais semble être une idée courante et acceptée à l'époque puisqu'il cite en ce sens Eduardo Santos, président de la République entre 1938-1942⁴³ :

« Cette région de Colombie qui avait atteint un développement si fort et qui avait été l'objet d'une administration intelligente et énergique, traduite dans de formidables réalisations, a été ensuite oubliée par la République de façon inouïe. De nombreuses villes ont disparu et la race qui y entreprenait avec une vigueur titanesque la conquête de la nature indomptable décline jour après jour ; les chemins s'effacent et l'on abandonne des entreprises prospères. Cela fait honte de comparer le travail des Espagnols dans cette terre avec l'incurie de ceux qui devaient le poursuivre et n'en ont pas été à la hauteur... Avant tout, comme disait un bon citoyen, c'est [le problème de] la déconnexion du reste de la République⁴⁴. » (Angel-Arcos, 1945, p. 17)

Une autre stratégie du chercheur pour convaincre le gouvernement central de renforcer la présence étatique dans le territoire c'est de jouer sur l'interprétation des statistiques afin de présenter les habitants aussi « blancs » que possible. D'après les chiffres officiels, présentés dans la thèse, en 1945 60 % des habitants du Chocó sont de « race noire », 20 % des Métis entre Blancs et Noirs, 5 % des Indigènes, 3 % des Métis entre Blancs et Indigènes, 10 % des Blancs et 2 % des Métis entre Noirs et Indigènes (Angel-Arcos, 1945, p. 29). Dans la présentation des statistiques le chercheur essaie de minimiser la présence des habitants non-blancs, et particulièrement des Noirs. Il sépare les gens d'ascendance africaine entre métissés et non métissés, ce qui diminue la catégorie « race noire » de 82 % à 60 %. Ensuite, il sépare également les Indigènes « purs » de ceux métissés, en réduisant leur présence de 10 % à 5 %. D'ailleurs, l'auteur utilise l'expression « il n'y a que » pour introduire le pourcentage de la « mixture » entre « Noirs » et « *Indios* », ce qu'il ne fait pas quand il s'agit des « Métis » entre Blancs et Indigènes. Pourtant le pourcentage est presque le même, 2 %

⁴³ L'ancien président Eduardo Santos est par ailleurs le père de l'actuel président, Juan Manuel Santos (en exercice depuis 2010).

⁴⁴ Texte original : « Esa región que en Colombia alcanzo tan pujante desarrollo y fue objeto de una preocupación inteligente y enérgica, traducida en obras formidables, fue luego olvidada por la Republica en forma inaudita. Muchas de sus ciudades desaparecieron, la raza que allí realizaba con vigor titánico la conquista de la naturaleza bravía, decae día por día ; se borran los caminos y se abandonan las fuertes empresas. Avergüenza comparar la obra de los españoles en aquella tierra, con la desidia de quienes debieron continuarla y fueron inferiores a ella... ante todo, como lo dijo un buen ciudadano, es de desconexión con el resto de la republica. »

et 3 % respectivement (Angel-Arcos, 1945, p. 29). Cette façon de présenter les statistiques fait qu'au lieu d'avoir 82 % de « Noirs » et 10 % d'« Indios » pour un total de 92 % de non-blancs, il arrive à montrer 10 % de « Blancs », 20 % de « Mulâtres » et 5 % de « Métis », pour un total de 25 % Blancs ou blanchis. Cette minimisation montre qu'avoir des habitants blanchis (métis, mulâtre) est en soi un argument pour convaincre l'État d'inclure la région dans les politiques hygiéniques.

D'après l'auteur, ce sont le travail et la nourriture les principaux « facteurs de la maladie » (Angel-Arcos, 1945, p. 33). Donc, ce sont de meilleures conditions de travail et de vie qui pourraient améliorer la situation sanitaire. Pour ce faire, l'intervention étatique est indispensable selon l'auteur, d'où son insistance pour que l'État alloue des ressources à la région. Bien que sans renoncer au regard raciste, l'auteur s'efforce dans un chapitre entier à démontrer que les maladies attribuées à la « race noire » sont plus le résultat du manque d'hygiène, et donc responsabilité de l'État, que de la biologie :

« [La race noire] conserve encore ses caractéristiques, malgré les mélanges. Ils sont résistants, bien qu'ils soient paresseux et négligés, peut-être à cause leur race, mais plus sûrement à cause de l'alimentation et du climat. » (Angel-Arcos, 1945, p. 24)
[...] Le bacille de Kock fait des ravages dans la population et s'accroche à l'organisme du Noir qui, comme on sait, est l'une des races les plus prédisposées à cette maladie. Le faible niveau de vie, l'absence d'une alimentation raisonnée, la vie dans des espaces communs et la férocité du climat qui fatigue et affaiblit font que le paysan et les gens du peuple sont plus prédisposés à la tuberculose pulmonaire⁴⁵ » (Angel-Arcos, 1945, p. 63).

Les principales références du chercheur sont le livre « Alimentation et nutrition en Colombie » et l'article « Un résumé du Mouvement sanitaire de Colombie »⁴⁶ de Jorge Bejarano, dont la pensée a été le principal repère médical des politiques de métissage

⁴⁵ Texte original : « [la raza negra] aun conserva sus caracteres a pesar de las mezclas. Es resistente, aunque son perezosos y abandonados, quizás por su raza, pero más seguramente debido a la alimentación y al clima » (Angel-Arcos, 1945, p. 24). [...] El bacilo de Kock hace estragos en la población y se empecina en el organismo del negro que como sabemos es una de las razas más propensas a la enfermedad. El bajo estandar de vida, la falta de una alimentación racionada, la vida en común y la ferocidad del clima que fatiga y debilita, hacen que el campesino y la gente del pueblo sean más propensos a la tuberculosis pulmonar (Angel-Arcos, 1945, p. 63).

⁴⁶ Titres originaux : « Alimentación y Nutrición en Colombia » et « Un resumen del Movimiento sanitario de Colombia ».

culturel dans les grandes villes dans la première moitié du XX^e siècle⁴⁷. Le chercheur utilise comme paramètres de salubrité des aliments et des éléments d'un mode de vie définis comme sains par Bejarano à Bogotá. De ce point de vue, la viande de bœuf ou le lait sont le paramètre pour qualifier le poisson salé et la banane plantain comme insuffisants (Angel-Arcos, 1945, pp. 36-37). Alors même que ces derniers abondent au Chocó, mais pas les premiers. La capitale est ainsi placée comme paramètre implicite pour définir les politiques sanitaires à être appliquées aux habitants de la région. Dans cette optique, le médecin suggère à l'État de faire des études sur la situation économique des familles, en s'intéressant à leur alimentation et à leur capacité de se la procurer, d'acclimater dans la région des cultures à haut rendement et aussi de s'impliquer dans le problème du logement en construisant des quartiers ouvriers avec des maisons types (Angel-Arcos, 1945, pp. 77-79).

Par ailleurs, en utilisant le terme générique « paysan », l'auteur met ensemble les différents peuples qui habitent le Chocó et construit un objet homogène vers lequel l'État peut diriger des politiques similaires à celle qu'il était en train d'implémenter dans les grandes villes : construire des aqueducs, des égouts, campagnes d'éducation sanitaire dans les écoles, etc. Ainsi, l'auteur demande seulement d'intégrer les « paysans » du Chocó dans les politiques publiques auxquelles les « paysans » d'autres régions, plus prioritaires pour l'État, ont été déjà inclus. Le fragment suivant montre que l'intention du chercheur serait d'égaliser le paysan du Chocó à ceux-celles touché-e-s par les politiques hygiénistes :

« Le docteur Luis Francisco Serrano, l'actuel Intendant national du Chocó, est vivement intéressé pour mettre en œuvre ce que l'on a fait depuis un certain temps à l'intérieur du pays pour le logement paysan. C'est urgent, en effet, d'initier une telle construction dans toutes les régions du Chocó pour que notre paysan puisse en prendre le modèle » (Angel-Arcos, 1945, p. 80).

L'auteur s'interroge sur le lien entre l'étiologie des maladies et la responsabilité étatique dans ce qu'il qualifie comme une piètre qualité de vie des gens au Chocó. Au fond, c'est la même idée de la médecine hygiéniste, défendue par Bejarano à Bogotá. Mais lorsque l'auteur l'applique aux habitants du Chocó les connotations politiques changent.

⁴⁷ Sur le métissage culturel comme discours médical voir le chapitre II.

Indirectement, la dégénérescence innée et l'effet malsain du climat sont contestés comme étant intrinsèques aux corps des habitants de la région. Or, définir la mauvaise qualité de vie comme l'étiologie de la souffrance au Chocó conteste le fondement à partir duquel la région a été exclue de la nation. Et le fait à travers un discours scientifique équivalent. La source de la souffrance ne serait plus le propre corps souffrant, mais l'État. Cela met sur pied d'égalité biologique ces habitants avec ceux-celles des montagnes face à la santé et à la souffrance. Le présumé de l'existence de différences irréductibles qui opposent les corps « noirs », habitant le climat humide et tropical du Chocó, par rapport aux corps « métis », habitant les montagnes, a été un des fondements de l'articulation de la nation colombienne dès son origine. De là l'importance de ces différences pour la stabilité de la Nation, ce qui donne au discours hygiéniste un tour contestataire quand il est appliqué aux habitants du Chocó. Cependant, réaliser cette équivalence entre le paysan du Chocó et le travailleur du monde urbain en tant qu'objets de soins amène aussi l'auteur à prendre les corps et les modes de vie européens, et de Bogotá, comme paramètre pour les habitants du Chocó :

« Selon la classification de la Commission pour l'alimentation du Comité d'hygiène de la Société des Nations, il existe trois catégories d'ouvriers correspondant à trois types de travail. Le Professeur Bejarano a préconisé dans son livre une ration alimentaire pour chaque catégorie, selon son salaire et ses possibilités alimentaires. Pour chaque catégorie, sa diète prescrit les calories suivantes : pour l'ouvrier avec un travail modéré, il faut près de 3 200 calories ; pour celui avec un travail fatigant, il faut environ 4 150 calories ; et pour le travail très fatigant il faudrait en moyenne 5 200 calories. On peut constater, par rapport à ces données, qu'à l'ouvrier de Quibdó il manque 733 calories pour arriver à ce que le Professeur Bejarano promet à la première catégorie⁴⁸ » (Angel-Arcos, 1945, pp. 39, 40).

⁴⁸ Texte original : « Según la clasificación de la Comisión de Alimentación del Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, existen tres tipos de obreros pertenecientes a los tres tipos de trabajo. El Profesor Bejarano en su libro ha acondicionado una ración alimenticia a cada tipo, de acuerdo con sus salarios y posibilidades alimenticias; las calorías que el pide para cada tipo en su alimentación son las siguientes: para el obrero de trabajo moderado exige cerca de 3.200 calorías; para el de trabajo fatigante, pide alrededor de 4.150 calorías, y para el de trabajo muy fatigante reclama por término medio 5.200 calorías. Puede apreciarse, según estos datos, que al obrero de Quibdó, le faltan 733 calorías para llegar a las prometidas por el Profesor Bejarano para el primer tipo. »

Au passage, la différence entre l'exploitation, qu'il dénonce, et des éléments propres aux modes de vie des peuples d'ascendance africaine, reste inaperçue. Ainsi, malgré le caractère contestataire de la thèse, l'argumentaire hygiéniste utilisé pour dénoncer l'État comme responsable de la mauvaise qualité de vie des habitant-e-s devient aussi une mise en cause des modes de vie des mêmes habitants afrodescendants. Cependant, rendre intelligible la souffrance des habitants du Chocó à travers les mêmes cadres utilisés pour les travailleurs urbains européens crée une sorte de statut ontologique partagé entre ces corps. Un statut que le discours médical leur déniait auparavant. Or, c'est précisément l'utilisation du discours hégémonique par l'auteur qui lui permet de problématiser des souffrances censées rester inexistantes. La voie identifiée par l'auteur pour faire que l'État reconnaisse une citoyenneté équivalente aux habitants du Chocó et à ceux de la capitale impliquerait l'implémentation de politiques pour faire passer les habitants du Chocó à un « mode de vie sain » défini par des médecins de la capitale, la littérature médicale internationale, la Commission pour l'alimentation du Comité d'hygiène de la Société des Nations, etc. :

« À la campagne, le problème est encore plus aigu et il faut dire ici une grande vérité ; nous vivons mal, parce qu'on ne nous a pas appris à vivre bien. Personne n'a enseigné à notre paysan comment construire sa maison pour qu'elle ne soit pas un attentat contre sa santé, on ne lui a pas fourni un modèle à suivre pour ériger sa maison⁴⁹ » (Angel-Arcos, 1945, pp. 79-80).

La gestion des ventres

Depuis la fin du XIX^e et jusqu'à la moitié du XX^e siècle, les thèses en médecine sur la syphilis ne manquent jamais d'invoquer le devoir du médecin de défendre la société. Cependant, la « société », telle que comprise par le discours médical, change au cours de cette période. Si au XIX^e siècle on assimile tacitement la société aux seules élites, les limites de la société s'élargissent graduellement au fur et à mesure qu'on avance dans la première moitié du XX^e siècle. Ce processus fait émerger dans les thèses de médecine un questionnement sur les moyens d'élargir le nombre des femmes susceptibles d'engendrer une société.

⁴⁹ Texte original : « En el campo el problema se agudiza más y aquí cabe decir una gran verdad, vivimos mal, porque no nos han enseñado a vivir bien. A nuestro campesino no se le ha enseñado a construir su casa, para que ella no sea un atentado contra su salud; no se le ha dado un modelo de cómo deba edificar su vivienda. »

Les thèses *Relations entre syphilis et mariage* (Lopez, 1893), *Observations médico-sociales sur la syphilis et la prostitution à Bogota* (Luque, 1919) et *Contribution à la lutte contre la syphilis à Bogota* (Navia Cifuentes, 1926) illustrent la transition entre le discours médical focalisé sur les familles de l'élite vers l'émergence de la santé des pauvres urbains comme un problème de la médecine et de l'État.

La sainte et la pute

À la fin du XIX^e siècle, la thèse de Manuel Lopez problématise la syphilis par le prisme du mariage (Lopez, 1893, Capítulo Introducción). D'après l'auteur, le devoir ultime du médecin c'est de défendre la société en protégeant la femme qui arrive vierge au mariage contre la contamination par un époux ayant eu des rapports sexuels avec des prostituées. Ainsi, d'après lui, la prophylaxie de la maladie « consiste à cerner ces foyers [les prostituées] afin d'empêcher la propagation » (Lopez, 1893, pp. 12-18). Dans cette problématisation de la maladie, l'auteur aborde les travailleuses du sexe comme des vecteurs de la syphilis et non comme des objets de soins. Au contraire, la femme mariée est placée comme l'objet de protection ultime dans la lutte contre la maladie. Or, dans la ville de Bogota, au XIX^e siècle, les femmes mariées sont majoritairement les femmes des élites⁵⁰ :

« Dans les couches les plus pauvres de la population, les familles se formaient dans le concubinage [...]. Le nombre des mariages enregistrés dans la ville de Bogota en 1848 a été de 17 ; 6 en 1850 ; 7 en mai 1851 ; 10 en juillet 1851 ; 8 en décembre 1851 ; en mai 1852, il y en a eu 19. Si l'on prend en compte que la population totale de la province de Bogota à cette époque était d'environ 320 000 habitants, le taux de mariage était extrêmement bas⁵¹. » (Aristizábal, 2007, p. 92)

⁵⁰ Sur le mariage en Colombie au XIX^e siècle comme une affaire des élites, voir : (Aristizábal, 2007). En effet, la Colombie est jusqu'à nos jours un des pays du monde où les gens se marient le moins. En 2014, 80 % de la population adulte n'était pas mariée.

⁵¹ Texte original : « en los sectores más pobres de la población las familias se constituían de hecho [...] el número de casamientos registrados en la ciudad de Bogotá en 1848 fue de 17; en 1850, de 6; en mayo de 1851 de 7; en julio de 1851 de 10; en diciembre de 1851, de 8; en mayo de 1852 de 19. Si se tiene en cuenta que la población total de la provincia de Bogotá era en estos años de 320.000 habitantes aproximadamente la proporción de matrimonios era supremamente baja. »

L'auteur propose également d'interdire le mariage aux hommes touchés par la maladie afin de protéger « la femme, les enfants et les intérêts communs de la famille » (Lopez, 1893, pp. 12, 13). Cette stratégie constitue une extension du champ d'action de l'État vers ce qui était auparavant du domaine de la vie intime et de famille. Bien que cela constitue une colonisation de la vie, cette mesure ne vise pas tous les gens. Après avoir affirmé que la plupart des gens atteints par la maladie sont pauvres, le médecin propose une mesure dont l'éventuelle mise en œuvre n'aurait d'impact que sur « la femme qui se marie vierge » et sa cellule familiale. Donc, quand l'auteur parle de protéger « la société », il fait référence aux couches privilégiées auxquelles appartiennent les familles juridiquement constituées par le mariage.

Dès la fin du XIX^e siècle, le certificat de santé prénuptial a été un sujet récurrent dans les thèses malgré le désintérêt de l'État⁵². La thèse « Notes sur la déontologie en gynécologie et obstétrique selon la morale catholique et le droit naturel » montre que pour les médecins catholiques l'émergence du certificat prénuptial comme question médicale, vers la fin du XIX^e, a constitué un des premiers signes de l'ingérence croissante de la médecine dans le champ d'action traditionnel de l'Église (Medina Cervantes, 1948)⁵³. En 1886, avec l'arrivée du Parti conservateur au pouvoir, l'église avait repris le rôle qu'elle avait dans la gestion de la vie publique pendant l'administration coloniale⁵⁴ et, en particulier, le monopole du mariage qui lui donnait le contrôle sur la reproduction des habitants issus des unions légitimes, c'est-à-dire les élites⁵⁵. Or, l'émergence à la même époque du certificat de santé prénuptial comme question médicale et non ecclésiastique témoigne d'une tension

⁵² L'insistance des médecins a mené à l'initiation d'un projet de loi, mais l'État ne les a pas pris suffisamment au sérieux pour aller jusqu'à mettre en pratique des mesures concrètes (Noguera, 2003).

⁵³ D'après cette thèse, l'eugénisme était en soi une transgression médicale de la volonté de Dieu (Medina Cervantes, 1948, p. 37).

⁵⁴ Après quelques décennies de vie politique sous l'influence prédominante du mouvement libéral radical (république parlementaire et laïque, fédéralisme à large autonomie locale), le mouvement conservateur, avec le ralliement de certaines factions libérales, restaure dans la nouvelle constitution de 1886 un modèle étatique protectionniste basé sur un pouvoir exécutif central aux compétences très étendues. Dans ce contexte, et avec le Concordat signé en 1887, l'Église catholique récupère biens et privilèges et l'identité hispano-catholique redevient un des piliers de la Nation (Pérez Benavides, 2015).

⁵⁵ Voir : (Aristizábal, 2007; Ramírez, 2006).

croissante entre le discours laïque et l'église pour le contrôle de la reproduction de la caste privilégiée.

Du point de vue de l'auteur, les femmes mariées doivent être protégées face au risque d'être mises en contact avec les prostituées par l'homme malhonnête. Contrairement aux femmes mariées, les prostituées étaient pour la plupart des femmes non-blanches⁵⁶. Dans l'échantillon étudié par une autre thèse, sur 1575 prostituées, « 598 étaient blanches, 492 étaient des *morenas*, 480 étaient des *trigueñas* et 75 très blanches » (Luque, 1919, p. 55). Le terme *morenas* est utilisé pour parler des femmes métissées avec des traits d'ascendance africaine, le terme *trigueñas* pour celles avec plus de traits indigènes et *blanches* pour les femmes métisses qui n'ont pas de traits clairement identifiables ni comme « *indios* » ni comme « noirs ». D'après ces données, 95 % des prostituées de Bogotá étaient des femmes non-blanches. Statistiques qui vont dans la même direction que la littérature historique sur la prostitution à Bogotá au XIX^e siècle. De ce fait, dans la thèse de Lopez l'identification de la femme mariée comme objet de protection de la médecine opère une séparation tacite entre les femmes blanches qui reproduiront « la société » et les non-blanches qui mettent ce processus en danger⁵⁷. Dans cette même perspective, le décret de 1907⁵⁸ du gouverneur de Bogota définissait ainsi la prostitution :

« [La prostitution] est un véritable fléau pour la société, parce qu'elle outrage la pudeur, corrompt la jeunesse, engendre les germes d'effroyables maladies qui se propagent dans les familles et amène avec soi la dégénérescence de la race⁵⁹ ». (Trifirò, 2003, p. 36)

⁵⁶ Voir : (Velásquez Toro, Reyes Cárdenas, Rodríguez Jiménez, Kolumbien, & Kolumbien, 1995), (Aristizábal, 2007), (Castro-Gómez, 2005).

⁵⁷ Cette idée est présente d'une façon ou d'une autre dans toutes les thèses sur la prostitution, les maladies vénériennes et l'alcoolisme pendant la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle.

⁵⁸ La même année des dispensaires sanitaires ont été ouverts pour soigner les prostituées et leurs clients (Obregón, 2002).

⁵⁹ Texte original : « [la prostitución es] una calamidad verdadera para la sociedad, porque ultraja el pudor, corrompe la juventud, engendra gérmenes de terribles enfermedades que se propagan entre las familias y trae consigo la degeneración de la raza. »

Lopez problématise les souffrances de la prostituée uniquement en fonction de ce qui peut affecter la femme mariée⁶⁰ – la seule à être vue comme un objet de soins médicaux et dont la souffrance est problématisée uniquement en ce qui concerne la reproduction de sa caste. Ainsi, la prostituée et l'épouse font l'objet de l'attention du médecin uniquement par rapport au contact avec le pénis de l'homme de l'élite. C'est en raison de ce contact que leurs souffrances rentrent dans le spectre visible du médecin. Alors que le discours médical affirme veiller sur la reproduction de « la société », les femmes qui n'ont pas de contact sexuel avec l'homme d'élite, qui étaient la majorité des habitants de la capitale, n'existent pas. Cette façon de problématiser le corps féminin fait que la contamination éventuelle de toutes les autres femmes ne soit pas un problème médical. Cela revient à naturaliser pour ces dernières une exposition accrue à une maladie stigmatisante et, indirectement, les exposer à devenir « handicapées » pour produire des corps libres du stigmate de la syphilis.

Le médecin parisien Alfred Fournier, contemporain de l'auteur, est la principale référence scientifique de la thèse, ce qui était très courant dans les thèses abordant la syphilis. Suivant l'optique de l'auteur français, le chercheur a justifié sa thèse par le « devoir du médecin de conjurer la diffusion de la syphilis pour le bien de la société » (Lopez, 1893, pp. 12-13). Gardant la perspective de Fournier, la syphilis a été problématisée du point de vue de la sauvegarde de la race pour défendre la nation en protégeant la « femme honnête ». Le caractère racial de ce concept s'exprime d'une façon plus explicite dans le contexte de la République colombienne post indépendance où la métropole et l'élite partagent un seul

⁶⁰ Dans la Colombie de la fin du XIX^e siècle, le discours médical qui associe la syphilis, la race et la nation s'insère dans le processus de consolidation d'une république indépendante sous la férule du Parti conservateur. C'est pendant cette période baptisée la *Regeneración* que l'on crée les institutions essentielles de l'État moderne (banque nationale, police, impôts et douanes, etc.). Des symboles de la nation colombienne tels l'hymne, les armoiries et la devise nationales datent de la même période. Diverses institutions culturelles ont été fondées dans le but d'imposer l'idée d'une nation unitaire articulée autour du catholicisme, de la pureté de la race blanche et de la tradition hispanique (Pérez Benavides, 2015, Capítulo Introducción). Ce modèle de nation se structurait autour de la femme blanche car c'était sur le contrôle de son corps que reposait « la pureté de sang » chez l'élite, une fois disparues comme catégories légales les castes qui opéraient sous l'administration espagnole. À la fin du XIX^e siècle, la division entre l'élite et le peuple se légitimait par l'opposition entre la vertu des femmes blanches et l'immoralité des femmes du peuple, sur le critère de la féminité mariale (Ramírez, 2006). Le modèle de nation issu de la *Regeneración* se basait sur la dichotomie catholique opposant la femme vertueuse (sainte) et la femme pécheresse (pute), actualisée dans l'opposition femme blanche versus femme non-blanche.

territoire national, que dans le contexte de la République française où la métropole est territorialement séparée de ses colonies. Dans cette thèse, l'auteur établit une association entre mariage et protection médicale qui présuppose que seule la « femme honnête » mérite d'être protégée. Dans la société de Bogotá de la fin du XIX^e siècle cela revient à dire que seules les femmes blanches sont dignes de l'attention du médecin. En se focalisant sur la femme mariée, en l'opposant à la prostituée, Lopez a placé la femme blanche comme le ventre de « la société » tout en déniait tacitement ce statut à toutes les « autres » femmes et non seulement aux prostituées.

Du sexe sacré de la femme d'élite vers le sexe impie de la prostituée

Au centre de problématique de la thèse *Sélection médico-pédagogique des enfants anormaux et dégénérés* se trouve la demande adressée au gouvernement de « regarder les êtres irréguliers » du point de vue de la « charité ». D'après l'auteur, ces « pauvres êtres » attendent dans « les limbes de la vie » la « rédemption que les médecins pourront fournir » (Suarez Calderón, 1926). Dans cette perspective, les anormaux et les dégénérés, comme les pécheurs, sont des êtres qui ont besoin d'être rédimés. Sauf que ce n'est pas le prêtre, mais le médecin qui a le rôle du rédempteur. Leur simple existence est une sorte de péché originel par rapport à la société et c'est le devoir du médecin d'intervenir sur leur corps pour leur permettre d'exister. Il n'argumente même pas, ce qui laisse supposer qu'il s'attend à des lecteurs pour lesquels cette affirmation fait partie du bon sens. Cette imbrication entre les discours catholique et médical est également bien illustrée par la thèse « Six cents et sept cas de syphilis traités par des procédures nord-américaines ». Dans l'état de l'art sur la maladie, l'auteur identifie trois types de contagion : *accidentelle* (non sexuelle), *conjugale* et *vénérienne* (par contact sexuel hors « relations légitimes » (Hernandez, 1948, p. 76). Cette approche transforme la division morale entre les relations sexuelles entre époux et celles hors mariages en une catégorie laïque d'analyse médicale. Le discours médical de l'époque était marqué par l'imbrication entre le discours scientifique et le catholique, bien que la présence de ce dernier fût de moins en moins explicite. C'est dans cette optique où la morale catholique est au centre sans être nommée que la thèse *Observations médico-sociales sur la*

syphilis et la prostitution à Bogota (Luque, 1919) choisit le corps de la prostituée comme axe principal de la problématisation de la syphilis à Bogotá.

Contrairement aux thèses écrites à la fin du XIX^e siècle, Luque invoque le bien-être de la société et la « reproduction des futurs Colombiens » en faisant référence non seulement aux élites, mais aussi à une catégorie qui prend force dans le vocabulaire médical dans la deuxième décennie du XX^e siècle : la classe ouvrière. Bien que Fournier soit toujours la principale référence scientifique, son influence ne se manifeste plus comme une focalisation sur le sexe sacré, entre l'homme blanc et la *femme honnête*, opposé au sexe impie entre ce même homme et la prostituée. Dorénavant, Luque se focalise sur la prostituée comme source d'infection de la classe ouvrière. Ce changement s'accompagne de la disparition des références explicites à la morale catholique, bien que la perception dichotomique du corps féminin (sainte-pute) soit toujours déterminante dans le regard porté par le médecin sur la syphilis.

Aux yeux de l'auteur, la prostituée est présumée malhonnête. L'auteur s'interroge donc « d'un point de vue sociologique » sur les causes qui l'ont « amenée [...] à abandonner la vie honnête » (Luque, 1919, p. 10). D'après lui, chez les prostituées de son échantillon l'état syphilitique est plus grave que chez d'autres patients à cause des « causes morales dues à la vie débridée que mènent ces gens [les prostituées], à l'alcoolisme, à la misère⁶¹... » (Luque, 1919, p. 22). Les femmes de l'échantillon sont ainsi abordées comme déviantes par rapport à la féminité mariale, ce qui rend la prostituée l'incarnation de la sexualité déviante par antonomase. L'association entre sexualité déviante et malhonnêteté est ce qui permet à l'auteur de présenter la prostituée comme le danger sanitaire par excellence pour la production des « futurs fils de la Colombie » (Luque, 1919, p. 74). Cette malhonnêteté permet aussi à l'auteur d'aborder la transmission de la syphilis en omettant la question de l'homme qui contamine la prostituée. Il s'agit seulement de désigner la prostituée comme source du problème. Ainsi, c'est la problématique de la protection de l'homme ouvrier face

⁶¹ Texte original : « *causas morales de la vida desbordada que llevan esas gentes, el alcoholismo, la miseria.* »

à la prostituée qui émerge à la place de la protection de la *femme honnête* dans l'approche médicale de la syphilis :

« Les hommes atteints de maladies vénériennes [...] doivent se traiter avec le plus grand soin, à la fois parce qu'ils sont, en général, des travailleurs, membres utiles de la société, mais aussi les géniteurs des futurs fils de la Colombie qui, par héritage syphilitique, viennent au monde débiles ou dégénérés⁶². » (Luque, 1919, pp. 73-74)

« La plupart de nos femmes publiques, pour ne pas dire toutes, ignorent quand elles contracté la syphilis, ne savent pas si tel symptôme y est spécifique ou pas; et je dirai même plus : presque toutes, ou du moins un pourcentage épouvantable, sans doute du fait que le chancre est indolore ou de sa localisation cachée entre les plis génitaux, se livrent au commerce charnel pendant très longtemps, infectant par conséquent d'innombrables *victimes*⁶³. » (Luque, 1919, p. 35).

La théorie du « docteur Mircur »⁶⁴ sur l'innocuité du sperme dans la contamination est le cadre scientifique qui amène Luque à déplacer l'attention médicale de la *femme honnête* vers l'ouvrier :

« [...] on voit que des individus syphilitiques, malgré de multiples relations, n'ont pas transmis la syphilis et le docteur Mircur, dans l'expérimentation, nous démontre qu'en dépit d'inoculations répétées de sperme syphilitique, les résultats ont toujours été invariablement négatifs⁶⁵. » (Luque, 1919, p. 13)

Ce « fait » expliqué par l'auteur dans le cadre de la théorie de Fournier sur la syphilis congénitale c'est ce qui lui permet d'affirmer que l'homme transmettra la syphilis congénitale à sa descendance (en engendrant ainsi des êtres inaptes à la civilisation), mais que pour autant la responsabilité ultime reste celle de la prostituée. Le foetus contaminé par

⁶² Texte original : « los hombres atacados de enfermedades venéreas [...] deben tratarse con mayor solicitud, tanto por ser ellos, en general trabajadores, miembros útiles a la sociedad, sino por ser procreadores de los futuros hijos de Colombia, los cuales, por herencia sifilítica, vienen al mundo débiles o degenerados. »

⁶³ Texte original : « La generalidad de nuestras mujeres públicas, por no decir todas, ignoran cuándo han contraído la sífilis, no saben si tal afección es o no específica, y digo más, casi todas, o al menos una proporción espantable, debido quizás a lo indoloro del chancro o a su oculta situación entre los pliegues genitales, por largo tiempo se entregan al comercio carnal, infectando por tanto a un sin número de víctimas ». »

⁶⁴ Luque cite l'ouvrage « Observaciones sobre la inocuidad sifilítica del esperma » du docteur Mircur. Il ne m'a pas été possible de trouver plus d'informations sur cet auteur.

⁶⁵ Texte original : « se ve que individuos sifilíticos, a pesar de múltiples relaciones no han transmitido la sífilis y el doctor Mircur con la experimentación, nos demuestra que no obstante repetidas inoculaciones de esperma sifilítica siempre, invariablemente, los resultados han sido negativos. »

l'homme serait à son tour celui qui contaminerait la femme censée produire la population. Cette approche permet d'expliquer la contamination des femmes de la classe ouvrière, sans remettre en question leur honnêteté, tout en les séparant des prostituées et sans contredire la théorie de l'innocuité du sperme. En visant les prostituées, ce que le chercheur est réellement en train d'incriminer c'est la sexualité féminine « déviante », au sens de sexualité non disciplinée par le mariage, hors du contrôle du médecin, hors du modèle de féminité mariale, etc. C'est-à-dire la sexualité associée à toutes les femmes non-blanches au XIX^e siècle⁶⁶. Or, si la sexualité déviante est depuis toujours désignée comme responsable de la dégénérescence de la race, dorénavant ce ne sont plus toutes les femmes du peuple qui l'incarnent, mais les prostituées.

L'auteur a problématisé les corps des prostituées prenant comme référence scientifique le dermatologue parisien Félix Balzer⁶⁷. Luque ne trouve chez les femmes de son échantillon ni les dysménorrhées ni les aménorrhées décrites par Balzer (selon Luque) comme propres aux corps des prostituées (Luque, 1919, p. 18). Cependant, le chercheur persiste à identifier un dysfonctionnement qui, d'après lui, s'exprimerait par des règles trop en avance ou trop en retard (Luque, 1919, p. 18). L'insistance sur cette hypothèse, malgré l'existence de preuves contraires, revient à attribuer aux prostituées une biologie propre et différente de celle d'autres femmes. Une différence qui opère une division entre les prostituées et les autres femmes non-blanches en ce qui concerne leur capacité à engendrer une population. Contrairement aux thèses de la fin du XIX siècle, dans celle de Luque les femmes non-blanches ne sont plus définies par opposition à la femme blanche, une fois que leur ventre émerge pour le regard médical. Vers la fin de la deuxième décennie du XX^e siècle nous voyons que la femme non-blanche commence à émerger comme femme ouvrière, définie par opposition à la prostituée et non à la femme blanche.

⁶⁶ L'association entre sexualité transgressive et castes à Bogotá a été amplement étudiée dans la littérature. Voir par exemple : (Aristizábal, 2007; Pedraza Gómez, 1999; Ramírez, 2006).

⁶⁷ L'auteur indique seulement le nom de famille, sans autre précision. Il s'agit probablement du dermatologue et vénérologue des Hôpitaux de Paris Félix Balzer.

Les femmes non-blanches, dorénavant abordées comme des *ouvrières*, émergent comme des objets susceptibles de l'attention du médecin. Auparavant invisibles, les ventres des femmes urbaines qui ne sont ni des prostituées ni des femmes d'élite deviennent des objets d'attention pour le discours médical qui cherche à produire une population. Mais cela ne se produit, une fois de plus, que dans le cadre d'une nouvelle dichotomie : la femme ouvrière opposée à la prostituée, dorénavant placée comme l'antithèse absolue du ventre de la nation. Dans cette optique, bien que ça soit toujours un corps féminin à l'origine de la syphilis, toutes les femmes non-blanches ne sont pas problématisées comme foyer de la maladie mais seulement la prostituée, permettant ainsi que certaines de ces femmes deviennent susceptibles d'engendrer la population ouvrière qui va élargir « la société » auparavant limitée à la caste blanche.

Des non-blancs à des ouvriers métis

La thèse *Contribution à la lutte contre la syphilis à Bogotá* (Navia Cifuentes, 1926) aborde cette maladie comme un ennemi à exterminer par les médecins pour garantir un futur pour « l'homme de demain ». Pour le chercheur, exterminer la maladie est une condition pour faire de la société « un seul corps », voire pour constituer une Nation. Cette approche est le produit d'une logique militaire où la syphilis est placée comme le danger extérieur qui, en mettant en péril le « nous », fait émerger les limites de ce même « nous ». Dans cette perspective, la responsabilité de combattre l'ennemi retombe sur les hommes virils de la *patrie*. Des hommes de science qui prouvent leur virilité dans ce combat où l'ennemi ultime est concrètement représenté par la prostituée :

« Compte tenu de l'avance à pas de géant de cette vague dévastatrice de la syphilis et des maladies vénériennes [...] on pourrait dire qu'il s'agit d'un chapitre de sociologie, de morale et d'hygiène [sur un thème] très ancien et toujours d'actualité. Aujourd'hui, plus que jamais, nous devons apporter une solution au problème auquel se confronte Bogotá ; une solution qui doit être virile, résolue et apte à couper le mal à sa racine. Nous devons unir toutes nos forces pour former une phalange invincible. La sphère officielle et toute la société en général doivent former un seul corps et une seule volonté si nous ne voulons pas voir notre Patrie s'effondrer sans jamais atteindre la grandeur à laquelle est destinée. [...] Nous étudierons les moyens de faire

barrage à l'avalanche destructrice qui est en train de saper notre société, de compromettre l'avenir des hommes de demain et de faire âprement payer d'innocents enfants pour des fautes qui ne sont pas les leurs. Notre travail n'est pas nouveau, il n'a d'original que ce que la pratique dans l'unique Institution de ce type en Colombie nous a appris ; nous allons l'entreprendre avec enthousiasme et avec la ferme conviction d'œuvrer au bénéfice de la Patrie et de la Race⁶⁸. » (Navia Cifuentes, 1926, pp. 9-10)

Dans la problématisation de la syphilis comme objet d'étude, l'auteur ne mentionne pas la prostitution ; cependant, le premier chapitre est dédié à la prostitution, abordée comme source de la maladie par excellence. Le lien automatique entre ces deux questions n'est pas explicité par auteur, ce qui nous fait penser qu'il s'attend à un lecteur pour lequel aborder la syphilis et la prostitution comme une seule question relève du sens commun. Cette association a l'effet concret de placer la prostituée comme source de la syphilis. Cela en fait la responsable de la dégénérescence de la race, celle qui empêche la construction d'une nation civilisée. Pourtant l'auteur ne cherche pas à bannir cette profession, mais à la réglementer (Navia Cifuentes, 1926, p. 12). L'auteur affirme que « tous les historiens » sont d'accord sur l'existence de trois facettes du phénomène, correspondant à une évolution progressive dans l'histoire de « l'humanité ». Bien que le chercheur n'affirme pas que la prostitution soit naturelle, tacitement, il lui accorde ce statut en la plaçant comme un phénomène universel et anhistorique qui serait né « en même temps que l'humanité ». Phénomène, qui par ailleurs, aurait évolué de façon linéaire et où le point de progrès maximal est représenté par le rapport prostitution-société propre aux « sociétés civilisées ». Ce

⁶⁸ Texte original : « dados los pasos gigantescos con que avanza la ola demoledora de la sífilis y enfermedades venéreas [...] podríamos decir que se trata de un capítulo de sociología, moral e higiene siempre antiguo y siempre nuevo. Hoy, como en ninguna otra época, debemos darle una solución al problema que confronta Bogotá; la cual debe ser viril, resuelta y tendiente a cortar el mal desde su base. Debemos unir todas nuestras fuerzas para formar una falange invencible. La esfera oficial y toda la sociedad en general deben formar un solo cuerpo y una sola voluntad si no queremos ver que nuestra Patria se desplome sin llegar nunca a la grandeza a la que está destinada. [...] estudiaremos el modo de poner un dique a la avalancha destructora que está minando nuestra sociedad, que está comprometiendo el porvenir de los hombres del mañana y haciendo purgar duramente a niños inocentes culpas que no son suyas. Nuestro trabajo no es nuevo, solo tiene de original lo que nos ha enseñado la práctica en la única Institución de esta índole que existe en Colombia, pero lo emprenderemos con entusiasmo y con la firme convicción de hacer labor benéfica para la Patria y para la Raza. »

sommet serait l'étape de *la prostitution légale* où cette pratique serait « sanctionnée et en même temps tolérée » au nom de l'hygiène et de la morale :

« 1^{re} époque : prostitution hospitalière. C'était la concession plus ou moins gratuite que la femelle accordait au mâle dans les cavernes et les huttes de l'homme primitif ; ce fut l'âge de pierre de la prostitution.

2^e époque : prostitution sacrée. C'était celle exercée sous l'influence des idées superstitieuses et des passions brutales et effrénées des peuples asiatiques.

3^e époque : prostitution légale. Celle qui, au nom de l'hygiène et de la morale, tolère et sanctionne le commerce impudique du corps humain⁶⁹. » (Navia Cifuentes, 1926, p. 11).

À travers la référence à ce que les États européens ont fait au long de l'histoire, l'auteur essaie de prouver que la réglementation de la prostitution et l'encouragement du mariage chez les autres femmes a été la voie prise « historiquement par le monde civilisé » pour maintenir « propres » les vierges et les épouses. Dans cette optique, la prostitution a un caractère dangereux, mais en même temps inévitable, car d'après l'auteur c'est grâce à l'existence de la prostituée que la demoiselle peut se maintenir *vierge* et la femme *honnête*. Ainsi donc, sans l'existence de la prostituée, pour « rassasier les instincts masculins », la source de la nation est mise en danger d'être salie par le sexe impie. Du point de vue exprimé dans la thèse, la prostitution est paradoxalement une condition pour le bien-être de la nation, en même temps qu'elle est la source de la dégénérescence de la race qui met en péril mortel cette même nation. Ce paradoxe c'est ce qui permet par ailleurs de maintenir la cohabitation entre un modèle de masculinité où devenir homme dépend de la prédation sexuelle de corps féminins et une identité nationale dépendante de l'existence de femmes associables à la féminité mariale :

« Pour sauver l'honneur des femmes et la pudeur des demoiselles, comme pour prévenir les effets de la pédérastie sur les jeunes générations, Solon a instauré la prostitution légale, sous le contrôle de l'État [...]. Très vite, le succès des dicterions

⁶⁹ Texte original : « 1^{ra} época. Prostitución hospitalaria: era la concesión más o menos gratuita que la hembra hacía al varón en las cavernas y chozas del hombre primitivo; fue ésta la edad de piedra de la prostitución. 2^{da} época. Prostitución sagrada: era aquélla que se ejercía bajo la influencia de las ideas supersticiosas y de las pasiones brutales y desenfrenadas de los pueblos asiáticos. 3^{ra} época. Prostitución legal. La que a nombre de la higiene y la moral tolera y sanciona el comercio impúdico del cuerpo humano. »

municipaux et les nécessités de la gent masculine ont incité les particuliers à organiser de nouveaux dicterions pour concurrencer les premiers. [...] Les dicterions grecs étaient considérés comme une institution indispensable au maintien des bonnes mœurs et ils étaient reconnus par tous les législateurs comme des lieux d’asile inviolables⁷⁰. » (Navia Cifuentes, 1926, p. 13).

« À l’époque actuelle certaines nations tolèrent et règlement la prostitution comme un mal nécessaire ; d’autres cherchent à l’abolir par des mesures restrictives plus ou moins énergiques⁷¹. » (Navia Cifuentes, 1926, p. 12)

« Saint Thomas dit : “enlevez les femmes publiques de la société et le libertinage l’entachera de tous les désordres. Les prostituées sont pour la cité ce que les égouts sont pour un palais : enlevez les égouts et le palais deviendra un lieu sale et malsain.”⁷² » (Navia Cifuentes, 1926, p. 17).

« Les lois sévères dictées par Romulus et la prévoyance de ses successeurs ont fait que le mariage corrige les mœurs féminines, bien que cette institution ne fût obligatoire que pour les nobles et que la classe plébéienne restât libre pour la prostitution et le concubinage⁷³. » (Navia Cifuentes, 1926, p. 18).

« Tous les souverains, de Charlemagne à Louis XV, se sont efforcés d’exterminer les prostituées pour en finir avec les maladies vénériennes⁷⁴. » (Navia Cifuentes, 1926, p. 20).

« C’est en Amérique que l’on a affronté le problème d’une manière plus résolue et l’on a décrété la guerre jusqu’à la mort au plus redoutable fléau qui ait frappé l’humanité ; toutes ces jeunes républiques ont senti monter en leurs veines une vague de réaction contre certains préjugés ancestraux et ont travaillé courageusement pour en finir avec le mal qui ronge les entrailles des nations les plus

⁷⁰ Texte original : « para salvaguardar el honor de las mujeres y el pudor de las doncellas, como para prevenir los efectos de la pederastía en las generaciones jóvenes, Solón estableció la prostitución legal, bajo el control del Estado [...] Muy pronto el éxito de los Dicteriones municipales y las necesidades del pueblo masculino indujeron a los particulares a organizar nuevos Dicteriones para hacer la competencia a los primeros. [...] Los dicteriones griegos eran considerados como una institución indispensable para el mantenimiento de las buenas costumbres y reconocidos por todos los legisladores como lugares de asilo inviolables. »

⁷¹ Texte original : « la época actual en que unas naciones toleran y reglamentan la prostitución como mal necesario, y otras procuran abolirla con medidas restrictivas más o menos enérgicas. »

⁷² Texte original : « Dice Santo Tomás: “Suprimid las mujeres públicas del seno de la sociedad, y el libertinaje la manchará con desórdenes de todo género. Las prostitutas son en la ciudad lo que las alcantarillas en un palacio: suprimid las alcantarillas y el palacio se convertirá en un lugar sucio e infecto.” »

⁷³ Texte original : « Las leyes severas dictadas por Rómulo y la previsión de sus sucesores hizo que el matrimonio rectificara las costumbres femeninas, a pesar de que esa Institución sólo era obligatoria para los nobles, de modo que la clase plebeya quedaba libre para la prostitución y el concubinato. »

⁷⁴ Texte original : « Todos los soberanos desde Carlo Magno hasta Luis XV se preocuparon por exterminar las prostitutas para acabar con las enfermedades venéreas. »

vigoureuses et les réduit à de lamentables décombres, à de simples asiles de dégénérés, idiots ou criminels⁷⁵. » (Navia Cifuentes, 1926, p. 21).

Dans la République colombienne de l'après-indépendance, au XIX^e siècle, l'exclusion des femmes non-blanches de la sexualité mariale a été un des principaux moyens pour les différencier des femmes de l'élite et pour les exclure de la possibilité de produire la société (Ramírez, 2006). Au XX^e siècle, c'est toujours aux ventres des femmes dont la sexualité est censée incarner le modèle marial que ce regard médical reconnaît le pouvoir d'engendrer la population. Or, l'opposition entre la prostituée et le reste des femmes inclut indirectement la femme de classe ouvrière dans le modèle marial. Une inclusion qui rend son ventre un objet de soins médicaux. Cela constitue une intégration tacite dans un privilège auparavant réservé à la caste blanche.

La problématisation du ventre des femmes non-blanches comme objet d'attention médicale vers la deuxième décennie du XX^e siècle marque la transition vers la consolidation d'une classe ouvrière métissée opposée, elle aussi, aux autres habitants non-blancs du territoire national. Pourtant, les dossiers cliniques de la thèse de Navia montrent que même si la classe ouvrière émergente des grandes villes est devenue un objet de soins, son accès à la médecine est toujours partiel. Par exemple, le traitement pour la syphilis prescrit et accessible économiquement à la « classe ouvrière » est une adaptation du traitement idéal réservé aux couches privilégiées⁷⁶. Ce traitement est suffisant pour neutraliser le potentiel de ce corps souffrant de devenir un vecteur de souffrance pour les élites : soit par contamination, soit par affaiblissement de la main d'œuvre. Mais il n'est pas suffisant pour produire des corps

⁷⁵ Texte original : « Es en América donde se ha afrontado el problema de una manera más resuelta y se ha decretado guerra a muerte al más temible flagelo que haya azotado a la humanidad; todas estas repúblicas jóvenes han sentido en sus venas un oleaje de reacción contra ciertos prejuicios ancestrales y han trabajado valerosamente para acabar con el mal que corroe las entrañas de las más vigorosas naciones y las deja reducidas a escombros lamentables, a simples asilos de degenerados, idiotas o criminales. »

⁷⁶ Cela est une constante dans les thèses de médecine sur la syphilis dans la période 1920-1950. La thèse « Observations médico-sociales sur la syphilis et la prostitution à Bogota » de Manuel Jose Luque en est un exemple très éloquent (Luque, 1919).

ouvriers aussi sains que les corps des élites⁷⁷. D'après Navia, à la Clinique municipale de Bogota, la plupart des gens recevaient gratuitement comme traitement du cyanure de mercure tandis que les sels de bismuth et l'arsenic étaient réservés aux gens qui pouvaient les acheter (Navia Cifuentes, 1926, p. 46). Ce tableau comparatif de l'efficacité (la valeur tréponémicide) des substances utilisées à la clinique municipale de Bogota, extrait de la thèse, illustre la grande différence entre les niveaux d'accès au traitement entre les élites et le peuple :

Arsenic trivalent	10 (cher et non payé par l'État)
Bismuth	8 (cher et non payé par l'État)
Arsenic pentavalent	6 (non payé par l'État)
Mercure	4 (payé par l'État)

Concrètement, le traitement donné par l'État aux ouvriers et aux prostituées était bien plus toxique et d'une efficacité trois fois moindre que le traitement que la littérature médicale définissait à l'époque comme l'idéal (Leitner, Körte, Edo, & Braga, 2007). Cet accès différencié au traitement contre la syphilis montre que même si les habitants non-blancs des grandes villes, touchés par l'industrialisation, ont eu accès au privilège d'être soignés, auparavant réservé aux élites, cet accès est toujours subalterne. Pourtant, cela fait émerger un privilège entre les non-blancs devenus classe ouvrière par rapport aux habitant-e-s des zones rurales ou appartenant à des peuples non blancs dont les soins recevaient une attention encore moindre, voire souvent inexistante, de la part de l'État.

D'ailleurs, la syphilis, comme le *chichismo*⁷⁸ a constitué un stigmat qui maintenait la racialisation des corps du peuple. Dans les deux cas, la stigmatisation a cohabité avec l'encouragement tacite de l'existence du phénomène. Tout au long de la première moitié du XX^e siècle, les thèses abordent l'ébriété et la syphilis comme des maladies liées et qui opposaient le peuple à la l'élite. La représentation du peuple comme des gens souffrant de

⁷⁷ Par exemple, un médecin d'un centre d'hygiène dédié à la syphilis affirme clairement que « les ouvriers sont satisfaits avec très peu » (Navia Cifuentes, 1926, p. 42).

⁷⁸ Terme médical pour designer l'alcoolisme, dérivé du nom de la boisson traditionnelle *chicha*.

syphilis et du *chichisme* opposés à l'élite blanche était déjà habituelle au XIX^e siècle (Ramírez, 2006). Or, ces deux maladies se sont constituées en pierre angulaire du point de vue médical pour recréer l'infériorité des castes non blanches issues de l'administration espagnole, mais naturalisée cette fois au nom d'un argument biologique. Ce discours médical stigmatisant a fait partie des mécanismes permettant la persistance des différences radicales entre castes sous la République. C'est seulement à la fin des années 1940 que la syphilis et la chicha⁷⁹ cessent d'être des objets d'intérêt majeur pour les institutions, à la suite des politiques d'État d'utilisation de la pénicilline et de remplacement de la chicha par la bière (Noguera, 2003; Obregón, 2002). En effet, malgré diverses politiques au fil du temps pour combattre la syphilis et le *chichismo*, ces deux stigmates de la race n'ont disparu que lors de la transition vers une économie industrialisée quand pour la première fois c'était dans l'intérêt des élites de faire disparaître des marques de la race chez les habitants des grandes villes, notamment de Bogotá. Ainsi lorsque l'ivresse du buveur de chicha et la prostituée syphilitique cessent d'être des sujets majeurs de la médecine, c'est un tournant vers la naissance du métis.

Devenir population : être soigné, colonisée, normalisé. Être humanisé

Vers la fin du XIX^e siècle, le discours médical a transformé les femmes de l'élite en objets de soins tout en les réduisant à leurs utérus. Reconnaître le bien-être de ces corps comme condition pour le bien-être de la Nation a naturalisé la production de corps blancs comme une cause d'intérêt public. Par contraste, le corps féminin non-blanc, non reconnu comme objet de soins, était avili par cette exclusion, ainsi que les couches sociales qui se reproduisaient à travers lui. En considérant exclusivement le ventre des femmes de l'élite comme objet digne de soins médicaux, la médecine fait émerger un cadre d'intelligibilité hégémonique de la vie où seules les vies issues de ce ventre relèvent de l'intérêt public. Cela signifie que la colonisation du ventre de la femme mariée par le discours médical à la fin du

⁷⁹ Le terme générique *chicha* désigne, depuis la conquête espagnole, l'ensemble des boissons alcooliques traditionnelles à base de maïs. Dans le territoire qui correspond aujourd'hui à la Colombie, l'usage de la chicha, au fil du temps, fait l'objet de nombreuses mesures de contrôle, voire répression, des autorités coloniales, mais ne sera vraiment prohibé qu'au XX^e siècle par l'État-nation colombien.

XIX^e siècle a perpétué l'échelle coloniale de validation de la vie dans la République colombienne indépendante.

Pendant la première moitié du XX^e siècle, l'inclusion du ventre des femmes non-blanches urbaines parmi les objets dignes de soins médicaux est un moment charnière dans la transition entre la nation blanche du XIX^e et la nation métisse du XX^e siècle. Être le produit d'un ventre sain (sous-entendu blanc et ensuite blanchi) était une condition pour appartenir à la nation, blanche au XIX^e et métisse aux XX^e. Le privilège de produire des corps intégrables à la nation s'élargit au XX^e siècle à certaines femmes non-blanches mais le critère racial est toujours là, bien qu'il ne soit plus explicite. Or, être ou ne pas être un objet de soins pendant la grossesse s'est constitué comme mécanisme d'impression des différences raciales proprement républicain.

La construction du corps souffrant par le discours médical a offert à la République un mécanisme pour opérer une division ontologique profonde entre les êtres, sans avoir recours à une organisation juridique dépendant de la race comme catégorie. La construction du corps souffrant féminin s'est constituée comme un mécanisme de recréation des castes raciales. L'invisibilité et l'efficacité de ce mécanisme ont permis aux rapports coloniaux de se maintenir dans l'ordre républicain de l'après-indépendance. Concrètement, la racialisation des ventres a reconstitué toute la division sociale entre castes plus ou moins humaines, tout en la resémantisant sous des codes « laïques » et « neutres » propres à l'État moderne.

Le lien d'interdépendance entre l'État et les ventres qui vont produire sa population est un exemple paradigmatique de l'imbrication absolue entre les rapports de race et de sexe qui structurent le monde moderne. Comme les travaux d'Elsa Dorlin et de Rita Segato l'ont démontré, dans leurs connotations modernes, la race n'existe pas sans le sexe et réciproquement. Or, il ne s'agit pas de rapports de domination différenciables, mais de rapports siamois qui dans leur ensemble constituent la base de la définition de la frontière

entre la Nation et ses Autres ; l'humain et le sous-humain ; les gens-population et les gens-ressources.

Nation métisse

Dès le XIX^e siècle, la construction du corps souffrant a créé une division invisible entre les corps dont le destin est imbriqué à celui de la Nation et les Autres dont la survie est superflue. Pendant la première moitié du XX^e siècle, l'émergence des corps non-blancs urbains comme des objets de soins a élargi la Nation vers l'inclusion des habitants des grandes villes. Cette inclusion a été conditionnée à sa transformation en main d'œuvre potentielle pour l'industrie naissante. De façon abstraite, tous les habitants urbains ont été visés comme de possibles objets de la gestion médicale, par opposition aux habitants ruraux dont le bien-être ne se posait pas comme une question pertinente pour le discours médical. Cela a fait émerger une nouvelle frontière tacite entre le « nous » qui compose la nation et les autres. Seuls les habitants des villes touchées par l'industrialisation ont été perçus comme des corps dont la normalisation est dans l'intérêt de l'État. Il s'agissait d'éduquer, de discipliner, de soigner, de contrôler... de faire vivre ces corps pour l'industrie. Bref, le discours médical de la première moitié du XX^e siècle a rendu la vie intelligible et gouvernable par un État-Nation dont l'ambition était de s'industrialiser et les frontières du corps souffrant produit par ce discours se sont délimitées en fonction de cet intérêt.

La médecine a utilisé comme paramètre pour construire la population le corps blanc et le mode de vie eurocentré défini comme hygiénique par la littérature française et étasunienne. La principale conséquence a été de rendre l'hygiénisme une technique où les soins, la normalisation et le blanchiment se sont imbriqués. Ainsi, être perçu par la médecine comme objet de soins signifiait être visé par les politiques de l'État de construction de corps capables d'incarner le projet historique de la modernité industrielle. L'*Indio* et, en moindre mesure, le *Negro* habitant les grandes villes deviennent alors l'ouvrier métis. La délimitation du rayon d'action des politiques hygiéniques à la sphère urbaine touchée par l'industrialisation a

inscrit une différence corporelle entre les habitants urbains et les ruraux, puisque seulement les premiers sont touchés par les politiques hygiéniques et de blanchiment.

L'émergence des ouvriers comme des objets de soins dans le discours médical s'est concrétisée plus par la délimitation de la frontière de l'action des politiques hygiéniques de l'État que par un accès effectif des habitants urbains aux soins médicaux, historiquement monopolisés par l'élite blanche. Ainsi, plus qu'un individu ayant un accès effectif aux soins médicaux, les politiques hygiénistes font émerger le « Métis colombien » comme un prolétaire subalterne, aliéné de l'appartenance à un projet historique autre que celui de la modernité et coupé de tout élément qui pourrait conserver la mémoire de ce passé. Cela signifie que pendant la première moitié du XX^e siècle la construction du corps souffrant a indirectement opéré une division entre d'un côté les habitants urbains atomisés et aliénés de tout élément non fonctionnel au capitalisme industriel et, d'un autre côté, les peuples indigènes et noirs qui ont gardé dans leurs corps collectifs la mémoire d'autres projets historiques. L'effet concret de cette division est un État qui n'a reconnu comme une population que la main d'œuvre urbaine, par opposition aux habitants ruraux.

La construction du corps souffrant a été un élément majeur du processus d'intégration de l'échelle ontologique humain/non-humain (qui opérait sous l'administration coloniale espagnole) dans l'État-Nation. Le discours médical a délimité les corps reconnaissables comme des objets de soins et la mesure de cette reconnaissance. L'émergence de ce cadre d'intelligibilité de la souffrance a resémantisé les deux extrêmes de l'échelle moderne de validation de la vie : d'un côté les gens et les souffrances exclus des objets de soins définis par le regard médical hégémonique ; et, d'un autre côté, les gens et les souffrances perçus par le discours médical comme les objets de soins par excellence et auxquels on garantit la meilleure qualité de soins. Cela signifie que, malgré l'émergence du Métis, ce sont le Blanc et le non-Blanc qui continuent à être les deux extrêmes de l'échelle ontologique moderne, bien qu'il y ait plusieurs degrés intermédiaires entre le premier, paramètre d'humanité absolue et l'Autre, défini pas la négation de ce statut.

L'aliénation est le prix de l'humanité

À la fin du XIX^e et pendant la première moitié du XX^e siècle, les habitants urbains non-blancs, une fois construits comme des objets de soins par la médecine, deviennent l'objet des politiques étatiques hygiénistes qui visent à les transformer en une version subalterne de l'ouvrier blanc des métropoles. Si la prise en charge médicale des ouvriers reste précaire, l'effet indirect de cette reconnaissance a été de redéfinir une frontière nette entre les habitants qui sont gouvernés comme une population et les habitants qui sont gouvernés comme des éléments du territoire.

La construction du corps souffrant par la médecine a constitué le discours scientifique qui a établi la frontière entre les corps dont la vie relève de l'intérêt de l'État et les Autres. Être reconnu comme un objet de soins par ce discours a signifié être visé par des techniques où les soins et l'ethnocide sont imbriqués. Ainsi, devenir un objet de soins a signifié être reconnu comme une vie à faire vivre et en même temps être visé par des techniques hygiéniques tendant à effacer tout élément incarnant un projet historique différent de la modernité industrielle. Intégrer la population à travers l'hygiénisme a impliqué d'être aliéné de la possibilité d'incarner un projet historique différent de celui de l'État. La reconnaissance d'un statut ontologique humain à travers la reconnaissance d'être une vie à faire vivre a été conditionnée à être produit par des techniques où les soins et l'ethnocide sont imbriqués. L'humanité a eu comme prix l'aliénation car l'État ne peut pas humaniser sans coloniser.

Chapitre II : La construction du corps souffrant en Colombie, la géopolitique impériale et la nation métisse

Le caractère complexe de la modernité, à la fois colonial, transnational et global, peut être mis en lumière à travers l'analyse des dynamiques de production et de circulation des savoirs. Cette idée n'est pas une nouveauté dans les études historiques. En Colombie, la relation entre la circulation globale des savoirs eurocentrés et la construction du monde moderne a déjà été abordée, notamment par Santiago Castro Gomez⁸⁰, entre autres. Partant de cette idée générale, ce chapitre étudie la relation entre la configuration géopolitique et la circulation globale d'un groupe d'idées bien spécifiques, celles qui construisent le corps souffrant. Il s'agit d'analyser l'impact de la circulation des théories du corps souffrant sur la construction standardisée à l'échelle globale de groupes des gens comme essentiellement défectueux et donc comme incapables d'incarner la civilisation.

La première partie explore⁸¹ le lien entre la construction du corps souffrant et la configuration géopolitique globale. Comme nous le verrons, l'arrivée des Bourbons sur le trône espagnol en 1700 et la fin de la seconde guerre mondiale en 1945 ont entraîné des ruptures drastiques dans l'organisation géopolitique globale et en même temps une substitution de la métropole dominante dans la production des idées sur le corps souffrant par une autre. D'abord, l'Espagne a été remplacé par la France au XVIII^e siècle et ensuite la France par les États-Unis au XX^e siècle. Chacune de ces deux ruptures dans la géopolitique globale a fait émerger une nouvelle conception du corps souffrant. Ces processus ne sont

⁸⁰ Voir son ouvrage « *L'Hybris du point zéro. Science, race et Lumières en Nouvelle-Grenade (1750-1816)* » (Castro-Gómez, 2005).

⁸¹ Cette première partie s'appuie sur l'analyse des quatre volumes disponibles de la collection d'études « Histoire de la médecine en Colombie entre 1498 et 2010 ». Cette collection est issue du principal projet de recherche historiographique à grande échelle sur la médecine en Colombie jusqu'à aujourd'hui. Ce projet s'est déroulé sur environ quinze ans, avec la participation de la plupart des chercheurs spécialistes de ce champ en Colombie, historiens aussi bien que médecins. L'ouvrage recense la littérature déjà publiée mais aussi des sources primaires inédites allant du XV^e au XXI^e siècle. L'objet de la collection est l'histoire de la médecine en Colombie et non le corps ou la maladie. Ma lecture de ces études a eu comme fil rouge l'identification des références aux processus successifs d'adoption par la médecine colombienne des théories du corps souffrant. Cette source est complétée par l'analyse de sources primaires, référencées au long du texte et par l'analyse d'autres travaux historiques.

pas seulement simultanés mais ils sont profondément imbriqués. En effet, ces nouvelles conceptions médicales ont dépassé le champ médical aboutissant à des nouveaux mécanismes pour fixer des rapports de domination structurants du monde moderne.

La deuxième partie cherche à démontrer l'interdépendance entre la géopolitique du début du XX^e siècle et la construction du corps souffrant eurocentré à travers l'analyse de la relation entre la circulation des idées médicales et la configuration des hiérarchies géopolitiques entre les pays latino-américains. Les discours eugénistes « latino-américains » sont abordés prenant en considération l'influence des théories sur le corps souffrant (produites par l'Espagne entre le XVI^e et la fin du XIX^e, et par la France entre la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle) sur l'emplacement privilégié du Mexique et de l'Argentine dans la géopolitique régionale au début du XX^e siècle. Nous allons voir comment les différents pays latino-américains disposent – pour construire leurs mythes nationaux au début du XX^e siècle – d'un degré variable d'indépendance intellectuelle, corrélé à l'emplacement de chaque pays dans la hiérarchie géopolitique régionale, qui est à son tour indissociable de la circulation des idées eurocentrées sur le corps souffrant.

La troisième partie met en lumière l'influence des idées médicales produites en France, au Mexique et en Argentine sur la construction de la nation colombienne entre 1920 et 1940, démontrant que l'adoption mexicaine et argentine du discours médical francocentrique a été déterminante dans la construction du mythe de la *nation métisse* à partir duquel a émergé le modèle de référence pour la construction des États-nations latino-américains. Prendre en compte le caractère colonial de la configuration géopolitique au début du XX^e siècle, y compris dans la circulation des idées, permet d'expliquer la soumission des intellectuel-le-s en Colombie dans l'adoption de l'eugénisme comme une stratégie des élites locales pour maintenir un privilège colonial dépendant de l'insertion subalterne de la Colombie dans la géopolitique impériale. Cette optique met en question la supposée

médiocrité intellectuelle locale qui, pour la plupart de la littérature historique, expliquerait le manque d'originalité des intellectuels colombiens de l'époque⁸².

À partir de l'analyse des rapports entre la géopolitique impériale, la circulation des discours médicaux et la construction des États-nations, ce chapitre propose en guise de conclusion les concepts suivants : *mécanisme de naturalisation du pouvoir, épicentre de construction du corps souffrant et économie coloniale des savoirs*.

La construction du corps souffrant et l'influence impériale de l'Espagne, de la France et des États-Unis en Colombie

La conjonction de plusieurs événements, entre le XVI^e et le XVII^e siècle, a fait muter les catégories *travail* et *pauvreté* et avec elles la gestion de la souffrance. D'abord, le capitalisme comme système-monde a émergé de la création de l'Amérique (Quijano & Wallerstein, 1992). Puis, la conclusion des guerres religieuses au XVI^e siècle a entraîné la synergie entre l'éthique catholique, liée à la production agricole et des matières premières, et l'éthique protestante liée à l'industrialisation et à la gestion du marché mondial naissant (Wallerstein, 2010). Dès le XVI^e siècle, le processus d'évangélisation colonisatrice a été également déterminant pour doter le mot travail d'un sens moderne. Dans ce processus, l'introduction et la naturalisation de la relation sociale conceptualisée dans le monde blanc comme *travail* a été une des tâches les plus difficiles pour l'église. La conceptualisation de ce mot comme châtiment était propre au monde blanc et faisait partie de l'interaction naturelle avec le monde des serviteurs du système féodal, mais cela n'était pas le cas dans le monde des peuples envahis. Par exemple, les évangélistes qui utilisaient le quechua et l'aymara ont dû y introduire le terme espagnol *trabajo* (travail), car il n'y avait pas un mot équivalent dans

⁸² Sur le manque d'originalité des intellectuels colombien voir par exemple :

Helg, A. (1989). Los intelectuales frente a la cuestión racial en el decenio de 1920: Colombia entre México y Argentina. *Estudios sociales* 4, 39-51.

Helg, A. (1990). Race in Argentina and Cuba, 1880-1930: theory, policies and popular reaction. En R. Graham, T. E. Skidmore, A. Helg, & A. Knight (Eds.), *The Idea of race in Latin America, 1870-1940*. Austin: University of Texas Press.

ces langues, ni un phénomène comparable chez les peuples andins (Rivera Cusicanqui, 2010, p. 26).

C'est au milieu de ce processus de réajustement du *travail* que la *pauvreté* perd son sens glorificateur et commence à être associée à l'oisiveté, voire au corps défectueux. Dans ce contexte, au XVI^e siècle, la couronne espagnole a changé la fonction des hôpitaux de la péninsule et les a financés pour prendre en charge l'oisiveté (Garcia Guerra, 1978). Avec la naissance de l'Amérique et la naissance du capitalisme qu'elle a entraînée, le pauvre n'est plus l'objet de l'église pour exercer la charité et justifier ses richesses, mais celui qui ne travaille pas bien (Mantilla, 2016, p. 137). La mutation dans la conceptualisation pré-américaine de la pauvreté fait que le *pauvre* devient plus un objet de contrôle qu'un objet de charité. Par contre, à la même époque, le commandant de la conquête dans l'actuelle Colombie et fondateur de la ville de Santa Fe de Bogotá, Gonzalo Jiménez de Quesada, a demandé plusieurs fois l'ouverture d'un hôpital, mais la couronne a ignoré systématiquement ses pétitions (H. Fajardo, 1994). Malgré tout, les édits royaux de 1537 et 1541 du Habsbourg Carlos V ordonnaient l'ouverture d'hôpitaux en outre-mer pour les *Espagnols* et les *Indios*⁸³ afin de « soigner les malades pauvres et exercer la charité chrétienne » (Rey Don Carlos II (recopilador), 1791). Cependant, en Amérique, à la différence de l'Espagne, la couronne n'a fourni ni financement ni médecins (Quevedo Vélez, Pérez R., & Miranda C., 2007, p. 97).

Dans l'Espagne d'avant la création de l'Amérique, *hôpital* était le terme générique pour désigner les institutions qui accueillaient des pèlerins pauvres, les malades, les orphelins, les enfants abandonnés, les fous, etc. (Quevedo Vélez et al., 2007, p. 63). Avant l'Amérique, les concepts *hôpital* et *pauvreté* étaient inséparables de celui de *charité chrétienne* et tous les trois appartenaient au *monde blanc* des conquéreurs. Ces concepts, comme tous les éléments de ce monde, ont muté comme conséquence du processus de transformation des

⁸³ Les Noirs étaient exclus de cette ordonnance royale. Cependant, ils allaient aux hôpitaux en tant que propriété des esclavagistes.

mondes des peuples envahis. Le terme *hôpital* désignait les institutions de l'Église catholique destinées à gérer les gens exclus des privilèges de l'organisation féodale, structurée par des hiérarchies sociales inamovibles. Les pauvres étaient censés rester pauvres et l'approche promue par l'église envers les souffrances liées à cette condition était la résignation. La religion catholique, avec sa glorification de la mendicité, était le cadre éthique corrélé à l'organisation féodale d'avant la conquête (Quevedo Vélez et al., 2007, p. 63). Dans le contexte ouvert par la création d'une force de travail américaine, surgit une nouvelle conception de *l'hôpital*. Par exemple, dans l'Espagne continentale, tout au long du XVI^e siècle, et notamment à partir du règne de Carlos V, l'hôpital devient une institution où le soulagement des souffrances physiques et le contrôle social se mêlent (Quevedo Vélez et al., 2007, p. 64). C'est ainsi que le corps pauvre devient un objet à être discipliné et intégré au capitalisme et non plus un objet de légitimation du pouvoir de l'église dans le régime féodal. Cela fait muter le statut pré-conquête de l'hôpital, car il n'est plus l'ensemble des institutions qui exercent la charité envers les pauvres, mais une institution de contrôle social (Garcia Guerra, 1978).

Les premiers hôpitaux ouverts en Amérique exerçaient la charité chrétienne à travers l'accueil des pauvres, tel que les hôpitaux du monde de conquérants. Mais l'implication politique de l'action hospitalière a rapidement changé. La conjonction entre la Contre-Réforme⁸⁴ et la création de l'Amérique a fait muter les hôpitaux pour les intégrer aux multiples mécanismes de colonisation et plus généralement aux mécanismes de création d'une force de travail capitaliste naissante. Dans ce contexte, le corps malade émerge comme objet de l'hôpital mais aussi comme un problème matériel de la société et non plus comme un problème individuel sur le plan spirituel, ce qui implique un passage des hôpitaux comme un problème de l'église aux hôpitaux comme un problème des États (Castro-Gómez, 2005, p. 143).

⁸⁴ La Contre-Réforme est le mouvement de réaction de l'Église catholique face à la Réforme protestante au XVI^e siècle.

La gestion de l'*oisiveté* cherchait à créer une force de travail capitaliste et pour la même raison devient une affaire d'importance majeure pour la couronne dans ses territoires continentaux et d'outre-mer.

Bien que le changement du lien entre *travail* et *pauvreté* ait entraîné l'ouverture de nouveaux hôpitaux en Espagne, cela n'a pas été le cas en Amérique. À la différence des campagnes d'évangélisation, la couronne espagnole a investi très peu d'argent⁸⁵ pour ouvrir des hôpitaux, ce qui montre le peu d'intérêt de l'Empire pour gérer le corps souffrant américain à travers le soin. Par exemple, au XVI^e siècle, dans le cadre de la lutte contre l'*oisiveté*, la couronne a financé des entreprises d'évangélisation colonisatrice en Amérique, tandis qu'elle a financé des hôpitaux en Espagne. À l'époque, l'évangélisation était le mécanisme d'humanisation préconisée pour les *Indios* et niée aux Noirs (Muñoz, 2014). Ainsi, gérer l'*oisiveté* des *non Blancs* à travers l'évangélisation et non par des hôpitaux c'est le produit de la négation d'une humanité comparable entre les *non-Blancs* et les *Espagnols* catholiques. Dans les deux cas, le but était le même : créer une force de travail. Cette gestion différenciée illustre comment la mutation des concepts *travail*, *hôpital* et *pauvreté* entraîne des différences radicales entre la gestion du corps souffrant chez les Blancs et les non-Blancs. Gestion qui a son tour rend réelle la différence coloniale.

Même si l'idée de la résignation face à la souffrance était hégémonique au XVI^e siècle, la médecine du monde blanc utilisait des dispositifs pour la soulager⁸⁶. La maîtrise des techniques de soulagement était le propre du médecin, plutôt que celui du prêtre. Ainsi, c'est l'accès aux soins du médecin qui pouvait offrir l'accès au soulagement de la souffrance physique. Dans les régions de Madrid, Murcia, Aragon y Castilla, la présence d'un médecin dans les hôpitaux était garantie au moins une fois par semaine, soit par mesures de coercition des autorités sur les médecins, soit via l'embauche d'un « médecin de pauvres » avec une

⁸⁵ Voir : (H. Fajardo, 1994, p. 166).

⁸⁶ À cette époque où la rationalité médicale chrétienne était hégémonique, la médecine espagnole était néanmoins un mélange des approches chrétienne, hippocratique-galénique, juive et islamique de la maladie, la guérison et la mort (Quevedo Vélez et al., 2007, pp. 50-75). Approches qui étaient bien plus riches en techniques de soulagement de la souffrance que la médecine chrétienne.

récompense économique fixe (Quevedo Vélez et al., 2007, p. 62). Contrairement à cela, en Amérique, les hôpitaux n'avaient pas de médecins, car les rares disponibles étaient exclusivement à disposition des Espagnols qui pouvaient payer ou des soldats conquéreurs (Quevedo Vélez et al., 2007, p. 100). Cette distribution géopolitique des médecins au XVI^e siècle illustre comment les mécanismes disponibles pour gérer le corps souffrant à travers le soulagement physique étaient concentrés chez les Espagnols.

Les quelques hôpitaux situés dans l'actuelle Colombie ont fonctionné sans médecins et sous l'administration privée des ordres religieux (Castro-Gómez, 2005, p. 144). Le manque des médecins et le caractère confessionnel des hôpitaux faisait que les maladies chez les non-Blancs étaient abordées soit comme liées au destin, soit comme des châtiments divins pour le péché. Dans les institutions destinées aux souffrants pauvres en Amérique, il n'y avait aucune ingérence de l'État espagnol, à la différence de celles dédiées aux souffrants pauvres en Espagne (Quevedo Vélez et al., 2007). Tandis que l'Indio et le Noir étaient respectivement des objets de miséricorde ou des intérêts commerciaux dans ces institutions, le Blanc pauvre de métropole commence à devenir un objet de traitement à la charge de l'État. En effet, en s'inscrivant dans l'entreprise plus grande de l'évangélisation colonisatrice, la gestion de la souffrance des *Indios* avait pour but de garantir l'exploitation de la main d'œuvre des peuples envahis et de la justifier comme une entreprise de « salut des âmes », voire d'humanisation. N'étant pas catholiques, les *Indios* n'étaient pas reconnus comme des humains comparables aux Espagnols catholiques. Dans la classification espagnole de l'humanité, la possession d'une âme était un critère essentiel. Or, celle-ci étant niée aux Noirs, ils étaient réduits à être gérés comme des propriétés des Blancs. Ce déni d'humanité aux non-Blancs explique pourquoi le rôle des entreprises évangélisatrices et des religieux était bien plus important en Amérique que celui du *médecin* et de *l'hôpital* en Espagne au XVI^e siècle. Cela implique que dès le XVI^e siècle la gestion impériale de la souffrance a émergé comme mécanisme d'humanisation des Blancs par opposition à la déshumanisation des non-Blancs.

Après la mort du dernier Habsbourg, Carlos II, la guerre de succession espagnole devient une guerre de réajustement géopolitique à l'échelle européenne. À la fin de cette guerre, le petit fils du roi français Louis XIV, Felipe V, couronné à la mort de Carlos II, conservera la couronne et marquera le début de la dynastie des Bourbons en Espagne. La paix d'Utrecht en 1713 met fin à la guerre de succession espagnole et change l'orientation de l'Empire espagnol, marquant en même temps un réajustement dans l'équilibre de pouvoir impérial européen après l'affrontement entre les Habsbourg et les Bourbons (Bély, 2003) (La Parra López, 2004). L'arrivée des Bourbons à la couronne espagnole a marqué le début de l'hégémonie française dans la construction du corps souffrant. Cette hégémonie s'est consolidée au même rythme que le corps souffrant a émergé comme produit de *l'hybris du point zéro*⁸⁷ et non plus des théories de l'église. Les mécanismes catholiques de construction du corps souffrant ont commencé à être remplacés par des nouveaux dispositifs basés sur « La Science ».

Dès leur arrivée, les Bourbons ont commencé des réformes drastiques dans l'administration de l'Empire qui ont mis à jour et replacé l'Espagne dans les nouvelles perspectives sur le monde, émergées de la convergence entre l'assimilation des changements économiques

⁸⁷ Santiago Castro-Gómez appelle "hybris du point zéro" l'occultation de la perspective eurocentrique intrinsèque à la science moderne qui prétend produire un discours objectif et universel depuis une plateforme neutre et impartiale – le *point zéro de l'observation*. Dans les mots de l'auteur : « Dans la première de ses *Méditations métaphysiques*, Descartes affirme que la certitude dans la connaissance scientifique est possible uniquement si l'observateur se défait au préalable de toutes les opinions ancrées dans le sens commun. Il faut éliminer toutes les sources possibles d'incertitude, étant donné que la cause principale des erreurs dans la science provient de la familiarité excessive que l'observateur entretient avec son environnement social et culturel. Pour cela, Descartes recommande de mettre de côté les opinions "anciennes et ordinaires", afin de trouver un point de départ solide, depuis lequel il puisse être possible de construire de nouveau l'édifice de la connaissance en entier (Descartes, 1984: 115). Ce point de départ absolu, où l'observateur fait *tabula rasa* de toutes les connaissances acquises préalablement est ce que nous appellerons dans ce travail l'hybris du point zéro. »

Texte original : « En la primera de sus Meditaciones Metafísicas, Descartes expone que la certeza en el conocimiento científico sólo es posible si el observador se deshace previamente de todas las opiniones ancladas en el sentido común. Hay que eliminar todas las fuentes posibles de incertidumbre, ya que la causa principal de los errores en la ciencia proviene de la excesiva familiaridad que tiene el observador con su medio ambiente social y cultural. Por eso, Descartes recomienda que las "viejas y ordinarias" opiniones de la vida cotidiana deben ser suspendidas, con el fin de encontrar un punto sólido de partida, desde el cual sea posible construir de nuevo todo el edificio del conocimiento (Descartes, 1984: 115). Este punto absoluto de partida, en donde el observador hace tabula rasa de todos los conocimientos aprendidos previamente, es lo que en este trabajo llamaremos la hybris del punto cero"(Castro-Gómez, 2005, p. 25) ».

introduits par la création de l'Amérique et le mouvement intellectuel des Lumières. Entre 1700 et 1788, Felipe V a entrepris une réforme militaire et dans la structure de l'État, Fernando VI a fait la réforme sanitaire et Carlos III a consolidé le processus des *réformes bourbonniennes* avec la réforme éducative (Quevedo Vélez, Pérez R., & Miranda C., 2008, p. 15). Dans le but de consolider la force de travail de l'Empire, les réformes ont placé la gestion des maladies et de l'oisiveté sous le contrôle direct de la couronne, même en Amérique (Castro-Gómez, 2005, p. 145). Cela a introduit des changements importants dans la construction du corps souffrant. Bien que ces réformes aient constitué une rupture par rapport à la première étape de la gestion coloniale de la souffrance, surtout en ce qui concerne le rôle de l'Église catholique, elles ont aussi véhiculé des continuités importantes. La couronne avait commencé à consolider son contrôle sur la gestion de la souffrance physique avant même la création de l'Amérique. Dès le XV^e siècle, Enrique IV et les Rois Catholiques⁸⁸ avaient entamé une politique de contrôle direct par l'État de la pratique médicale⁸⁹, avec la création du tribunal du *Protomedicato* en 1477. Par contre, en ce qui concerne les territoires américains, si la médecine était sous le contrôle direct du vice-roi, l'évangélisation était du ressort de l'épiscopat. Cela montre que bien avant les réformes bourbonniennes, la gestion du soulagement de la souffrance physique était à la charge de l'État et non de l'église. Cependant, le rôle politique de cette gestion n'a pas été central dans la première étape de la conquête car les rapports coloniaux de domination se jouaient à travers l'évangélisation et non la médecine.

⁸⁸ La loi du 30 mars 1477 des Rois Catholiques illustre la prise de contrôle de la couronne sur les pratiques médicales à travers la création du tribunal du *Protomedicato*, composé de trois examinateurs et un médecin qui évalueraient les aspirants à l'exercice d'une profession médicale : « Los protomédicos y alcaldes examinadores deberían examinar a todos aquellos que aspiran a convertirse en médicos, cirujanos, ensalmadores, boticarios, comerciantes en drogas aromáticas, herbolarios y cualquier otra persona que en todo o en parte practicara estos oficios, lo mismo mujeres que hombres » (Nueva recopilación de las leyes de esos reinos. Citado en: Quevedo Vélez, Pérez R., & Miranda C., 2007)

⁸⁹ Toutefois c'est pendant le processus de colonisation que ce contrôle prend sa dimension définitive au XVI^e siècle. L'organisation de l'administration coloniale espagnole s'appuiera notamment sur le statut différencié de la vie des *Indios* et des *Negros* par rapport à la vie des Espagnols, officialisé par la Bula Papale de 1537 de Paul III.

La question du contrôle de l'Amérique et de ses habitants par le pouvoir du souverain n'apparaît pas seulement au moment de ces réformes. Au contraire, dès le XVI^e siècle, l'Empire avait implémenté des stratégies concrètes tendant à consolider le contrôle total par la couronne des habitants de l'Amérique sur les plans économique, juridique et idéologique. (Quevedo Vélez et al., 2007, p. 137). Entre autres, les Lois des Indes en sont un bon exemple. Pendant le XVI^e siècle, et notamment pendant les règnes de Carlos V⁹⁰ et de Felipe II, s'est consolidé une structure bureaucratique et législative impériale dont le but était de garantir la souveraineté du roi et la construction des sujets coloniaux dans des territoires lointains à travers l'alliance entre la couronne et l'église : la couronne était le souverain et l'église construisait les êtres pour devenir des sujets de ce pouvoir. Or il s'agissait du modèle d'organisation du Saint Empire romain germanique muté par l'expérience coloniale pour garantir le contrôle à distance des peuples conquis et des sujets espagnols en Amérique, qui commençaient à se distancier du roi. Dans cette organisation impériale du pouvoir, le but de l'Église catholique était de garantir l'unification idéologique des habitant-e-s et des territoires lointains sous l'autorité du roi. Dans ce contexte, la gestion catholique des corps devient au XVI^e siècle la fabrique du « moule original » des êtres modernes. Fabrique qui s'encadrerait déjà dans les intérêts établis par le roi⁹¹, malgré l'importance de l'église.

Les réformes bourbonniennes cherchaient à rendre l'État l'unique axe d'organisation de la vie sociale, notamment au détriment des monopoles privés des commerçants, mais surtout de l'église⁹² (Velázquez, 2011). Or, elles ont surtout actualisé des dynamiques d'administration coloniales déjà existantes au contexte du marché capitaliste, avec ses exigences de productivité, et de la géopolitique postérieure aux traités de Westphalie⁹³ en 1648 et à la

⁹⁰ Entre 1520 et 1556, Carlos V était à la tête du Saint Empire romain germanique, en même temps qu'il a implémenté des mécanismes de contrôle de l'Amérique en tant que roi d'Espagne.

⁹¹ Voir le livre de Thomas Gomez Chapitre 3 - L'État espagnol et l'Amérique (Gomez, 2016).

⁹² Les répercussions des réformes sur le commerce dépassent le but de cette recherche. Je vais me focaliser sur l'analyse de l'opposition entre l'État et l'église en ce qui concerne la gestion du corps souffrant.

⁹³ Les traités de Westphalie sont abordés dans cette recherche comme la consolidation des changements radicaux dans la forme de l'État et principalement la centralité du rôle de l'Église catholique dans les affaires d'État qui résultent des guerres religieuses européennes entre le XVI^e et le XVII^e siècle. Dans l'ordre géopolitique qui en résulte, le rôle de l'Église catholique est drastiquement plus faible qu'au moment de la création de l'Amérique.

paix d'Utrecht en 1713, dominé exclusivement par la figure de l'État. Même si avant les réformes la bureaucratie et la législation étaient déjà monopolisées par l'État, l'église avait cependant le monopole de techniques de naturalisation des hiérarchies entre les castes qui structuraient l'Empire. Par exemple, les Lois des Indes, qui constituaient le cadre juridique de toute action en Amérique, étaient édictées par le roi, en tant qu'autorité maximale de tout le système hiérarchique d'administration coloniale, mais l'évangélisation et les hôpitaux dépendaient de l'Église catholique. Dans le but d'augmenter la force de travail, et d'étatiser sa gestion, les réformes ont rendu la maladie et l'oisiveté des affaires d'État et non de l'église (Castro-Gómez, 2005, p. 145). Et c'est notamment avec ces deux questions que l'État s'impose définitivement face à l'église comme administrateur du corps souffrant. L'oisiveté était un mécanisme de gestion de la force de travail dès le XVI^e siècle, mais il était délégué à l'église. Par contre, la gestion de la souffrance dans une perspective de soins scientifiques à la charge de l'État et non dans le cadre de la résignation catholique à la charge de l'église marque une rupture radicale dans la gestion impériale des pauvres libres, puisqu'ils passent du statut d'objets de l'intervention des particuliers à celui d'objets des institutions étatiques. Dorénavant les pauvres et les malades deviennent non seulement objets d'évangélisation, mais aussi objets de la science médicale, sujets à l'intervention des prêtres mais aussi à celle des médecins dans les hôpitaux, afin d'améliorer la capacité de leurs corps à travailler et à produire des richesses pour l'empire (Castro-Gómez, 2005, p. 161). Plus que des réformes localisées dans le contexte de l'Amérique, les réformes bourbonniennes sont la transition vers un corps souffrant produit du savoir scientifique médical, dans la perspective de *l'hybris du point zéro*, et non plus dans la perspective catholique. C'est en reprenant le monopole de la construction du corps souffrant pour l'État que les réformes ont touché au noyau du pouvoir politique de l'Église catholique. C'est ainsi que dès le XVIII^e siècle la science s'impose sur la théologie comme système de construction de Vérité sur le corps. Dorénavant, la gestion du corps souffrant sera le produit de l'interaction entre l'État, le pouvoir et la science et non plus entre l'État, le pouvoir et l'église.

L'alliance entre la Vérité scientifique médicale et l'État commence à se consolider en Colombie avec l'épidémie de variole de 1782⁹⁴. L'épidémie est annoncée officiellement au clergé diocésain par l'archevêque et vice-roi de la Nouvelle-Grenade, Antonio Caballero y Góngora, dans les termes suivants : « Parfois l'humanité est très affligée par les différents châtiments divins envoyés par la divine providence pour réveiller les mortels et les faire sortir de la léthargie causée par une prospérité continuée. Les guerres, la faim et les *pestes* sont la façon dont le Seigneur communique sa colère aux peuples : [...] Si ce royaume est affecté par les deux premiers et menacé par le troisième, c'est parce que l'ingratitude de ses habitants est arrivée à un tel extrême que le royaume a besoin de ce type de douloureux rappels. [...] ; ces rappels sont si terribles dans ce royaume car il a persisté à irriter Dieu ces derniers jours » (Pastoral oficial del Virrey dirigida al clero. Citado en: Quevedo Vélez et al., 2008, p. 2)⁹⁵. Le vice-roi rend intelligible la maladie à partir du cadre catholique de construction du corps souffrant et l'interprète comme un châtiment de Dieu contre le peuple pour la révolte populaire des *Comuneros* contre le roi, en réaction aux réformes bourbonniennes. Dans cette logique, garantir l'évangélisation, attendre la miséricorde divine et promouvoir la résignation face au pouvoir du roi et aux desseins divins auraient dû continuer à être les mesures de gestion du corps souffrant des autorités publiques. Cependant, cette fois-ci, et dans le cadre politique ouvert par ces réformes, le vice-roi a pris des mesures tendant à contrôler la maladie à travers des actions étatiques directes. En 1782, il a ordonné à l'imprimerie royale d'imprimer l'ouvrage mexicain « Méthode générale pour soigner les varioles » (AGN. Sección colonia. Fondo milicias y marina. Tomo 142. Folios 697-698. 1782. Citado en: Quevedo Vélez et al., 2008, p. 3). Puis, suivant les recommandations de José Celestino Mutis⁹⁶, son médecin officiel, le vice-roi a commencé une campagne d'inoculation (Quevedo Vélez et al., 2008, p. 5). La diffusion d'informations officielles sur les mesures à prendre face à la variole et la campagne d'inoculation constituent la première action méthodique des autorités royales

⁹⁴ L'épidémie est annoncée au clergé diocésain par Antonio Caballero y Góngora le 20 novembre, jour considéré comme date officielle du début de l'épidémie.

⁹⁵ Ces mêmes arguments se répètent dans les rapports sur l'épidémie envoyés au ministre des Indes.

⁹⁶ Mutis a été un des premiers médecins universitaires arrivés à la Nouvelle-Grenade, c'est-à-dire formés à l'approche scientifique de la maladie dans les universités espagnoles. Pour l'élite intellectuelle locale, l'arrivée des médecins universitaires a signifié d'importer des nouvelles limites de l'imaginable ; la souffrance est désormais susceptible d'être contrôlée par la raison.

visant un contrôle efficace des épidémies. L'alliance entre l'archevêque et vice-roi Caballero y Góngora et le médecin Mutis est représentative de l'imbrication entre pouvoir étatique et médecine scientifique qui a introduit à la Nouvelle Grenade la perspective de la souffrance comme un phénomène naturel contrôlable à travers la raison humaine.

L'élaboration en 1805 d'un curriculum national pour les études de médecine en Nouvelle-Grenade constitue la première étape de la transition vers l'institutionnalisation du corps souffrant produit par l'hybris du point zéro. Le curriculum proposé par Mutis et Miguel de Isla était fondé sur la perspective scientifique du corps souffrant. On exigeait de la part des aspirants à la profession de médecin des compétences en latin comme langue morte et en français, anglais ou italien comme langue vivante et on proposait de former les futurs médecins aux sciences modernes (Quevedo Vélez et al., 2008, pp. 86-87). Ce choix de langues montre la réification de l'Europe impériale comme source de Vérité sur le corps souffrant. Malgré l'influence française, cette construction scientifique du corps souffrant avait toujours l'Espagne⁹⁷ comme référence principale. C'est seulement lors de l'indépendance que la France devient définitivement la nouvelle référence politique, mais aussi scientifique et médicale pour la Colombie. C'est lors de l'émergence de la république indépendante que l'influence française se concrétise en Colombie à travers des flux de publications, d'objets, mais surtout de gens. Pendant la seconde moitié du XIX^e siècle, des médecins *criollos* formés en France ont commencé à fonder des institutions sous l'influence française : la faculté de médecine de l'université Nacional en 1867, l'académie de médecine en 1873, la *Junta Central de Higiene* (Administration centrale pour l'hygiène) en 1887, ainsi que diverses publications périodiques en médecine, etc. Dans la seconde moitié du XIX^e, les savoirs médicaux produits localement ont comme référence les publications françaises : les textes médicaux sont publiés dans le format de roman de feuilleton ; l'esthétique éditoriale cherche à imiter le modèle français, les auteurs de référence sont presque exclusivement des médecins français.

⁹⁷ En ce qui concerne le développement de la science moderne en Espagne, voir : (Sarrailh, 1992).

L'extrait suivant de la lettre envoyée au naturaliste français George Cuvier par le ministre plénipotentiaire Francisco Antonio Zea⁹⁸ est éclairant sur l'influence de la pensée française chez les nationalistes *criollos* à l'époque de la construction de la république indépendante : « On m'a confié la tâche expresse de me diriger *vers la source de la Lumière*⁹⁹. C'est-à-dire d'envoyer à partir de la France vers la Colombie des hommes compétents pour fonder dans notre pays des établissements dédiés à l'étude de la science naturelle ; des hommes qui, après avoir initié mes concitoyens dans l'étude des connaissances utiles, pourront rentrer fiers en Europe en laissant au nouveau monde un profond souvenir d'estime et gratitude envers la Nation Française. Le gouvernement de la Colombie traitera ces précieux hôtes avec toute la générosité que méritent ces services dont il saura les remercier » (Lettre de Zea au Baron Cuvier. Cite par: Combes, 1945, pp. 25-26). L'institutionnalisation de la médecine scientifique, basée sur le corps souffrant produit dans les écoles de médecine de Paris, était l'un des intérêts des nationalistes *criollos*, ce dont témoigne le débat sur le sujet au Congrès d'Angostura en 1819 (Quevedo Vélez et al., 2008, p. 146) et le chapitre VII de la Loi sur l'organisation de l'éducation publique qui, en 1826, a ordonné la création des écoles de médecine (Congreso de la Republica de Colombia, 1840, p. 445). Cet intérêt aboutira en 1867 à l'ouverture de la première faculté de médecine de la République colombienne, fortement influencée par la médecine française.

L'adoption de la notion de *tempérament* par la médecine hispanique vers la fin du XVIII^e siècle et l'institutionnalisation de la médecine francocentrique en Colombie vers la fin du XIX^e sont des points clés d'inflexion dans le passage de l'Espagne vers la France, comme principale référence scientifique et médicale dans la construction du corps souffrant en Colombie. Dès le XVI^e siècle, l'âme comme dispositif de construction des corps coloniaux a

⁹⁸ Zea a été chargé par le congrès d'Angostura des relations diplomatiques avec les puissances européennes en qualité de représentant d'une république souveraine (Ardila, 2010). Concrètement, dans sa qualité d'homme de confiance et ami de Simon Bolivar, Zea a été nommé ministre plénipotentiaire (Combes, 1945, p. 25) et chargé d'entretenir des contacts financiers en Angleterre et des contacts intellectuels en France (Quevedo Vélez, Pérez R., & Miranda C., 2008, p. 146).

⁹⁹ C'est moi qui souligne.

cohabité avec la scientification de ce corps¹⁰⁰. La gestion de l'épidémie de variole de 1782 par le vice-roi et *l'Expédition royale philanthropique de vaccination*,¹⁰¹ entre 1803 et 1814, montrent que l'Espagne était un épicycle de vérité scientifique sur le corps souffrant en même temps que l'âme était au centre de son organisation impériale. C'est au fur et à mesure qu'à l'âme se juxtapose le *tempérament* tout au long du XIX^e que la médecine francocentrique devient la référence hégémonique pour construire le corps souffrant.

Cette transition est bien illustrée par les ouvrages de Francisco Cerdan, examinateur du *Real Tribunal du Protomedicato*, et d'Andres Piquer, médecin philosophe, publiés vers la fin du XVIII^e. D'après eux, l'objet d'étude de la médecine se divise ainsi : « parties solides du corps humain ; les humeurs ; les esprits ; et les tempéraments » (A. Piquer, 1846, p. 61). Parmi ces éléments, c'est le tempérament qui permet d'expliquer à travers l'observation scientifique du corps les différences entre les gens : « [...] dans la nature humaine vivante on observe certaines choses générales qui sont les lois de cette nature. On trouve également d'autres choses plus spéciales, et non communes à tous, qui s'appellent le tempérament [...] (Cerdan, 1846, p. 387) »¹⁰². Dans cette médecine, le tempérament se juxtapose à l'âme et rend ainsi corporelles les différences qui, auparavant, étaient naturalisées à travers l'âme : « Le corps et l'âme construisent réciproquement la morale de l'homme. Le tempérament du corps influence beaucoup les actions de l'esprit.¹⁰³ » (A. Piquer, 1846, pp. 440-441). « [Il est nécessaire] une philosophie morale chrétienne, capable d'obliger l'homme à connaître et à

¹⁰⁰ Tel qu'il est expliqué plus haut dans ce texte, l'intérêt des rois catholiques pour développer des mécanismes de gestion du soulagement de la souffrance physique existe même avant la création de l'Amérique. Par ailleurs, l'Espagne a eu un développement scientifique à la fois propre et en connexion avec celui de l'Europe, malgré la prohibition de faire des études en dehors de l'Espagne introduite par le roi Felipe II (Sarrailh, 1992). Par exemple, les vivisections et le développement des techniques de chirurgie faisaient partie de la médecine espagnole dès le XVI^e siècle (Quevedo Vélez et al., 2007) et les rencontres entre intellectuels ayant une perspective scientifique du corps souffrant étaient courantes déjà au début du XVIII^e (Franco Rubio, 2005).

¹⁰¹ L'Expédition royale philanthropique de vaccination a été une campagne de vaccination contre la variole sur tout le territoire de l'Empire espagnol.

¹⁰² Texte original : "en la naturaleza humana viviente se observan ciertas cosas generales que se dicen leyes de ellas y otras más especiales y no comunes a todos que se llaman temperamentos pero aquella cosa especial que se encuentra en uno de temperamento determinado y no en otro del mismo, esto se llama idiosincrasia".

¹⁰³ Texte original : "El temperamento del cuerpo influye mucho en las acciones del ánimo. Impórtale mucho al hombre conocer su propio temperamento. El hombre debe moderar y corregir los excesos a que le inclina su propio temperamento."

comprendre la misère de son existence : quelles sont les causes qui pourraient l'inciter à des actions extravagantes. Enfin, il faut que l'homme sache qu'il a à l'intérieur de soi le tempérament, la nature, le génie, les changements des âges, la concupiscence, et l'impulsion de ses appétits et ses passions » (J. C. Piquer, 1785, pp. 34-35). Cet extrait montre comment les défauts moraux attribués à l'état de l'âme dans le contexte de l'évangélisation des Amériques, tels la concupiscence, le contrôle des appétits ou des passions, commencent à être également attribués à une imperfection corporelle saisissable à travers le concept de *tempérament*. L'association entre morale catholique et tempérament fait que ce qui auparavant prouvait la supériorité de l'âme commence à prouver aussi la supériorité du corps. C'est à travers ce type de discours que le tempérament a véhiculé l'actualisation de l'âme comme mécanisme impérial pour mesurer l'humanité de gens.

Tout au long du XIX^e siècle, les élites de l'actuelle Colombie se sont efforcées à maintenir le corps et l'âme en bonne santé. Le médecin de famille et les institutions dédiées à la santé du corps ont gagné beaucoup d'importance sociale chez la petite élite qui pouvait y avoir accès¹⁰⁴. Vers la fin du XIX^e siècle, 90 % des gens habitaient les régions rurales et pour la plupart étaient des non-Blancs, tandis que les médecins du pays étaient formés pour exercer dans les villes (Quevedo Vélez et al., 2008, pp. 142-156) où se concentrait la population blanche. Même dans les villes, les aqueducs et les systèmes de collecte d'ordures se trouvaient dans les quartiers habités par des élites (Restrepo Zea, 2011, Capítulo Introducción) et l'accès aux soins s'articulait sur la ségrégation entre riches et pauvres urbains : médecine de famille et maison de santé pour les premiers, des hôpitaux sans ressources pour les seconds. La plupart de la population, étant rurale et pauvre, était ainsi complètement exclue de la gestion de la souffrance par l'institution médicale (Quevedo Vélez et al., 2008, pp. 93-97). La concentration de la médecine dans l'espace urbain, le peu de médecins et de ressources disponibles dans les hôpitaux publics et la normalisation, parmi les élites, de la corruption liée à l'argent public destiné à la santé (Quevedo Vélez et al., 2008) ont signifié l'accès différencié à l'intervention médicale pour l'élite coloniale et ses subalternes

¹⁰⁴ Voir : (Pedraza Gómez, 1999), (Quevedo Vélez et al., 2008).

dès le début (Restrepo Zea, 2011, Capítulo Introducción)¹⁰⁵, voire entre *Blancs* et *non-Blancs*. Dans la mesure où la médecine apprivoisait le corps souffrant et était monopolisée par les élites, les gens n'étaient pas exposés de la même façon ni aux maladies courantes ni à la mort. Cela a fait émerger la différence corporelle, qui s'est ensuite superposée à la différence morale, comme une actualisation des différences coloniales. L'accès à la médecine comme technologie pour échapper à la souffrance était monopolisé chez les gens qui pouvaient payer. En même temps, l'argent était monopolisé par les gens héritiers d'une place sociale privilégiée dans la division coloniale du travail, c'est-à-dire les *Blancs*. En termes pratiques, la monopolisation des soins chez les élites a impliqué que l'élite *blanche* a été objet d'intervention médicale pour ne pas être marquée par la souffrance, en même temps que ces marques devenaient une preuve de l'existence d'une différence endogène entre les gens. La monopolisation de l'accès à l'intervention médicale chez les élites colombiennes a créé des différences corporelles qui ont été ensuite naturalisées à travers le tempérament comme technologie scientifique-politique.

Dans les nouvelles républiques indépendantes à partir du début du XIX^e siècle, le tempérament est la technologie politique adoptée par les nationalistes *criollos* pour construire le corps souffrant et naturaliser les différences coloniales qui auparavant était naturalisées par les théories au sujet de l'âme. Cela est illustré par l'extrait suivant de la lettre envoyée à Bartolomé Mitre¹⁰⁶ par Juan Carlos Gómez¹⁰⁷ à propos des « sauvages » du Paraguay : « la race est une des sources principales qui contribuent à produire l'état moral élémentaire ; et ce qu'on appelle *la race ce sont les dispositions innées et héréditaires* que l'homme amène avec soi à la vie et qui généralement *viennent ensemble avec des différences*

¹⁰⁵ Voir : (Restrepo Zea, 2011, Capítulo Introducción).

¹⁰⁶ Bartolomé Mitre (1821-1906), intellectuel, politicien et militaire argentin du XIX^e siècle, a eu une grande influence auprès de l'intellectualité *criolla*. Il a été également président de la république au moment où l'Argentine devenait une référence régionale majeure. Ses idées ont façonné le devenir de la République argentine, devenue la référence des autres républiques latino-américaines. Ses idées sont représentatives du discours colonial de l'intellectualité *criolla* qui a formé les républiques indépendantes au XIX^e.

¹⁰⁷ Juan Carlos Gómez (1820-1884) a été un intellectuel, journaliste et politicien d'origine luso-brésilienne, né en Uruguay, qui a passé une partie de sa vie en Argentine. C'est un intellectuel au carrefour des flux des idées modernes qui circulent à l'époque chez l'intellectualité *criolla*.

*imprimées dans le tempérament*¹⁰⁸ et la structure du corps ; la race est la première et la plus riche source des facultés qui donnent naissance à l'histoire. On peut voir que si la race est puissante c'est parce qu'elle n'est pas une simple source, mais une sorte de lac, un profond *réservoir*¹⁰⁹ dans lequel d'autres sources ont accumulé leurs eaux pendant plusieurs siècles »¹¹⁰ (Lettre envoyé par Juan Carlos Gómez à Bartolomé Miltre. En: Donghi, 1980, p. 226). Dans cet extrait nous pouvons voir comment les différences raciales exprimées comme des différences de tempérament transforment la différence coloniale, auparavant morale, dans une différence corporelle. Dorénavant c'est le tempérament ce qui est au fond de la race comme preuve de la différence radicale et insurmontable entre les Blancs et les non-Blancs, équivalente à la possession d'une âme évangélisée ou non avant l'indépendance.

L'esprit de la République colombienne naissante n'était pas cohérent avec une division raciale explicite, mais son intégration dans le marché dépendait de la main d'œuvre bon marché résultant de la division raciale-sexuelle du travail. Florentino Gomez, mentor du système d'intégration de la république dans l'économie globale, explique ce système de la façon suivante :

« Dans un pays riche en mines et en produits agricoles capables de soutenir un commerce d'exportation favorable, les lois ne doivent pas chercher à développer des industries qui détournent les habitants des occupations agricoles et de l'exploitation minière. Les *granadinos* ne peuvent pas soutenir la concurrence des manufactures avec les Européens et les Américains du Nord ni déprécier les ressources que les productions agricoles peuvent leur apporter. [...] L'Europe a une population intelligente qui possède la vapeur et ses applications

¹⁰⁸ C'est moi qui souligne.

¹⁰⁹ Mot en français dans le texte original. C'est moi qui souligne.

¹¹⁰ Texte original : "la raza es una de las fuentes principales que contribuyen a producir el estado moral elementario; y que lo que se llama la raza, son esas disposiciones innatas y hereditarias que el hombre trae consigo a la vida y generalmente están unidas a diferencias marcadas en el temperamento y en la estructura del cuerpo; que la raza es la primera y la más rica fuente de esas facultades dominantes de que derivan los acontecimientos históricos, y se ve desde luego que si ella es poderosa, es porque no es una simple fuente, sino una especie de lago, un profundo reservorio en donde las otras fuentes han venido a amontonar sus aguas durante una multitud de siglos".

et qui a été éduquée pour la manufacture, donc l'Europe garantit sa mission dans le monde industriel en transformant les matières premières. Nous devons aussi garantir la nôtre [...]. Nous devons offrir à l'Europe les matières premières et ouvrir la porte aux manufactures pour faciliter les échanges et le profit qu'ils génèrent et ainsi apporter aux consommateurs les produits de l'industrie à des prix confortables » (Florentino Gonzales cité par: Vásquez Ospina, 1955, pp. 208-209).

Dans ce contexte d'émergence de la république, dans la décennie de 1850, le *Blanc*, l'*Indio* et le *Negro* disparaissent comme des catégories juridiques. Au même moment, on abolit l'esclavagisme et les réserves pour indigènes¹¹¹. Une fois leurs anciens statuts juridiques abolis, les *Indios* et les Noirs se retrouvent contraints à devenir la main d'œuvre rurale bon marché dans les *haciendas* de l'élite *criolla* blanche qui passe du statut d'*encomendero* ou de propriétaire d'esclaves à celui de patron des paysans salariés.

Les mécanismes de colonisation de la vie développés en Europe pour construire des populations étaient appliqués en parallèle chez les élites en Colombie dès le XVIII^e siècle : le contrôle des ventres des femmes, l'intromission de la médecine dans la vie quotidienne, l'imposition des modes de vie hygiéniques, etc. Dans cette optique, la construction des populations peut être interprétée comme une technique d'humanisation des élites coloniales par opposition aux subalternes. Par exemple, coloniser la vie du peuple afin de former une population n'a pas été un intérêt des élites colombiennes avant les années 1930. À noter que Florentino Gomez¹¹² parlait des habitants de la Colombie par opposition à la population de l'Europe dans sa proposition de politique économique au milieu du XIX^e. En effet, c'est seulement à partir des années 1930 que le peuple commence à être inclus dans « la même race » que l'élite et par le même mouvement dans « la population nationale ». En effet, la race métisse, la population nationale et la dégénérescence émergent en même temps pendant le processus de construction de nation. Derrière « l'unité *raciale* » supposée

¹¹¹ Les *resguardos indigenas* étaient pendant l'administration coloniale des territoires destinés à l'habitation et l'évangélisation des Indios.

¹¹² Florentino Gomez, mentor du système d'intégration de la république dans l'économie globale, cité plus haut.

dans la catégorie « race métisse » il y a des différences créées par l'intervention médicale entre ceux dont la souffrance est endogène, les dégénérés, et ceux qui ont des corps sains, considérés comme étant biologiquement supérieurs. Étant un problème de santé, c'est à la médecine de « régénérer » les corps du peuple pour ainsi construire une population. Dans le discours politique entre les années 1930 et 1950, la race émerge comme étant un produit de l'intervention médicale sur le corps des gens¹¹³. Ce processus coïncide avec le début de l'influence impériale des États-Unis en Colombie et avec la transition vers l'industrialisation, favorisée par le contexte économique favorable ouvert par la première guerre mondiale. Processus qui, par ailleurs, exigeait une main d'œuvre urbaine et en bon état physique pour être efficace. En effet, la construction de la nation métisse c'est en même temps le point d'orgue de l'influence française dans la construction locale du corps souffrant et la consolidation du tournant vers la sphère d'influence étasunienne.

En même temps que l'État-nation colombien émergeait sous l'influence de la médecine française au XIX^e siècle, les États-Unis commençaient à apparaître comme un acteur principal de l'arène internationale et comme référence impériale pour les pays de l'Amérique latine. Au début de la deuxième décennie du XX^e siècle, en même temps que les États-Unis consolidaient leurs investissements dans le territoire colombien, notamment dans l'industrie des bananes et puis du café, la Colombie a commencé à importer plus de produits de ce pays que de l'Europe (Bethell, 1991, p. 51). Dans la même période, la fondation Rockefeller a commencé des campagnes en Amérique latine contre l'ankylostome dans le but d'améliorer la productivité des travailleurs agraires. Campagnes qui constituent une expérience des États-Unis sur le développement de la *santé globale* comme une technologie impériale¹¹⁴. Dans ce cadre la philanthropie a émergé comme la stratégie impériale d'exportation du modèle étasunien de gestion étatique de la souffrance à travers l'ingérence directe des

¹¹³ L'utilisation de la race pour parler de la différence biologique entre Blancs, *Indios* et *Negros* est un sujet marginal dans les thèses de médecine du XIX^e siècle et dans aucun cas ce n'est le sujet principal de la thèse. Cette utilisation du concept commence à apparaître dans les thèses à partir des années 1930, quand les médecins sont envoyés faire une année de pratique obligatoire dans des régions rurales.

¹¹⁴ Voir : (Palmer, 2015) en ce qui concerne le lien entre les missions de la fondation Rockefeller en Amérique latine au début du XX^e siècle et la genèse de la santé globale comme technologie impériale des États-Unis.

représentants des intérêts économiques étasuniens dans les politiques de santé des États latino-américains. Par exemple, c'est dans le cadre de cette « coopération » que la Colombie s'est engagée à modifier les politiques étatiques de santé d'après les recommandations de la Fondation et à lui permettre de gérer certaines maladies des habitant-e-s, dont ankylostome, et d'intervenir sur leurs corps directement (Quevedo Vélez, 2013, p. 36).

Malgré l'influence étasunienne, la France continuait à être la référence scientifique principale pour la médecine. La bibliographie française était prédominante dans les références des thèses de l'université Nacional jusqu'aux années 1950, bien que les auteurs étasuniens aient commencé à être inclus de plus en plus à partir des années 1930. C'est seulement après les guerres mondiales que les États-Unis sont devenus la nouvelle référence scientifique pour la médecine colombienne. Ces guerres étant le point culminant de la crise du système basé sur des administrations coloniales européennes, donc, ce n'est pas dénué de sens que l'effondrement de ce système ait entraîné la chute de l'influence française dans la construction du corps souffrant et la montée de celle étasunienne.

La consolidation des États-Unis comme principale référence de la pensée médicale est imbriquée à l'action de la fondation Rockefeller à l'intérieur et à l'extérieur des États-Unis. En 1909, cette fondation est née à partir de l'intérêt de John Rockefeller de gérer l'anémie des populations noires du sud des États-Unis. Un conseil sanitaire international a été créé en 1913 avec le but de transformer la gestion étatique de la souffrance dans les différents territoires d'intérêt impérial des États-Unis, dont l'Amérique latine (Quevedo Vélez, 2013). La mission officielle de la fondation était de promouvoir le bien-être et de développer la civilisation à travers la prévention de la souffrance, notamment dans les pays tropicaux où les États-Unis avaient un intérêt commercial (Shaplen, 1964, p. 6). Or, Wickliffe Rose, le directeur de la commission sanitaire en 1911, a justifié l'internationalisation de la fondation en problématisant le corps souffrant des non-étasuniens comme des vecteurs de maladies pour les colons étasuniens. Frederick T. Gates a été l'architecte de la stratégie géopolitique de la fondation et ainsi de l'exportation de la vision étasunienne du corps souffrant comme

stratégie impériale. Cette stratégie géopolitique cherchait à promouvoir l'éducation en médecine et en santé publique des pays « intelligents et riches » (États-Unis et Grande-Bretagne) dans les pays intelligents mais pas si riches (l'Europe occidentale). Le but était de promouvoir l'éducation d'une élite qui à son tour allait réformer l'éducation médicale et diriger les campagnes de santé publique dans son pays respectif. Enfin, les autres pays étaient destinés à être exclusivement des bénéficiaires de la philanthropie (Gates papers cité par: Quevedo Vélez, 2013). Cette stratégie montre comment l'exportation du corps souffrant étasunien a été une entreprise d'un acteur privé et aussi comment cela a créé une hiérarchie coloniale en termes d'accès à la possibilité de produire et de se servir de la pensée médicale.

L'ingérence directe de la fondation dans la gestion étatique de l'ankylostome¹¹⁵ vers les années 1920 constitue le point de départ du passage de la conception française du corps souffrant à celle étasunienne. Jusqu'aux années 1940, la Colombie, pays « ni intelligent ni riche », accueille uniquement les missions spécifiques de la fondation, ce qui rendait les autorités médicales dépendantes du savoir épidémiologique étasunien. Cela a changé vers la fin des années 1940. L'attribution du soulèvement populaire de 1948 au communisme a été l'argument définitif de la Colombie pour demander au gouvernement de Harry Truman d'inclure les pays latino-américains dans la coopération étasunienne encadrée dans le plan Marshall (Quevedo, Hernández, Miranda, & Álvarez, 1993). En ce qui concerne l'exportation des idées médicales, cette inclusion a impliqué une coopération étasunienne pour réformer l'éducation en santé selon la perspective flexnerienne.

La réforme flexnerienne des facultés de médecine dans les années 1950 a consolidé l'importation des idées médicales étasuniennes à travers des flux de capitaux et des gens dans le cadre des intérêts impériaux des États-Unis et avec la participation active des organisations étasuniennes étatiques et paraétatiques. À partir des lois de « modernisation de l'éducation » du gouvernement libéral dans les années 1930, les doyens Calixto Torres et puis Jorge Cavelier ont essayé de réformer la faculté de médecine selon le modèle étasunien.

¹¹⁵ Cette maladie, comme l'anémie, diminue la capacité de travail des gens atteints.

Le manque d'intérêt des États-Unis de promouvoir une réforme de l'éducation médicale¹¹⁶ et la forte influence de la perspective francocentrique chez les professeurs ont fini par limiter la tentative de réforme au recrutement d'une commission française pour évaluer la faculté¹¹⁷. C'est seulement dans les années 1950 que cette transition se consolide avec l'ingérence directe de l'État étasunien, dans le cadre du Plan Marshal, et des capitaux privés étasuniens, notamment de la fondation Rockefeller. Par exemple, en 1955, les fondations Kellogg et Rockefeller y ont donné respectivement 13 et 20 bourses pour faire des études de médecine aux États-Unis (Henaó Cabal, 1996).

En 1948, le médecin G. H. Humpreys de la Mission Médicale Unitaire de l'université de Columbia a visité les facultés de médecine des principales villes : Bogota, Barranquilla, Cartagena et Medellin. La recommandation était de donner une place centrale aux sciences de base et au laboratoire, augmenter le nombre des professeurs embauchés à temps plein, diminuer le nombre d'étudiants en médecine et embaucher des professeurs jeunes formés aux États-Unis (Eslava, 1996). Chacun de ces éléments a introduit respectivement dans la médecine nationale : la dépendance au laboratoire et aux médicaments importés a entraîné la dépendance du médecin de l'industrie médicale ; des professeurs embauchés à plein temps et jeunes a signifié des professeurs ayant passé moins de temps dans la pratique de la profession et ainsi ayant eu moins de contact avec la souffrance des gens ; la réification de la méritocratie a entraîné la réification des barrières raciales-sexuelles qui garantissent le monopole du savoir soigner chez les hommes de l'élite blanche ; et, finalement, le renouvellement générationnel a entraîné une rupture efficace avec les idées médicales françaises. Ces réformes se sont concrétisées d'abord à l'*Universidad del Valle*.

¹¹⁶ D'après les Rose Papers cités plus haut dans le texte, l'intérêt de la fondation Rockefeller, représentante de l'impérialisme sanitaire des États-Unis à l'époque, était de monopoliser le savoir médical en Europe et aux États-Unis.

¹¹⁷ Toutefois, venant de l'université de Lyon, cette commission a constitué une transition vers le corps souffrant étasunien. Cette université, à la différence de l'Université de Paris, était réputée pour sa perspective physiopathologique et donc plus proche de l'Allemagne et des États-Unis (Rodríguez, 2013).

Le cas de la Colombie n'a pas été exceptionnel, même s'il a été pionnier. Les États-Unis se sont consolidés comme principale référence médicale à travers des réformes flexneriennes des facultés de médecine à échelle globale, dans le contexte de leur hégémonie croissante sur le monde capitaliste d'après-guerre. La réforme de l'éducation médicale aux États-Unis a été impulsée par la fondation Carnegie et soutenue par les « philanthropes » Pritchett, Carnegie et Rockefeller dans le contexte de l'émergence des États-Unis comme puissance impériale dans les deux premières décennies du XX^e siècle. Cette réforme se base sur un rapport d'Abraham Flexner dont les principales recommandations ont été : établir la durée des études en médecine à quatre ans, dont deux ans dédiés aux sciences de base et deux à la clinique ; inclure les écoles de médecine dans les universités ; demander aux candidats aux études de médecine des connaissances en mathématiques et sciences et intégrer les sciences basiques et les sciences cliniques (Ortiz Martínez, 2016). La réforme Flexner s'est justifiée à travers le besoin de rendre plus efficace l'enseignement de la médecine. Or la pratique impériale postérieure montre que ce rapport a créé le cadre institutionnel pour la consolidation de l'hégémonie de la médecine étasunienne sur la française. En principe, le rapport Flexner se limitait à être une sorte de systématisation de l'influence de la pathophysiologie allemande dans la construction du corps souffrant entre la fin du XIX^e et le début du XX^e et cherchait à rendre cohérente l'éducation médicale avec cette nouvelle perspective. Perspective qui s'est séparée définitivement de la française à travers l'absorption des contributions de nombreux scientifiques européens émigrés aux États-Unis dans le contexte de la seconde guerre mondiale. Toutefois, le rapport Flexner n'est devenu une technologie impériale de consolidation de l'hégémonie étasunienne que dans le contexte de l'après-guerre. L'implémentation des réformes dans les facultés de médecine du monde a été la stratégie impériale de États-Unis pour exporter leur modèle de médecine. Ce processus s'est consolidé en 1988 quand la conférence mondiale d'éducation médicale a adopté la déclaration d'Édimbourg qui suggère de modifier la formation des médecins dans le monde suivant le modèle Flexner.

La création de la faculté de médecine de l'*Universidad del Valle* en 1950 a consolidé les États-Unis comme étant la principale référence de la pensée médicale en Colombie et en Amérique latine. Dans le programme d'enseignement de 1954, la physiologie et les sciences de base deviennent prioritaires devant la morphologie et l'anatomie ce qui montre l'imposition de la perspective sur le corps souffrant étasunienne sur celle française. Les heures d'anatomie sont significativement réduites et l'anatomie pathologique devient seulement pathologie (Prospecto de la Facultad de medicina del Valle 1963-1964 Cité par: Cañar & Andrés, 2014). La moindre importance de l'anatomie montre comment le corps souffrant passe à être construit à partir de son fonctionnement, déchiffré dans le langage de la chimie et de la physique. Cela a rendu le regard du médecin dépendant des appareils qui donnent accès au corps au-delà de ce que les yeux nus permettent : le microscope, l'appareil à rayons X, etc. En cohérence avec ce système de déchiffrement du corps, un pourcentage important d'heures du cursus a été dédié aux pratiques de laboratoire. Les données quantitatives apportées par des examens paracliniques se sont superposées au regard clinique, comme en témoigne Óscar Bolaños, un des premiers diplômés. D'après lui, au début il y avait encore des professeurs formés dans la perspective française qui se caractérisaient par être « cultivés » et donner une importance majeure à la maîtrise du langage. Avec eux, les étudiant-e-s devaient faire une histoire clinique détaillée, issue de l'exploration physique du corps mais aussi de l'interaction avec les gens. Par contre, les professeurs formés aux États-Unis se focalisaient sur les données quantitatives, s'appuyaient sur des examens paracliniques et seulement de façon auxiliaire sur l'exploration physique des gens ou sur ce que les gens avaient à dire sur leur souffrance (Entrevista a Óscar Bolaños cité par: Cañar & Andrés, 2014). Ce témoignage illustre le passage de la relation *médecin – corps souffrant*, propre à la médecine héritière directe des Lumières, à la relation *médecin – industrie médicale – corps souffrant*, plus propre à la modernité industrielle. Cela illustre également comment chaque modèle médical construit ses propres médecins. Avec la transition, a émergé la dépendance de l'institution médicale vis-à-vis de l'industrie médicale. Cela a radicalisé l'aliénation des gens face à leur propre souffrance, tout en aliénant le médecin lui-même de son indépendance diagnostique.

Dans la période d'influence étasunienne et dès l'arrivée de Rockefeller dans les années 1920, les organisations internationales sont déterminantes dans la définition de la gestion étatique du corps souffrant. En 1970, la gestion du corps souffrant en Colombie était le résultat de l'interaction entre différentes organisations étatiques et paraétatiques. Par exemple, dès 1956, la gestion de la malaria, une des maladies à fort impact sur la productivité du travail en milieu rural, est le résultat de l'interaction entre l'État colombien et la fondation Rockefeller, l'Organisation mondiale de la sante (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (Urrego Mendoza, 2016, p. 188). Cette imbrication entre entités nationales et transnationales a facilité l'assimilation par l'État colombien des politiques de libéralisation promues par les États-Unis à partir des années 1980 par rapport au corps souffrant. Ce phénomène est particulièrement visible dans le contexte de la *crise de la dette*, lorsque la Banque mondiale a conditionné l'accès aux prêts à l'implémentation des réformes structurelles dont l'un a été la *réforme sanitaire*. L'implémentation interne de la réforme va se concrétiser avec la loi 100 de 1993¹¹⁸ qui réduisait la gestion étatique de la souffrance à l'exécution subordonnée des directives produites par les organismes internationaux financiers et de santé. Notamment la Banque mondiale et l'OMS. Dans ce contexte, la gestion de la souffrance a émergé comme une affaire financière. Avec la loi 100, le corps souffrant est géré directement en fonction de la productivité des entreprises qui vendent l'accès aux soins. Cela signifie que l'intervention médicale sur les corps est devenue le produit de l'interaction entre le marché et la médecine étasunienne, importée dans les années 1950 avec les réformes flexneriennes de l'éducation médicale nationale.

La consolidation des États-Unis comme principale référence de la médecine colombienne pour construire le corps souffrant est un processus lié à la restructuration de la géopolitique globale dans le contexte de l'après-guerre. Restructuration qui a entraîné la disparition de

¹¹⁸ La loi 100/1993 sur la santé est indissociable de la loi 30/1992 sur l'éducation qui a réduit les exigences pour ouvrir une faculté de médecine et, ainsi, a stimulé l'ouverture de plusieurs écoles de médecine de faible qualité. Cela s'est traduit par un afflux de médecins disponibles à bas prix pour le marché. En 1992, il y avait 21 écoles de médecine et en 2011, on en est déjà à 59 (Uribe, H, Gaviria, & H, 2011).

l'association explicite entre la classification raciale des gens et l'accès aux droits. Dans le nouveau système international, les classifications raciales médicales n'ont plus un équivalent juridique direct¹¹⁹. Cela est illustré par l'article 1 de la Charte des Nations Unies : « Réaliser la coopération internationale en résolvant les problèmes internationaux d'ordre économique, social, intellectuel ou humanitaire, en développant et en encourageant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion » (Nations Unies, 1945). Les principaux points des déclarations de 1950 et 1951 de l'UNESCO exemplifient le nouveau mécanisme de naturalisation des rapport coloniaux : il y a des différences biologiques entre les êtres humains et ces différences ne constituent pas des races, mais des populations ; la race « désigne » un groupe de population caractérisé par une concentration particulière des « particules héréditaires », des gènes, qui le différencie des autres groupes ; « l'histoire humaine » et les études biologiques démontrent que l'esprit de coopération est *naturel chez les humains*¹²⁰ et tous les groupes humains sont égaux en termes de caractéristiques innées, telles que le comportement ou l'intelligence (UNESCO. The race concept: results of an inquiry, Paris, UNESCO, 1952. Cité en: Ventura Santos, 1996). Le premier rapport propose de refuser « toute justification biologique aux pratiques de discrimination entre groupes humains » (UNESCO, 1969, p. 16). Toutefois, il finit par conclure que d'après la science *l'homme* est biologiquement équipé pour la citoyenneté, bien que limité par la normalité de sa biologie : « tout individu normal¹²¹ est capable de participer à la vie en commun, de comprendre la nature des devoirs réciproques et de respecter les obligations et les engagements mutuels. Les différences biologiques qui existent entre les membres des divers groupes ethniques n'affectent aucunement l'organisation politique ou sociale, la vie morale ou les rapports sociaux » (UNESCO, 1969, p. 35). Le rapport de 1951 conclut que la race est un concept biologiquement valide, mais seulement à la lumière de la génétique (Ventura Santos, 1996). Ces rapports illustrent l'émergence d'une « nature humaine » partagée par

¹¹⁹ C'est intéressant de noter que ceci était le système d'organisation des républiques coloniales latino-américaines dès les indépendances au XIX^e siècle. Il est possible que le cas des républiques coloniales latino-américaines ait influencé ce modèle, mais cela reste une hypothèse à développer dans un autre travail.

¹²⁰ C'est moi qui souligne.

¹²¹ C'est moi qui souligne.

les gens, en même temps que la génétique émerge comme preuve de l'existence des différences biologiques qui justifient un accès différencié à l'égalité et à la citoyenneté en termes biologiques et « non » raciaux (Ventura Santos, 1996).

Dans le contexte de l'après-guerre la race a été bannie du discours public eurocentré et c'est la culture, abordée dans la perspective du relativisme culturel, qui émerge à sa place, sans que cela entraîne de rupture dans le racisme et sexisme qui organise la vie sociale dans la modernité. Tel que Rita Segato l'expose, cette perspective construit les peuples subalternes comme étant irrémédiablement différents entre eux, et en relation de hiérarchie par rapport à la culture eurocentrique réifiée comme paramètre. La généalogie coloniale en commun entre la culture hégémonique et les « autres » cultures, ainsi que les rapports économiques qui les lient sont bannis du discours public (Segato, 2015). Les sciences sociales, en tant que productrices de Vérité impériale sur la culture, gagnent une place centrale dans la naturalisation des différences absolues et hiérarchiques par rapport à l'Europe. Différences où la race continue à être imbriquée au sexe, car le corps féminin subalterne est le noyau de la différence culturelle et la moralisation de ce corps continue à être un axe des interventions coloniales. Dans la période hispanique, le colonisateur « sauvait » des âmes. Dans la période de domination étasunienne, c'est le « salut » des femmes subalternes de « leur culture » qui détermine l'intervention des différentes organismes internationaux qui consolident la géopolitique impériale (Abu-Lughod, 2012).

Plus que l'importation du discours scientifique-médical étasunien sur le corps souffrant ce qui est déterminante dans la configuration de la géopolitique impériale contemporaine est le discours étasunien sur la différence culturelle. À la différence du corps souffrant produit par l'Empire espagnol ou l'Empire français, celui produit aux États-Unis n'est plus la principale technologie de naturalisation du pouvoir impérial. La culturalisation du discours colonial fait que les gènes comme technologie de naturalisation de différences coloniales ne soient pas l'équivalent de l'âme ou du tempérament. Les mécanismes de naturalisation des rapports impériaux de domination sont bien plus complexes dans la période de domination

étasunienne. L'âme et le tempérament ont été imbriqués aux discours politiques faisant appel explicite à la différence raciale et sexuelle. Dans les deux cas, les fabriques de vérité sur le corps souffrant, d'abord l'église et puis l'institution médicale, ont été explicitement imbriquées à la pratique étatique. Cela n'est pas le cas de l'institution médicale dans la période étasunienne. Bien que la génétique soit importante, c'est la *culture* qui est la technologie de naturalisation des rapports coloniaux, notamment à partir de la chute du mur de Berlin. Cela s'est traduit par une perte de centralité de la Vérité médicale dans la définition de la gouvernabilité des États. Toutefois, bien que l'exportation de cette vérité ne soit plus le noyau de la naturalisation des différences coloniales, elle continue à construire des corps plus au moins « humains »¹²².

L'après-guerre et la chute du mur sont des tournants dans l'organisation de la géopolitique qui se sont traduits par des ruptures dans la perspective médicale sur le corps souffrant. Cela a impliqué une importation des idées médicales des États-Unis, vers l'État et l'institution médicale colombiens. Par exemple, les systèmes de sécurité sociale visant l'intégration des habitant-e-s à la population par la voie du marché du travail ont émergé dans le contexte de l'après-guerre sous l'influence directe des États-Unis. C'est le cas de l'Instituto de Seguros Sociales¹²³ (ISS) et du Sistema Nacional de Salud¹²⁴ (SNS). Contexte marqué par l'interaction entre la montée des mouvements révolutionnaires, la construction d'unité nationale à travers le métissage et la guerre froide. Une fois que la menace de révolution n'était plus présente, ce système étatique de gestion du corps souffrant a disparu en 1993 et l'influence directe des organisations sanitaires internationales dans la nouvelle gestion étatique s'est consolidée. En 1993, quand la loi 100 a établi que le corps souffrant est une affaire qui relève du marché et n'est plus un droit géré par l'État, l'humanisation du corps à travers

¹²² Cette idée sera développée dans le chapitre III à travers le cas du féminicide des femmes enceintes. Ce cas exemplifie le rapport entre la machinerie étasunienne de construction et gestion du corps souffrant et le pouvoir colonial.

¹²³ Institut de sécurité sociale.

¹²⁴ Système national de santé.

l'intervention médicale s'est concentrée à nouveau chez les élites coloniales à travers des barrières économiques¹²⁵.

Malgré ces changements de fond dans les idées médicales étasuniennes, les molécules et l'épidémiologie constituent une constante comme langage de construction du corps souffrant propre à la médecine étasunienne centrée de l'après-guerre et jusqu'à aujourd'hui. Cette approche moléculaire et quantitative de la vie véhicule une étiologie qui privilégie le corps souffrant lui-même comme source ultime de sa souffrance, une codification cryptée du corps, éloignée du langage colloquial, la dépendance du médecin de l'industrie médicale et des appareils qui s'imposent comme des médiateurs entre le médecin et le corps des gens. En fait, la fragmentation du corps souffrant et sa gestion de façon dépendante de l'industrie médicale caractérisent cette approche. Les étudiants ne sont pas formés à problématiser les rapports entre le corps souffrant et son milieu ou à le penser en termes de personne souffrante. Dans la perspective étasunienne, le médecin est construit comme un technicien qui gère la souffrance à travers une intervention dans les rapports entre les molécules du corps souffrant et celles du médicament¹²⁶. Par exemple la microbiologie et la pharmacologie sont les axes de construction et d'intervention sur le corps souffrant dans la perspective étasunienne appropriée par la faculté de médecine de l'université Nacional dès les années 1950. Ce qui contraste avec le curriculum antérieur, influencé par la médecine française, dont les axes étaient l'anatomie et la pathologie. L'influence étasunienne est présente dès l'examen d'admission où les mathématiques et l'anglais sont des composantes principales. Puis, pendant le cursus, la biologie est la principale composante du cycle d'introduction à la médecine. Ensuite, à l'intérieur de cette composante, la physiologie¹²⁷, l'anatomie¹²⁸ et l'histologie¹²⁹ sont les disciplines les plus importantes, ayant le double de crédits. Dans les trois cas, la microbiologie est abordée

¹²⁵ Ce phénomène a été dénoncé par les représentants colombiens de l'école de la détermination sociale de la santé.

¹²⁶ Cette idée sera développée dans le chapitre III.

¹²⁷ Cette discipline se compose de huit crédits.

¹²⁸ Cette discipline se compose de cinq crédits.

¹²⁹ Cette discipline se compose de cinq crédits.

comme la clé d'interprétation du corps dans chacune des disciplines. Dans les autres composantes de ce cycle, la plupart des disciplines ont en moyenne deux crédits, à exception de la pharmacologie qui en a sept. Dans le cycle suivant de formation, celui qui accompagne la clinique, la biochimie clinique¹³⁰ et la pathologie spéciale¹³¹ sont les plus importantes ayant le double de cours alloués. La première approche des étudiants du corps souffrant se fait dans le cycle de clinique où la médecine interne (avec trois fois plus de crédits que les autres) est la discipline la plus importante. Les étudiants sont obligés d'avoir certains prérequis pour accéder à ce cycle et avoir accès aux gens : pathologie spéciale, parasitologie, microbiologie, pharmacologie et immunologie. Toutes ces disciplines sont focalisées sur les parties du corps où la médecine n'a accès que par intermédiation des appareils provenant de l'industrie médicale : l'intérieur et le microscopique. Le deuxième et ultime cycle clinique comprend les trois disciplines avec le plus de crédits : pédiatrie, chirurgie, gynécologie et obstétrique. Un autre aspect parlant c'est le fait que ce sont les connaissances sur les gènes qui constituent le savoir censé encadrer l'interaction entre l'institution médicale et les enfants, car le prérequis en pédiatrie est uniquement la génétique.

La circulation globale des idées sur le corps souffrant et la géopolitique du début du XX^e siècle en Amérique latine

« Los ricos se creen ingleses, la *clase media* se cree *gringa*, los *intelectuales* se creen *franceses* y los *pobres* se creen *mexicanos*¹³² » Jaime Garzon

Grâce à leurs régions au climat tempéré et au discours francocentrique sur le corps souffrant, l'Argentine et le Brésil ont été les principaux récepteurs de migrants européens dans la région pendant le XIX^e et le XX^e siècle. Les deux autres pays de l'Amérique latine les plus visibles pour le regard eurocentré, le Pérou et le Mexique, n'ont pas eu une migration européenne aussi importante pendant la même période. Toutefois, ces deux derniers pays

¹³⁰ Cette discipline se compose de quatre crédits.

¹³¹ Cette discipline se compose de sept crédits.

¹³² « Les riches se croient des Anglais, la classe moyenne se croit *gringa*, les intellectuels se croient Français et les pauvres se croient Mexicains. »

avaient hérité de l'époque de l'administration espagnole une importance régionale majeure qui s'est concrétisée par une implantation accrue de l'Europe à travers des universités et des écoles, entre autres institutions (Beorlegui, 2008, p. 138). Au début du XX^e siècle, l'Europe était « corporellement » présente surtout en Argentine et au Brésil, mais institutionnellement elle était aussi présente au Mexique et au Pérou. Ce chapitre se focalise sur l'analyse du cas du Mexique et de l'Argentine. Ces deux pays sont ceux qui ont eu les liens les plus forts avec l'Europe mais aussi ceux qui ont produit des versions latino-américaines du discours eugéniste. Une indépendance intellectuelle qui émerge donc justement dans les deux pays de la région qui ont eu, à un moment ou un autre, les liens les plus directs avec l'Europe. D'abord le Mexique par rapport à Espagne et ensuite l'Argentine par rapport à la France.

Le fragment suivant illustre comment, malgré la position privilégiée de l'Argentine et du Brésil par rapport à la Colombie, leur insertion aux flux de savoirs et à l'audibilité est clairement subalterne par rapport aux pays métropolitains. Cependant, le seul fait d'exister pour ce regard définit un privilège par rapport aux autres pays de la région :

« Appelé à me rendre en Argentine, en 1936, au Congrès du Pen Club de Buenos Aires, je fus aussi invité à visiter en même temps le Brésil. Je n'en attendais rien de très particulier. Je me faisais du Brésil la représentation moyenne et dédaigneuse des Européens et des Américains du Nord, que je m'efforce à présent de reconstituer : une de ces Républiques sud-américaines qu'on ne distingue pas très exactement l'une de l'autre, *au climat chaud et malsain*¹³³, dont la politique est troublée et dont les finances sont désolées, l'administration déficiente, dont seules les villes côtières sont à demi civilisées, mais aux beaux paysages et avec de nombreuses possibilités inutilisées – en somme, un pays pour émigrants désespérés ou pour colons, mais dont on ne pouvait à aucun titre attendre une impulsion pour l'esprit¹³⁴ » (Zweig, 2002, p. 19).

¹³³ C'est moi qui souligne.

¹³⁴ C'est moi qui souligne.

L'analyse que fait Stefan Zweig sur son propre regard permet d'illustrer les logiques qui sont derrière les directions de circulation des idées dans le monde pendant la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle et qui se reflètent dans la construction du corps souffrant en Colombie. Il y a des pays dont on peut s'attendre à une *impulsion pour l'esprit* et d'autres pas. On voit dans ce regard comment l'Argentine et le Brésil incarnent le cliché sur l'Amérique latine qu'un regard eurocentré peut avoir au début du XX^e siècle. Et qui n'a pas significativement changé jusqu'à nos jours¹³⁵. Ce regard n'attribue pas à la région la capacité de produire des idées susceptibles d'atteindre l'échelle universelle. Au meilleur des cas, elle serait capable de les recevoir. Pourtant, malgré les connotations plutôt négatives et exotisantes que suscitent ces deux pays, à la différence des autres pays de la région, l'Argentine et le Brésil existent dans l'imaginaire européen suffisamment pour devenir le paramètre de ce qui est l'*Amérique latine*. Ces deux pays sont ceux avec la présence européenne la plus forte dans la région car la migration a été encouragée, avec succès, par les élites locales à la fin du XIX^e et pendant la première moitié du XX^e par des politiques eugénistes. Pendant la fin du XIX^e et le début du XX^e, la migration européenne se concentre dans les zones de l'Amérique latine où, d'après le discours médical hégémonique, les climats étaient les plus propices, c'est-à-dire comportant le moins de risque de dégénérescence du corps et donc de la race¹³⁶. On observe

¹³⁵ Cela est également évident dans le texte de l'historien anglais D. A. Brading sur l'Amérique latine. Ceci illustre comment la région est vue par un regard eurocentré : "Por un lado, por supuesto, la geografía se combinó con la historia para predeterminar gran parte de esta divergencia. Como podría Buenos Aires, con sus extensas pampas habitadas por salvajes, compararse con la región de los Andes, cuna de varios ciclos de cultura indígena? Menos predecible aún era la divergencia entre Nueva España y el Perú, hecho muy aparente para la mayoría de los observadores del siglo XVIII. En ambos países y casi en el mismo periodo, la cultura indígena altamente desarrollada fue colonizada y transformada por la conquista española. Con este paralelo humano tan cercano, ¿cómo podemos explicarnos el contraste en su evolución colonial? Resulta claro que sería fácil invocar el determinismo geográfico y apelar a las grandes diferencias en la altitud, clima y terreno de los dos países" (Brading, 1971, p. 101).

Ce fragment fait partie d'un article publié par l'historien anglais en 1971. D'un côté, on peut voir comment l'Amérique latine paraît pouvoir être résumée à l'Argentine, au Mexique et au Pérou. D'un autre côté, on voit comment la visibilité du Pérou et du Mexique est liée à leur reconnaissance comme berceaux des civilisations indigènes, par contraste à d'autres pays de la région où il y a eu des « sauvages ». En ce qui concerne l'Argentine, l'auteur se limite à signaler son manque d'héritage civilisé par contraste aux deux autres pays. Pourtant, le simple fait que l'auteur considère ce pays et non un quelconque autre de la région montre qu'au XX^e siècle l'Argentine avait une visibilité privilégiée.

¹³⁶ À l'exception de Cuba.

dans ces pays une distribution de la population en accord avec les théories hégémoniques sur le corps souffrant car la population blanche se place dans les régions au climat tempéré.

La plupart de la littérature sur l'Amérique latine étudie les flux migratoires européens en séparant l'analyse par pays et, en plus, se focalise sur la question de l'influence de la migration sur le commerce et l'industrialisation¹³⁷. À son tour, la littérature qui analyse le phénomène de la migration du point de vue de la construction des hégémonies coloniales locales ne fait pas non plus le lien entre les directions que prennent les flux migratoires et les discours médicaux hégémoniques de l'époque¹³⁸. Malgré son absence dans la littérature sur l'immigration européenne dans la région, l'influence des théories médicales dans la structuration des rapports coloniaux entre les pays de la région est marquante.

L'Argentine et le Brésil ont reçu environ 78.5% de la migration européenne vers la région. Pour la plupart, il s'agissait de migrants d'origine espagnole, italienne et portugaise (Gutiérrez, 1989, p. 65) qui s'installent dans les régions de ces pays les plus au Sud, les plus éloignées du tropique et les plus froides. Cette migration s'inscrit dans les politiques de « modernisation et progrès » appliquées dans la région à l'époque, liées aux politiques eugéniques dont l'épicentre était l'Europe. Les pays latino-américains, une fois libres de l'administration coloniale espagnole et portugaise, cherchaient à se consolider comme des pays indépendants en « civilisant » leurs territoires via l'importation de corps « biologiquement » susceptibles d'être civilisables. Avec le but d'améliorer la « race nationale » et ayant des régions avec un climat tempéré, ce sont surtout le Brésil et l'Argentine qui ont eu du succès en attirant la migration des gens de « race européenne » qui cherchaient à s'échapper de la pauvreté dans leurs pays d'origine.

Le lien entre le discours médical, la construction d'hégémonies et les flux migratoires apparaît clairement dans les discours des patriotes argentins. Malgré le manque de

¹³⁷ Voir par exemple : (Esteban, 2003; Gutiérrez, 1989; Lattes, 1987; Richard-Jorba, 2004).

¹³⁸ Voir par exemple : (Floria, 1999; Podgorny, 1997).

littérature spécifique à partir de sources primaires et secondaires, on peut constater que l'emplacement des populations européennes dans les régions le plus au Sud était lié aux théories médicales modernes. Les fragments suivants illustrent pour le cas de l'Argentine comment ces théories, loin d'être étrangères au contexte local, étaient la référence pour les politiciens dès la fin du XIX^e siècle. En mettant en relation le climat, le progrès et la liberté, Juan Bautista Alberdi (l'auteur intellectuel de la constitution argentine de 1853, toujours en vigueur, malgré plusieurs révisions) écrivait en 1852 sa proposition sur ce qui devait fonder l'organisation politique de l'Argentine : « Nous voulons planter et acclimater en Amérique la liberté anglaise, la culture française, l'ardeur au travail de l'homme d'Europe et des États-Unis ? Apportons en des morceaux vivants dans les coutumes de leurs habitants et faisons-les s'enraciner ici.¹³⁹ » (Donghi, 1980, p. 101). Dans le texte, il fait une comparaison entre les plantes et les gens, ce qui était cohérent avec la médecine impériale dont l'épicentre se trouvait en France et en Angleterre. On voit comment pour l'auteur il existe une relation naturelle entre la liberté et le progrès désirés comme fondement de la République argentine et les gens produits par le climat européen : « La liberté est une machine, et comme la machine à vapeur, elle requiert pour son usage des machinistes anglais d'origine. Sans la coopération de cette race il est impossible d'acclimater la liberté et le progrès matériel où que l'on soit »¹⁴⁰ (Donghi, 1980, p. 118). Dans ce fragment de texte, la race est la colonne vertébrale de sa proposition. Avec le présupposé que la race est un produit du climat, il propose de transplanter ce qu'il considère comme étant des produits du bon climat pour les faire pousser en Argentine. Ce type de raisonnement est complètement cohérent avec la distribution des migrants européens vers les régions argentines les plus éloignées du tropique, ce qui à son tour est complètement cohérent avec la médecine impériale du XIX^e. Quelques années plus tard, en 1875, Alvaro Barros écrivait un rapport sur l'état des finances de la République argentine où, en utilisant la même logique qu'Alberdi, il définissait le climat

¹³⁹ Texte original : « ¿Queremos plantar y aclimatar en América la libertad inglesa, la cultura francesa, la laboriosidad del hombre de Europa y de Estados Unidos? Traigamos pedazos vivos de ellas en las costumbres de sus habitantes y radiquémoslas aquí ».

¹⁴⁰ Texte original : « La libertad es una máquina, que como el vapor requiere para su manejo maquinistas ingleses de origen. Sin la cooperación de esa raza es imposible aclimatar la libertad y el progreso material en ninguna parte ».

comme un facteur nécessaire pour le progrès : « Mais notre pays, par son climat, par la qualité et l'étendue de ses terres, est à égalité avec les meilleurs du monde¹⁴¹ » (Donghi, 1980, p. 390).

Avec les mêmes théories médicales naturalisées dans un discours politique, le politicien José Hernández (auteur du poème *Martin Fierro*, considéré comme la plus importante œuvre littéraire des gauchos, les colons du sud argentin), écrivait : « Soient les bienvenus ces travailleurs du progrès. L'immigrant trouve ici un territoire fertile, un climat doux, des produits précieux, une législation libérale, un trésor public généreux et un tempérament comme celui du peuple argentin, sans trop d'inquiétudes, ni fanatismes acharnés ni cette résistance native contre l'étranger si commune en d'autres lieux¹⁴² » (Donghi, 1980, p. 454). Puis, en 1881, dans l'introduction du livre « *Instrucción del estanciero* », Hernandez continuait à naturaliser la relation entre le climat et la possibilité de progrès de la région : « Ainsi, donc, si la situation géographique de la province, son sol, son climat, ses riches récoltes, ses conditions économiques, ses institutions politiques et son caractère social forment un ensemble harmonieux de circonstances favorables, s'il existe la volonté de tous, pourquoi devrions-nous douter du progrès, et d'un progrès très rapide et durable ? [...] Nulle part ailleurs dans la vaste étendue de l'Amérique du Sud il n'existe une autre région qui possède l'ensemble des conditions avantageuses qu'offre Buenos Aires pour le progrès de l'industrie pastorale. Il y a des champs abondants, sains et fertiles, sans fléaux mortifères et sans causes permanentes d'épidémies. Toute une variété de pâturages propices à l'élevage bovin, ovin et chevalin ; pâturages qui produisent en abondance de la viande, de la laine fine et du cuir d'excellente qualité. Il y a des terres où l'agriculture prospère à merveille. Ses eaux sont exquis. Son climat est tempéré, doux et sain.¹⁴³ » (Donghi, 1980, pp. 478, 479, 480).

¹⁴¹ Texte original : « Pero nuestro país, por su clima, por la calidad y extensión de su suelo, está a la par del primero del globo ».

¹⁴² Texte original : « Bienvenidos sean esos obreros del progreso. El inmigrante encuentra aquí un territorio fértil, un clima benigno, una producción valiosa, una legislación liberal, un erario generoso y una índole como es la del pueblo argentino, que no tiene grandes preocupaciones, ni fanatismos arraigados, ni esa resistencia nativa contra el extranjero tan común en otras partes ».

¹⁴³ Texte original : « Así, pues, si la situación geográfica de la provincia, su suelo, su clima, sus valiosas producciones, sus condiciones económicas, sus instituciones políticas y su carácter social forman un conjunto

De façon similaire, dans son texte « Colonias formadas con los hijos del país », Hernandez proposait de présenter le climat comme une partie des attraits de l'Argentine pour les potentiels migrants européens, prévoyant qu'ils puissent avoir des réticences par rapport au climat malsain du Sud, associé aux tropiques : « Depuis 25 ans la République argentine s'est attelée à la tâche de fonder des colonies agricoles, encourageant à cet effet l'immigration étrangère et en envoyant en Europe des agents de propagande pour faire connaître le pays, son climat, sa terre, ses produits, ses institutions et son régime administratif. Les lois qu'elle a adoptées offrent au colon étranger de nombreux attraits et des avantages considérables. Il y a dans la République des milliers et des milliers de colons étrangers qui sont venus et s'y sont établis en profitant de ces bénéfices. N'allez pas croire pour autant que nous regardons avec méfiance envers l'élément étranger, non ; bien au contraire, nous connaissons son influence sur le progrès social, et si le pays pouvait leur offrir des bénéfices encore plus grands, nous croyons qu'il devrait le faire, pour accélérer les profitables travaux de colonisation.¹⁴⁴ » (Donghi, 1980, p. 454).

Presque 30 ans après que la constitution d'Alberdi a été promulguée, le 12 octobre 1880, le général Julio A. Roca, dans son discours d'investiture à la présidence devant le Congrès argentin, invoquait encore le climat du pays, qu'il juge privilégié, comme source d'une position hégémonique naturelle de l'Argentine sur le reste de l'Amérique latine :

armonioso de circunstancias favorables, si existe en todos la voluntad, ¿por qué podremos dudar del progreso, y de un progreso muy rápido y muy sólido? [...] En toda la vasta extensión de América del Sur no hay una región que posea el conjunto de condiciones ventajosas que tiene Buenos Aires para el progreso de la industria pastoril. Tiene campos abundantes, sanos y fértiles, sin plagas mortíferas, ni causas permanentes de epidemia. Variedad de pastos propios para la cría del ganado vacuno, lanar y caballar; pastos que producen en abundancia carnes, lanas finas y cueros de excelente calidad. Tiene tierras en que la agricultura puede prosperar magníficamente. Sus aguas son exquisitas. Su clima es suave, benigno y saludable. »

¹⁴⁴ Texte original : « Hace veinticinco años que la República Argentina emprendió la tarea de fundar colonias agrícolas, fomentando al efecto la inmigración extranjera y enviando a Europa agentes de propaganda que hicieran conocer el país, su clima, su suelo, sus productos, sus instituciones y su régimen administrativo. Las leyes que ha dictado ofrecen al colono extranjero grandes atractivos y ventajas considerables. Miles y miles de colonos extranjeros hay en la República, que han venido y se han establecido gozando de estos beneficios. No se crea por esto que miramos con prevención al elemento extranjero, no; muy lejos de eso: conocemos su influencia en el progreso social, y si el país pudiera ofrecerle mayores beneficios, creemos que debería hacerlo, para acelerar la provechosa obra de la colonización. »

« Pour des peuples jeunes et pleins de vie comme le nôtre, lorsque la vaste étendue de ses territoires et la générosité de ses institutions sont complétées par la terre fertile et un climat privilégié, on ne doit pas s'étonner de ces prodiges qui, dans des circonstances similaires, se sont souvent produits dans l'histoire des sociétés humaines. Nous sommes l'épure d'une grande nation, destinée à exercer une puissante influence sur la civilisation de l'Amérique et du monde ; mais pour réussir à réaliser et achever ce projet jusqu'à la perfection des détails, il faut s'engager d'un pas ferme sur le chemin de la vie bien ordonnée d'un peuple, constitué à l'image de ceux que l'on s'est donnés comme modèle ; autrement dit, il nous faut une paix durable, un ordre stable et la liberté permanente.¹⁴⁵ » (Donghi, 1980, pp. 489-490).

Les discours des nationalistes *criollos* argentins ne mentionnent pas explicitement des similitudes entre le climat du Sud de l'Argentine et le climat européen. Pourtant, le climat est constamment invoqué, accompagné des adjectifs « doux » et « sain ». D'après les discours médicaux de l'époque, le paramètre du climat sain est le climat européen tempéré, construit par opposition au climat tropical des colonies. La mention constante des élites du climat tempéré argentin est un exemple des stratégies de légitimation des élites de leur propre pouvoir : reprendre et valoriser les éléments du discours européen pouvant construire des similitudes entre eux et l'Europe.

Tel qu'il était importé dans la région depuis les écoles de médecine françaises, le corps souffrant donnait une importance majeure au climat pour définir le pathologique, voire l'infériorité intrinsèque à certains corps. Dans cette logique, un climat malsain construit des corps malsains, voire racialisés. Cette logique rend impossible la civilisation aux tropiques et donc l'existence des humains sains-civilisés dans les endroits où le climat n'est pas sain. Cela

¹⁴⁵ Texte original : « A pueblos jóvenes y llenos de vida como el nuestro, cuando a su vasta extensión de territorio y a la liberalidad de sus instituciones, se unen la tierra fértil y un clima privilegiado, no deben causar admiración estos prodigios que, en condiciones iguales, se han repetido con frecuencia en la historia de las sociedades humanas. Somos la traza de una gran nación, destinada a ejercer una poderosa influencia en la civilización de la América y del mundo; pero para alcanzar a realizar y completar el cuadro con la perfección de los detalles, es menester entrar con paso firme en el carril de la vida regular de un pueblo, constituido a semejanza de los que nos hemos propuesto como modelo; es decir, necesitamos paz duradera, orden estable y libertad permanente ».

marque une énorme rupture par rapport au modèle espagnol en ce qui concerne les Amérindiens et les Noirs habitant aux tropiques. Gardant beaucoup de continuités avec le modèle colonial espagnol, le modèle francocentrique est encore plus radical sur les conditions pour accorder de la valeur à la vie des gens. Dans la perspective médicale française, un corps produit par un climat malsain ne peut se civiliser à travers des institutions car les institutions ne peuvent pas altérer la « biologie ». Cela explique l'intérêt des élites *criollas* argentines de construire une ressemblance en termes de climat avec l'Europe.

En ce qui concerne l'autre pôle de créativité intellectuelle, le Mexique, la médecine française a été la référence par excellence de l'intellectualité mexicaine et notamment de la médecine pendant le XIX^e et au début du XX^e siècle, comme pour le reste du monde moderne (Agostoni, 2002; Estrada Urroz, 2006; Flores, 1888). Cette influence est bien illustrée par les publicités de l'État mexicain qui visent à attirer des migrant-e-s vers la fin du XIX^e. L'extrait suivant de la presse italienne montre que l'argument sanitaire lié au climat était aussi présent dans les discours des élites mexicaines :

« Bien qu'on trouve dans ces régions [tropicales] toutes sortes de fruits, ce n'est pas ici que doit s'établir le colon européen, parce que la chaleur et l'humidité ne correspondent pas à son tempérament. Mais les régions tempérées sont décrites comme un véritable paradis car il y règne une perpétuelle douceur printanière.¹⁴⁶ » (Martínez Rodríguez, 2010).

La façon dont ces discours font référence au climat montre jusqu'à quel point la Vérité médicale est présente comme une sorte de sens commun chez les élites. Dans le développement de ces discours, l'importance politique du climat est très souvent présentée sans même que cela nécessite des arguments visant à démontrer ce lien. En effet, le lien entre climat et civilisation est traité comme du sens commun. Ce fragment fait partie de la

¹⁴⁶ Texte original : « Aunque en estas zonas [tropicales] se dan todo tipo de frutos, no es aquí donde debe establecerse el colono europeo, porque la temperatura caliente y húmeda no corresponde a su temperamento. Pero las tierras templadas se describen como un verdadero paraíso porque en ellas reina una continua dulzura primaveral ».

campagne du gouvernement mexicain en association avec le gouvernement italien pour encourager la migration au Mexique à la fin du XIX^e siècle. Le contenu choisi pour cette publicité illustre comment l'argument sanitaire francocentrique faisait partie du sens commun chez les élites mexicaines, italiennes et chez les gens du commun à qui la publicité s'adressait. Cette même approche médicale ne privilégiait pas la géographie mexicaine. Par exemple, à la même époque de la publicité mexicaine en Italie, un écrivain français affirmait par rapport au Mexique : «... il faut une vraie dose de courage pour y vivre, avec un climat malsain...» (De Sainte-Croix, 1897, p. 270). Le bon sens indiquait que vivre dans un climat non tempéré était dangereux pour la santé et le Mexique était un exemple de climat malsain. Cela explique probablement en partie l'échec des politiques d'attraction des migrants européens au Mexique.

Les discours des élites mexicaines et argentines ont eu un même horizon de sens, malgré les différences dans la possibilité de s'en servir pour agencer une place privilégiée dans la géopolitique régionale. Dans les deux cas, les discours des politiciens expriment un regard qui conditionne la possibilité de développement des institutions nécessaires pour faire partie du monde moderne à un climat sain. Les discours argentins et mexicains ont en commun le fait de construire comme *naturelle* une relation entre les institutions libérales, la fertilité de la terre, le progrès et le climat sain. Comprenant par « sain » un climat proche de celui de l'Europe et éloigné de celui des tropiques. Si ces discours ne font pas des références explicites au climat tempéré européen, ils essayent pourtant de montrer leur propre climat comme étant tempéré, pour construire une proximité légitimatrice avec l'Europe. Cette intention est particulièrement évidente dans le cas des *patriotes* argentins.

Au contraire de l'Argentine, les vice-royautés du Pérou et principalement celle de la Nouvelle Espagne ont été les deux plus importantes pendant l'administration coloniale de l'Amérique latine sous l'Empire espagnol. Les villes de Lima et de Mexico respectivement ont été ses principales villes administratives. Depuis les indépendances de l'Empire espagnol et la formation des États indépendants, le Pérou et surtout le Mexique ont continué à être des

points de repère sur l'Amérique latine pour l'Europe. Mais, à la différence de l'Argentine, et malgré leur rôle central à l'époque de l'Empire espagnol, le climat jugé peu favorable à la civilisation et à la présence et/ou immigration des corps blancs ont contribué à réduire l'importance du Mexique et du Pérou dans la nouvelle géopolitique. Ce sont donc le Brésil et particulièrement l'Argentine qui deviennent les nouveaux pôles de l'influence impériale européenne dans la région. Néanmoins, le Mexique maintient un rôle majeur dans la géopolitique grâce aux connexions avec l'Europe et les autres pays de la région qu'il a héritées de la période hispanique. D'une certaine façon, ces pays sont devenus des épicentres impériaux en tant que représentants de l'Europe hors l'Europe. D'ailleurs, le Mexique actuel s'appelait la Nouvelle Espagne pendant l'administration espagnole et la capitale argentine a été connue au XX^e siècle par le surnom de Paris latino-américain.

L'autonomie intellectuelle du Mexique et de l'Argentine est inséparable de leurs positions géopolitiques privilégiées, ce qui à son tour est déterminé par la proximité de ces pays aux critères eurocentrés de reconnaissance d'une civilisation. La place privilégiée de ces pays est liée à leur place dans la géopolitique par rapport aux mécanismes de classification de la valeur de la vie : espagnol, pour le cas du Mexique, et puis français, pour le cas de l'Argentine. Le corps souffrant produit par l'Empire espagnol et ensuite par l'Empire français a constitué un cadre qui a rendu intelligible le Mexique et l'Argentine comme des territoires privilégiés pour bercer l'Europe hors l'Europe. Tel qu'il a été expliqué auparavant, son climat a permis à l'Argentine d'être identifiable comme un territoire capable de produire des corps sains, voire civilisés. En ce qui concerne le Mexique, les premiers imaginaires des Européens sur les terres envahies correspondent aux cultures mésoaméricaines et andines (Figueroa, 2016, Capítulo II). Les peuples indigènes les plus nombreux, habitant l'actuel Mexique et l'actuel Pérou, avaient des cultures qui ont été identifiées comme des civilisations par le regard d'un conquéreur qui rendait intelligible le nouveau monde à travers l'analogie avec les repères de sa propre culture (Elliott, 2015). Le Mexique en particulier a constitué un repère majeur pour le regard eurocentré sur l'Amérique dès le début des rapports coloniaux entre l'Amérique latine et l'Europe. Les mines d'argent de la vice-royauté de la Nouvelle Espagne lui ont donné

une grande importance régionale (Brading, 1971). D'ailleurs, la vice-royauté de la Nouvelle Espagne a été la première à être fondée et c'est à partir de là que toutes les autres se sont développées. Par conséquent, cette vice-royauté a été particulièrement centrale pour la construction et l'expansion de la civilisation eurocentrée dans la région¹⁴⁷. En effet, l'expérience de la conquête de l'actuel Mexique est devenue la base de la construction de « l'autre » moderne (Elliott, 2015). Le point inaugural de cette construction a été la dispute entre les théologiens espagnols du XVI^e siècle Ginés de Sepúlveda et les frères dominicains Francisco de Vitoria et Bartolomé de las Casas (épisode généralement appelé la *controverse de Valladolid*). Leurs disputes publiques ont apporté les bases de l'ontologie moderne car leurs arguments ont défini une échelle pour mesurer la valeur de la vie des gens (Muñoz, 2014). La conclusion de ces débats a été que ce qui rend une personne un humain c'est d'avoir ou non une âme, c'est-à-dire être évangélisable ou pas. Au fond de cette logique se trouve la question de déterminer quels corps sont susceptibles de devenir des humains, sous condition d'être civilisés ; quels corps sont normaux et lesquels sont essentiellement défectueux. Étant donné que la santé de l'âme était prioritaire sur la santé du corps terrestre, avoir un corps avec une âme évangélisée signifiait avoir un corps sain, par opposition à ceux essentiellement souffrants qui soit n'avaient pas d'âme, soit leur âme n'était pas évangélisée. Dans cette logique impériale, les gens blancs avaient une âme et étaient catholiques, donc civilisés et pleinement humains ; les gens amérindiens avaient une âme mais n'étant pas catholiques, ils n'étaient pas civilisés, mais ils avaient donc une humanité en puissance. Finalement, les gens noirs n'ayant pas d'âme, ne pouvaient pas être catéchisés, donc l'humanisation leur était niée. Cette logique a eu un énorme impact sur la façon dont les logiques coloniales ont pris forme et se sont institutionnalisées dans la région. Une fois que l'Empire espagnol a reconnu que les gens amérindiens avaient une âme, l'administration coloniale leur a concédé des privilèges par rapport à la situation des peuples noirs. Cela a

¹⁴⁷ Les premières écoles et universités ouvertes pendant la juridiction de la monarchie espagnole ont été fondées dans les villes de Mexico et de Lima. C'est également à Mexico qu'on a ouvert la première imprimerie et le premier hôpital. D'ailleurs, la vice-royauté de la Nouvelle Espagne a été la destination préférée des Espagnols dès le début de la conquête et jusqu'à la fin de la période coloniale (Domínguez, 1999, p. 165; Macías, 1995, p. 162; Márquez, 1993, p. 246). Ce n'est donc pas étonnant que le Mexique ait été dès le début un épice centre impérial de la région.

signifié un certain degré d'assimilation des élites indigènes dans l'administration et les privilèges coloniaux. Pourtant, tous les *Indios* n'ont pas été considérés comme étant évangélisables, voire civilisables sur un même pied d'égalité, selon le degré d'identification des conquéreurs avec les différents peuples indigènes. Par exemple, vers le XVI^e siècle, l'Empire espagnol avait déjà fondé dans la Nouvelle Espagne des écoles et une université, dédiées aux enfants des élites des peuples envahis au Mexique, tandis que dans le territoire de l'actuelle Colombie les indigènes de l'Amazonie, étendue considéré par les jésuites comme difficile pour l'évangélisation, étaient assimilés à des peuples particulièrement barbares (Castro-Gómez, 2005, l. 3439). Les peuples mexicains étaient évangélisables, tandis que les peuples de l'Amazonie en étaient essentiellement incapables, donc irrémédiablement barbares. Sans nier l'importance économique du Mexique pour l'Empire, c'est aussi vrai que cette échelle impériale de validation de la capacité des différentes personnes à être humanisées, à travers des institutions européennes, explique pourquoi les institutions, dont les universités, ont émergé d'abord au Mexique.

Le Mexique a construit des stratégies différentes de celles de l'Argentine pour s'insérer dans l'organisation géopolitique du début du XX^e siècle qui ne lui donne plus un caractère particulièrement civilisé. Le discours nationaliste mexicain, de même que le péruvien, a fait appel à l'héritage des peuples amérindiens, définis comme civilisés par un regard eurocentré. Étant donné le relatif échec mexicain à attirer des migrants européens et compte tenu de la révolution mexicaine, le mythe fondateur de la nation mexicaine ne s'est pas construit sur l'héritage génétique européen mais, au contraire, les élites intellectuelles ont cherché à mettre en valeur l'héritage des « civilisations » d'avant la conquête¹⁴⁸ tout en ignorant complètement les peuples non blancs du présent. Au contraire du cas du Mexique, en Argentine (où il n'y a pas eu des peuples reconnus par des critères eurocentrés comme des civilisations) les patriotes n'ont pas utilisé le passé préhispanique comme intrant pour le nationalisme. Néanmoins, grâce à son climat, et donc à la disponibilité de corps « sains »,

¹⁴⁸ Cependant, malgré la revendication de l'héritage des peuples indigènes d'avant la conquête dans la construction de la nation, on n'a pas cherché à modifier le racisme intrinsèque à l'organisation coloniale de la vie sociale (López Caballero, 2012, Capítulo Introduction).

l'Argentine pouvait bénéficier du discours médical francocentrique hégémonique pour se construire un mythe de nation latino-américaine qui l'approchait « biologiquement » de la civilisation européenne. En profitant chacun de ce qui les rapproche le plus de l'Europe, l'Argentine a fait émerger le modèle du blanchiment physique, tandis que le Mexique a développé le modèle du blanchiment culturel. Les élites mexicaines ont scientifié le mécanisme de métissage blanchissant (auparavant justifié par l'argument religieux de l'évangélisation des âmes) sans rentrer en contradiction avec l'eugénisme. Ce mécanisme était d'ailleurs un héritage de la période d'influence espagnole car la reconnaissance de l'âme chez les *Indios* était dans la pratique une reconnaissance d'humanité conditionnée par le blanchiment culturel à travers les institutions évangélisatrices du type catéchisme, *encomienda*, école, université, etc. Bref, le nationalisme mexicain s'est servi du passé préhispanique et a actualisé aux logiques scientifiques l'expérience héritée de l'évangélisation de l'Empire espagnol pour maintenir la possibilité de construire des corps sains, voire civilisés, à travers les institutions indépendamment de la disponibilité de corps blancs.

Le concept « race cosmique » (*raza cosmica*), formulé par l'intellectuel mexicain José Vasconcelos Calderón, est un bon exemple de la créativité collective des élites intellectuelles mexicaines pour faire muter le discours hégémonique sur le corps souffrant en leur faveur (Vasconcelos, 2014). D'après lui, le futur de la civilisation universelle résiderait dans le métissage de toutes les races. Ce mélange allait produire une nouvelle ère de la civilisation humaine qui serait guidée par l'Amérique latine. Or, les caractéristiques attribuées à ce mélange de races sont en réalité la consolidation de l'hégémonie du modèle de monde eurocentré. Cette proposition de métissage est au fond une proposition de génocide mais qui, à la différence du modèle argentin, ne cherche pas à anéantir la diversité corporelle, mais culturelle.

La Colombie n'avait ni un passé reconnaissable comme civilisé par un regard eurocentré ni un climat sain adéquat pour « bercer » la civilisation. Tandis que le Mexique a adopté des

éléments coloniaux venant de l'époque de l'administration impériale espagnole qui l'avait privilégié, l'Argentine a adopté les logiques laïques venant de l'Europe impériale du XIX^e siècle qui la privilégiait dans le nouvel ordre géopolitique. À la différence du Mexique et de l'Argentine, la Colombie n'avait pas de liens privilégiés avec l'Europe. Les critères hispaniques d'humanisation jugeaient les peuples de l'actuelle Colombie comme particulièrement difficiles à évangéliser, et les critères français jugeaient la Colombie comme particulièrement non salubre. Dans les deux cas, les corps habitant la Colombie étaient particulièrement défectueux, voire souffrants, selon les critères hégémoniques à chaque période. Ainsi donc, dès l'administration espagnole l'intégration doublement subalterne de la Colombie dans la géopolitique s'est justifiée par l'imperfection des corps des habitants selon les théories sur le corps souffrant en vigueur à chaque période.

La soumission intellectuelle, le corps souffrant et la géopolitique : le cas de la formation des nations métisses au début du XX^e siècle

L'évangélisation pendant l'administration espagnole a fait émerger une forte présence des institutions civilisatrices européennes au Mexique créant un lien fort entre ce pays et l'Europe. Tandis que dans le cas de l'Argentine c'est l'arrivée des migrants européens, entre la fin du XIX^e et le début du XX^e, attirés par le climat tempéré de ses territoires placés le plus au Sud qui a joué le même rôle. Indirectement, la visibilité régionale de ces pays est liée à la gestion du corps souffrant espagnole et puis française. Ce sont ces deux pays, où l'Europe avait été acclimatée à une époque ou une autre qui défient ouvertement les idées scientifiques hégémoniques. Le rôle doublement subalterne de la Colombie fait que si bien l'eugénisme est aussi adapté aux jeux d'intérêts locaux les intellectuels ne proposent pas de nouvelles théories ou de variations des existantes mais font passer ce qui en réalité sont des adaptations locales comme s'il s'agissait d'idées des auteurs des pays mieux placés géopolitiquement, notamment l'Argentine et la France.

Le Mexique d'un côté et l'Argentine de l'autre, ce sont les pays qui définissent les deux pôles scientifiques à partir d'où les élites des pays plus subalternes de la région ont construit leurs

mythes nationaux. Malgré les différences entre ces deux pays, leurs intellectuels ont démontré avoir une marge de manœuvre plus grande que d'autres pour adapter en leur faveur les idées produites par l'Europe car ce sont eux qui ont produit les deux versions régionales de l'eugénisme. Ces adaptations locales se sont traduites par l'émergence des deux modèles régionaux de construction de nation. Les intellectuels argentins ont construit la possibilité d'acclimater les corps civilisés dans le climat tempéré de l'hémisphère sud pour recréer l'Europe. Cette adaptation a fait émerger un modèle de nation basé sur le blanchiment du territoire à travers l'importation de migrants européens et le génocide physique des populations non blanches. De l'autre côté, les intellectuels mexicains ont adapté les mécanismes d'évangélisation qui opéraient dès l'époque de la colonisation espagnole au discours scientifique eugénique. Ainsi, le modèle de nation mexicain est basé sur le blanchiment des corps par des institutions et sur le génocide culturel que cela implique. L'émergence de ces adaptations justement dans les pays plus proches de l'Europe montre une relation entre la place géopolitique d'un pays et le degré d'accès des intellectuels à la possibilité d'insoumission face aux idées hégémoniques et donc à la possibilité d'adapter ces idées en fonction des intérêts locaux.

Dans le cas de la Colombie, sa place doublement subalterne a déterminé la stratégie de l'élite intellectuelle pour s'insérer dans le flux de Vérité impériale. L'élite intellectuelle colombienne a renoncé stratégiquement à l'originalité dans la construction et la gestion du corps souffrant. En effet, la soumission des élites locales est le produit de l'agencement stratégique de leur place dans la géopolitique globale afin de maintenir leurs propres privilèges et non le produit de la médiocrité intellectuelle, comme plusieurs historien-ne-s proposent¹⁴⁹.

¹⁴⁹ Quand l'historien colombien Jaime Jaramillo Uribe a publié en 1964 le livre « La pensée colombienne au XIX^e siècle » (Jaramillo Uribe, 1982), le scepticisme des intellectuels colombiens face à la pertinence de cet ouvrage était basé sur la conviction de l'inexistence de cette pensée (Cataño, 2017). Jusqu'à aujourd'hui, l'analyse de la production intellectuelle colombienne sous l'angle de la médiocrité et non de la soumission stratégique continue à être une constante (Voir (C. Fajardo, 2016)). Ceci est aussi l'opinion des intellectuels étrangers sur les intellectuels colombiens, tel que l'exemplifie la posture de la très influente historienne Aline Helg pour qui les intellectuels colombiens du début du XX^e se caractérisent par la médiocrité.

La plupart de la littérature sur l'eugénisme en Amérique latine signale qu'il y a eu deux modèles : le mexicain et l'argentin (Noguera, 2003). Cette littérature ne problématise pas les logiques coloniales qui gèrent la circulation globale des idées et qui font que ce soient justement l'Argentine et le Mexique les deux pays qui sont devenus les pôles de référence régionaux. De ce fait, tout l'enjeu de pouvoir lié aux rapports entre la géopolitique régionale, la circulation des idées sur le corps souffrant et l'autonomie des intellectuel-le-s de chaque pays reste inaperçu. Entre autres, cela passe sous silence le passage entre la gestion du corps souffrant hispanocentrique vers celle francocentrique. Prendre en compte ces liens change la perspective d'analyse du cas colombien.

La médecine colombienne du XX^e siècle a été fortement influencée par la médecine mexicaine et argentine. Pourtant, dans les documents scientifiques le Mexique est rarement mentionné, à la différence de l'Argentine qui est largement citée. Les textes des médecins colombiens ne reconnaissent pas le Mexique en tant que référence scientifique. Très peu des thèses de l'université Nacional font référence au Mexique en tant que producteur de médecine. Au contraire, le peu des références faites à la science médicale mexicaine la placent comme une productrice technique de données, avec lesquelles comparer la Colombie, mais non comme une productrice de savoir¹⁵⁰. Cependant, l'imbrication entre discours médical et politique qui a alimenté la construction de la nation dans les années 1930 a plus d'éléments en commun avec le modèle mexicain qu'avec celui argentin. C'est très illustratif le fait que plusieurs thèses de médecine entre les années 1920 et 1950 utilisent comme référence le médecin colombien Jorge Bejarano¹⁵¹, dont la pensée se développe dans le sillage de la théorie de l'anéantissement de la diversité culturelle (métissage culturel), tout en gardant l'Argentine comme référence scientifique majeure et en ignorant le Mexique.

¹⁵⁰ Voir par exemple : (Kraus, 1945; Madariaga, 1945).

¹⁵¹ Bejarano a été un intellectuel et politicien du Parti libéral très représentatif de l'hygiénisme en Colombie. Voir : (Ospina Ortiz, 2012).

En ce qui concerne les rapports entre la Colombie et la France comme référence scientifique principale et l'Argentine comme référence régionale, les extraits de thèses ci-après, couvrant la première moitié du XX^e, sont représentatifs de cette affirmation :

« L'Hygiène dans les quartiers ouvriers » de Jose Gaitan, publiée en 1915 :

« Pour rendre efficace l'obligation de désinfection des maisons là où l'hygiène l'exige, il est nécessaire que la Ville dispose d'un Office de désinfection, afin d'y procéder elle-même dans les foyers qui n'ont pas les moyens de se la payer. Cet Office doit également disposer d'une étuve pour la désinfection des vêtements et d'éléments présentant le risque de contagion. Le Docteur Roberto Franco a transmis il y a quelques années les plans de ce qui existe en Argentine à cette même fin.¹⁵² » (Gaitan Hurtado, 1915, pp. 12-13)

« Les nations réellement civilisées ne se sont pas contentées d'enseigner l'hygiène aux enfants à l'école, mais elles se chargent de veiller de façon plus directe sur leur santé. L'Argentine, en imitant l'Allemagne, qui est à l'avant-garde de la lutte anti-tuberculose et de la protection des classes ouvrières, a institué déjà les colonies de vacances, qui ont pour objet d'y amener, ne serait-ce qu'un mois par an, les enfants en âge scolaire qui ne peuvent sortir en plein air par leurs propres moyens, dans le but de les fortifier, en les faisant respirer un air plus pur et en les éloignant ainsi de la tuberculose. Nous savons qu'en ce qui nous concerne, si nous devons y arriver, nous ne le ferons que dans longtemps, quand auront été faits d'abord tant d'autres qui nous manquent au niveau élémentaire. Mais nous en avons fait mention afin de démontrer jusqu'où va le zèle de ces nations pour l'avenir de ceux qui devront constituer, un jour pas si lointain, leurs sociétés et leur richesse.¹⁵³ » (Gaitan Hurtado, 1915, p. 14).

« Contribution à la lutte antivénérienne et antisiphilitique à Bogota » de Francisco Navia Cifuentes, publiée en 1926 :

« C'est en Amérique que l'on a affronté ce problème de la manière la plus résolue et l'on a décrété la guerre à mort au plus terrible fléau qui ait frappé l'humanité ; toutes

¹⁵² Texte original : « Para hacer eficaz la obligación de la desinfección en las casas en que la higiene lo exige, es preciso que el Municipio posea una Oficina de Desinfección, con el fin de hacerlo por su cuenta en las habitaciones de los que no posean medios de costearla. Dicha oficina debe poseer también una estufa para la desinfección de ropas y elementos peligrosos para el contagio. El Doctor Roberto Franco envió hace algunos años al Municipio los planos de lo que con el mismo fin existe en la Argentina. »

¹⁵³ Texte original : « Las naciones realmente civilizadas no se han contentado con la enseñanza de la higiene a los niños de la escuela, sino que también se encargan de velar de manera más directa por su salud. La Argentina, imitando a Alemania, que en materia de lucha antituberculosa y de protección a las clases trabajadoras va a la vanguardia, ha establecido ya las colonias de vacaciones, que tienen por objeto llevar a ellas, siquiera un mes al año, a los niños de las escuelas que no pueden salir al campo con sus propios recursos, con el fin de robustecerlos, haciéndoles respirar aires más puros, alejándolos así de la tuberculosis. Comprendemos que nosotros, si hemos de llegar allá, lo haremos muy tarde cuando esté hecho mucho de lo elemental que nos falta. Pero hemos referido lo anterior con el fin de demostrar hasta dónde va el celo de esas naciones por el porvenir de los que han de constituir, en día no lejano, sus sociedades y su riqueza ».

ces jeunes républiques ont senti monter en leurs veines une vague de réaction contre certains préjugés ancestraux et ont travaillé courageusement pour en finir avec le mal qui ronge les entrailles des nations les plus vigoureuses et les réduit à de lamentables décombres, à de simples asiles de dégénérés, idiots ou criminels. La lutte contre les maladies vénériennes dans les pays sud-américains a été patronnée de manière philanthropique et louable par le docteur Emilio R. Coni. J'ai pris note, lors de son exposé devant le Second Congrès sud-américain de dermatologie et syphilographie célébré à Montevideo en 1921, des données suivantes : Argentine : la lutte antivénérienne y a été initiée de manière ample et méthodique par la Société de prophylaxie sanitaire et morale fondée par le docteur Emilio R. Coni en février 1907. Le travail entrepris par cette Société a été sans aucun doute le plus actif et scientifique que l'on ait fait en Amérique du Sud, mais pour ne pas nous attarder trop, énumérons uniquement les points les plus importants de cette campagne et qui pourraient s'appliquer chez nous, si nous avons la volonté de cette république sœur. La Société de prophylaxie a obtenu que la Direction d'assistance publique établisse dans la Casa Central et dans tous les hôpitaux et missions sanitaires municipales des dispensaires spécialisés dans les maladies vénériennes où l'on accorde gratuitement de l'assistance médicale et des médicaments. En ce qui concerne les campagnes d'information, le travail a été gigantesque ; outre le bulletin mensuel de la Société, ont vu le jour diverses publications d'éducation populaire, à savoir : diffusion à grande échelle de la version espagnole de l'opuscule du professeur Fournier intitulé "Pour nos fils quand ils auront 18 ans" ; avis aux futurs époux pour les informer sur les dangers des maladies vénériennes pour l'individu et sa descendance ; les instructions populaires rédigées par le professeur Fournier et un autre travail du même auteur qui démontre les dangers sociaux de la syphilis ; enfin, des instructions de prophylaxie individuelle pour être affichées dans les maisons closes.¹⁵⁴ » (Navia Cifuentes, 1926)

¹⁵⁴ Texte original : « Es en América donde se ha afrontado el problema de una manera más resuelta y se ha decretado guerra a muerte al más temible flagelo que haya azotado a la humanidad; todas estas repúblicas jóvenes han sentido en sus venas un oleaje de reacción contra ciertos prejuicios ancestrales y han trabajado valerosamente para acabar con el mal que corroe las entrañas de las más vigorosas naciones y las deja reducidas a escombros lamentables, a simples asilos de degenerados, idiotas o criminales. La lucha contra las enfermedades venéreas en los países suramericanos ha sido patrocinada de manera filantrópica y encomiable por el doctor Emilio R. Coni de cuya exposición ante el segundo Congreso Suramericano de Dermatología y Sifilografía celebrado en Montevideo en 1921 he tomado los siguientes datos: ARGENTINA La lucha antivenérea fue iniciada en la Argentina de manera amplia y metódica por la Sociedad de Profilaxis Sanitaria y Moral fundada por el doctor Emilio R. Coni en febrero de 1907. La labor desplegada por esta Sociedad ha sido sin duda alguna, la más activa y científica que se haya hecho en Sur América, pero no para extendernos demasiado, enumeraremos únicamente los puntos más importantes de esa campaña y que podrían tener aplicación entre nosotros, si tuviéramos la voluntad de esa república hermana. Consiguió la Sociedad de Profilaxis que la Dirección de Asistencia Pública estableciera en la Casa Central y en todos los hospitales y estaciones sanitarias municipales, dispensarios especiales para las enfermedades venéreas en los que se prestan gratuitamente asistencia médica y medicamentos. En cuanto a la propaganda la obra fue vastísima: Además del boletín mensual de la Sociedad, salieron a la luz diversas publicaciones de educación popular, a saber: difusión profusa de la versión española del opúsculo del profesor Fournier titulado « Para nuestros hijos cuando tengan 18 años »; aviso a los futuros cónyuges para hacerles conocer los peligros que para el individuo y su descendencia

La thèse « Radiopelvimétrie et anthropométrie » de Milciades Mogollon, publiée en 1942 :

« En résumé, les travaux anthropologiques sur les différences raciales entre les pelvis humains sont nombreux et les conclusions ne sont pas uniformes. En ce qui concerne les races des pays centre et sud-américains, il y a quelques études dont les conclusions, dans les grandes lignes, sont les suivantes : Gache affirme que le pelvis de la République argentine est plus ou moins normal, tandis que le pelvis mexicain est de type infundibulaire et présente des imperfections de développement d'évolution. Noruega et Gutierrez concluent que le pelvis de la femme mexicaine est beaucoup plus petit que le pelvis européen, tant pour le détroit supérieur que pour l'inférieur. Quant à la Colombie, il semble que notre anatomiste Luis Maria Rivas Merizalde a pris certaines mesures de pelvis autochtones, mais ce travail n'a pas été publié ou, en tout cas, on ne peut pas le trouver dans nos bibliothèques. Par conséquent, il est impossible fournir des données sur le pelvis osseux de la race colombienne.¹⁵⁵ » (Mogollon Fernandez, 1942)

La façon dont les intellectuels s'insèrent dans les circuits de savoirs scientifiques reflète la place géopolitique d'un pays. Et, dans la première moitié du XX^e siècle, l'emplacement géopolitique des pays était à son tour indissociable de la construction globale du corps normal par opposition au corps souffrant. Par exemple, la thèse « Radiopelvimétrie et anthropométrie », publiée en 1942 (Mogollon Fernandez, 1942), place les recherches argentines à la fois comme paramètre de normalité corporelle eurocentrée et comme référence latino-américaine à partir d'où interpréter les résultats colombiens. Au contraire, si le Mexique est reconnu comme suffisamment visible pour que les recherches sur le corps mexicain soient prises comme référence (ce qui constitue déjà un certain degré de privilège), « le corps mexicain », de la même façon que « le corps colombien », est placé à l'antipode de la santé attribuée aux « corps argentins ». À la différence du Mexique, les textes médicaux colombiens de la première moitié du XX^e siècle placent l'Argentine comme référence

revisten las enfermedades venéreas; las instrucciones populares redactadas por el profesor Fournier y otro trabajo del mismo autor que demuestra los peligros sociales de la sífilis; finalmente instrucciones de profilaxis individual para ser fijadas en las casas de lenocinio ».

¹⁵⁵ Texte original : « En resumen, los trabajos antropológicos sobre las diferencias raciales de las pelvis humanas son múltiples y las conclusiones no son uniformes. En cuanto a las razas de los países centro y suramericanos, hay algunos estudios cuyas conclusiones, a grandes rasgos, son las siguientes: GACHE afirma que la pelvis de la República Argentina es más o menos normal, mientras que la pelvis mejicana es de tipo infundibular y presenta imperfecciones de desarrollo y evolución. Noruega y Gutierrez concluyen que la pelvis de la mujer mejicana es mucho más pequeña que la pelvis europea, tanto en el estrecho superior como en el inferior. En cuanto a Colombia, parece que nuestro anatomista Luis Maria Rivas Merizalde hizo algunas mediciones en pelvis autóctonas, pero este trabajo no fue publicado o, por lo menos, no es posible conseguirlo en nuestras bibliotecas. Por lo tanto, es imposible dar datos sobre la pelvis ósea de la raza colombiana. »

régionale des « nations réellement civilisées » (Gaitan Hurtado, 1915, p. 14), en tant que bon exemple d'adaptation régionale des politiques hygiénistes¹⁵⁶ et, en général, du discours médical moderne. C'est l'Argentine qui est citée comme une référence régionale de civilisation, tandis que le Mexique est réduit à être un élément de comparaison.

En termes de géographie et d'accès à des migrants blancs, la situation de la Colombie était plus proche de celle du Mexique que de celle de l'Argentine. Malgré des intérêts similaires à ceux de leurs homologues au Mexique, les intellectuels colombiens n'ont pas adopté explicitement la pensée mexicaine, et l'ont rarement utilisée comme référence scientifique. Les intellectuels colombiens ont produit des écrits dans la ligne de pensée du modèle mexicain de blanchiment culturel mais les discours scientifiques avec lesquels ils se sont légitimés étaient français et argentin. Cela est clairement visible dans les thèses produites entre 1910 et 1940. Malgré sa visibilité régionale et globale, le Mexique n'était pas reconnu comme une référence scientifique, ce qui a empêché les intellectuels colombiens de se légitimer à travers la production intellectuelle de ce pays. À la différence du Mexique, la Colombie n'était pas assez bien placée géopolitiquement pour produire des idées propres ni pour choisir ses références. Le placement géopolitique de la Colombie a fonctionné comme une barrière qui a délimité ce qui était exprimable par les intellectuels car il s'agissait d'intellectuels contraints à légitimer leur production comme étant scientifique à travers des références aux auteurs reconnus.

La thèse du début du XX^e siècle « Hygiène dans les quartiers ouvriers » (Gaitan Hurtado, 1915, p. 14) place l'Argentine dans un horizon temporel eurocentré qui en fait le modèle à suivre pour ce que la Colombie devrait devenir dans un futur incertain. L'approche de la société colombienne du point de vue de l'hygiénisme est faite en termes de manque par rapport à d'autres sociétés plus civilisées, dont l'Argentine. Cela met en lumière un rapport idéologique avec la temporalité derrière les directions de la circulation globale des idées.

¹⁵⁶ Voir par exemple (Gaitan Hurtado, 1915, p. 14) où l'auteur fait référence à l'Argentine comme un exemple régional à suivre à propos du modèle hygiéniste allemand de « protection de la classe ouvrière ».

Quand les métropoles se constituent comme paramètre temporel, tout savoir produit à partir d'une place d'énonciation subalterne devient un savoir « périmé », déjà contenu et surpassé par les savoirs hégémoniques. C'est en fonction de ce rapport colonial à la temporalité intrinsèque à la circulation globale des idées que la soumission des intellectuels colombiens peut être abordée comme une stratégie de maintien de privilèges. Par exemple, la référence à l'Europe et à l'Argentine servait bien souvent à justifier le manque de bien-être, voire la souffrance, pour les subalternes locaux¹⁵⁷. Face à l'impossibilité de produire des savoirs, la soumission rend les intellectuels subalternes des représentants locaux du savoir hégémonique. Contrairement aux interprétations habituelles sur ce phénomène¹⁵⁸, cela ne parle pas simplement d'une *imitation* des intellectuels européens par les homologues colombiens ou d'une simple médiocrité dans l'exercice intellectuel mais d'un acte de soumission stratégique tendant à maintenir des privilèges coloniaux dans un contexte géopolitique où la Colombie avait une double subalternité, globale et régionale.

L'importation du corps souffrant et la construction de la nation colombienne

Les extraits suivants d'une thèse de 1904 illustrent les liens entre déviation des normes morales, héritage et dégénérescence qui commencent à apparaître dans le discours médical dès la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e :

« Nous entendons par folie morale un état mental particulier chez les dégénérés héréditaires où, même lorsqu'ils conservent en apparence jugement sain et raisonnement clair, prédominent les perversions morales de tout type. » (Anzola, 1904, p. 13).

« [...] Telle est la théorie actuelle qui considère la folie morale la folie des actes comme une manifestation de la dégénérescence héréditaire. Nonobstant, il faut ajouter qu'il a été reconnu récemment, comme l'avait déjà dit Skae, que dans certains cas la dégénérescence n'était pas héréditaire, ni congénitale, mais acquise (Cotard).

¹⁵⁷ Voir par exemple (Gaitan Hurtado, 1915, p. 14).

¹⁵⁸ Selon l'historienne Aline Helg, les intellectuels colombiens (et surtout les médecins) n'ont pas eu la moindre originalité dans leurs travaux pendant la première moitié du XX^e siècle (Helg, 1989). Pour elle, les discours médicaux eugéniques colombiens se caractérisent par une particulière médiocrité par rapport à la région (Noguera, 2003, pp. 19-21). Étant donné l'influence de cette historienne étasunienne sur les historien-ne-s colombien-ne-s, son point de vue apparaît relevant pour saisir les repères eurocentrés classiques qu'il faut dépasser (Helg, 1990). Voir aussi : (Salazar Bondy, 1988), (Martínez, 2009).

Mais ces faits, bien qu'incontestables, sont peu nombreux et peuvent être considérés comme l'exception.¹⁵⁹ » (Anzola, 1904, p. 19) (Anzola, 1904, p. 19)

Pourtant entre la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle, le sens du mot dégénérescence est plus lié à l'éloignement par rapport à une norme. La dégénérescence indiquait une déviation par rapport au paramètre de normalité de l'institution médicale qui pouvait être le produit d'une lésion ou de l'héritage. Dans ce sens général, elle est principalement utilisée pour indiquer une lésion dans une partie de l'anatomie de l'individu. Cette lésion peut être limitée à une partie de l'anatomie ou concerner l'individu en entier :

« Il semblerait qu'à un moment donné tous les bacilles dégénèrent en granules, en particulier dans les organes internes où cela se produit plus rapidement que dans les nodules de la peau. » (Martinez, 1898, p. 59).

« Si à cela s'ajoute la dégénérescence amyloïde des reins, du foie, de la rate et des intestins, avec diarrhée, on peut seulement souhaiter que la mort mette fin à pareille situation, et en général cela se produit rapidement, même s'il arrive parfois que le patient souffre quelques mois. » (Martinez, 1898, p. 29)

« La dégénérescence fibroïde des nodules est, selon le docteur Impey, un fait très important et qui doit conduire à l'établissement d'une méthode pour guérir la lèpre.¹⁶⁰ » (Martinez, 1898, p. 32).

« Mais lorsque pour telle ou telle circonstance notre organisme se trouve affaibli de façon transitoire ou permanente le bacille vainqueur fait dégénérer la cellule, et le mal prend possession du terrain.¹⁶¹ » (Solano, 1909, p. 63).

¹⁵⁹ Texte original : « Entendemos por locura moral un estado mental particular de los degenerados hereditarios, en el cual, aun cuando conserven en apariencia juicio sano y claro razonamiento, predominan las perversiones morales de cualquier naturaleza. [...] Tal es la teoría actual que considera la locura moral locura de los actos como una manifestación de la degeneración hereditaria. No obstante, hay que añadir que se ha reconocido recientemente, como ya lo había dicho Skae, que en ocasiones la degeneración no era hereditaria, ni congenial, sino adquirida (Cotard). Pero estos hechos, aunque innegables, son pocos y pueden considerarse como la excepción».

¹⁶⁰ Texte original : « Parece como si todos los bacilos á cierta época degeneraran en gránulos, particularmente en los órganos internos en donde sucede esto con mayor prontitud que en los nódulos de la piel. » [...] « Si á esto se agréga la degeneración amiloidea de los riñones, del hígado, del bazo y de los intestinos, con diarrea, sólo se puede desear que lá muerte ponga fin á tal situación, y en lo general se presenta pronto, aun cuando hay veces que el paciente puede penar algunos meses. » [...] « La degeneración fibroide de los nodulos es, según el doctor Impey, un hecho muy importante y que debe conducir á la adopción de un método para curar la lepra. »

¹⁶¹ Texte original : « Pero cuando por ésta ó aquella circunstancia, nuestro organismo se encuentra debilitado de manera transitoria ó permanente, el bacilo vencedor hace degenerar la célula, y el mal es dueño del terreno. »

En effet, jusqu'à la fin de la deuxième décennie du XX^e siècle, utiliser ce mot pour parler des organes affectés par des lésions était plus habituel que pour parler d'individus dont le corps et le mode de vie s'éloigne de la civilisation. Cependant, ce dernier sens existait déjà dès la fin du XIX^e :

« L'idiotie ne se produit presque jamais directement mais vient d'une dégénérescence graduelle et successive ; l'idiot est, comme nous l'avons dit, le dernier stade de la dégénérescence d'une race. » (Rodriguez Piñeres, 1896, p. 30).

« On ne peut pas faire d'un enfant idiot un homme intelligent qui pense et se prend en charge soi-même, mais on peut par des moyens hygiéniques et pédagogiques, habilement appliqués, développer ce qui lui reste de vie psychique. On peut ainsi transformer un être malpropre, dangereux, insociable et inutile en un individu propre, inoffensif et capable de fournir un service quelconque en échange des soins et de la protection qu'il reçoit. » (Rodriguez Piñeres, 1896, p. 38)

« [...] le crétinisme, peu importe le degré, implique une absence plus ou moins complète des facultés intellectuelles, morales et affectives. [...] Selon Esquirol, le crétinisme est une variante de l'idiotie » (Rodriguez Piñeres, 1896, p. 40).

« [...] en Colombie on rencontre des localités situées à plus de 2000 mètres au-dessus du niveau de la mer qui sont habitées quasiment en totalité par des crétins. » (Rodriguez Piñeres, 1896, p. 49).

« ... si l'on parcourt l'histoire des localités affectées par le crétinisme, nous verrons que celui-ci disparaît graduellement avec le développement de la civilisation et avec l'introduction de meilleures conditions de vie et d'hygiène. » (Rodriguez Piñeres, 1896, p. 61).

« L'éducation, l'hygiène, les mesures de salubrité en général, en un mot la civilisation peuvent s'opposer de manière efficace à la propagation du crétinisme. » (Rodriguez Piñeres, 1896, p. 62).

« D'un autre côté, nos gouvernements se sont peu préoccupés d'accomplir leur mission civilisatrice. Et tant qu'ils ne seront pas persuadés que celle-ci n'est pas qu'un discours politique, on ne pourra pas dans ce pays élever le niveau intellectuel pour intégrer les classes pauvres dans le travail et l'industrie ; tant qu'on ne créera pas d'écoles pour instruire le peuple et tant qu'on ne mettra pas fin à pas la barbare conscription qui prive les localités des hommes vigoureux en leur laissant uniquement les dégénérés, nous ne détruirons pas la dégénérescence crétine parmi nous.¹⁶² » (Rodriguez Piñeres, 1896, p. 63).

¹⁶² Texte original : « La idiotez casi nunca se produce directamente sino por una degeneración gradual y sucesiva, el idiota es como hemos dicho, el último término de la degeneración de una raza. » [...] « No se puede hacer de un niño idiota un hombre inteligente e piense y se dirija por si mismo, pero si se puede por medios higiénicos y pedagógicos, hábilmente aplicados, desarrollar el resto de vida psíquica que le queda. Se puede así

Comprendre la dégénérescence comme un éloignement du paramètre eurocentré de corps et de mode de vie qui empêche la consolidation d'une patrie civilisée faisait partie de la littérature médicale dès la fin du XIX^e, mais c'est seulement dans les années 1920 que cela devient le sens principal du mot. Par ailleurs, les médecins colombiens n'ont pas cherché à théoriser sur ce qui est la race ni à la fin du XIX^e ni au début du XX^e. La question apparaît dans les années 1920, au moment de l'émergence d'une nation colombienne, ce qui explique que ça soit justement dans cette décennie que le terme dégénérescence commence à avoir comme sens principal la désignation de l'éloignement des corps des gens et de leurs modes de vie par rapport à la civilisation. C'est justement la décennie où les intellectuels colombiens vont se focaliser sur le débat de l'existence ou non du phénomène de « dégénérescence de la race colombienne ».

L'épisode historique qui sera connu sous le nom générique de *débat sur la dégénérescence de la race* s'ouvre officiellement en 1918, pendant le 3^e Congrès médical national. Le psychiatre conservateur Miguel Jiménez Lopez, qui deviendra par la suite collaborateur du président Miguel Abadía entre 1926 et 1930 (responsable du Massacre des bananeraies), y présente sa thèse dans une conférence intitulée « Quelques signes de la dégénérescence collective en Colombie et dans les pays similaires. Le devoir de la science aujourd'hui ». Suite à l'impact de ses idées, en 1920, divers intellectuels ont pris position par rapport au débat dans un cycle de conférences intitulé « Les problèmes de la race en Colombie ». Puis, tout

transformar un ser desaseado peligroso, insociable e inútil, en un individuo aseado; inofensivo y capaz de prestar algún servicio en cambio de los cuidados y de la protección que reciba. » [...] « ...el cretinismo en cualquier grado que se tome, implica una falta más o menos completa de las facultades intelectuales, morales y afectivas; [...] según Esquirol el cretinismo es una variedad de la idiotez. » [...] « en Colombia se encuentran poblaciones situadas a más de 2000 metros sobre el nivel del mar y que están casi totalmente habitadas por cretinos. » [...] « si recorremos la historia de las poblaciones afectadas por el cretinismo veremos que este ha ido desapareciendo con el desarrollo de la civilización y con el establecimiento de mejores condiciones de vida y de higiene. » [...] « La educación, la higiene, las medidas de salubridad en general, en una palabra, la civilización, se pueden oponer de una manera eficaz a la propagación del cretinismo. » [...] « Por otra parte, nuestros gobiernos poco se han preocupado en cumplir su misión civilizadora, y mientras ellos no se persuadan de que ella no es puramente política, no se podrá en este país levantar el nivel intelectual llevando a las clases pobres al trabajo y a la industria; mientras no se funden escuelas donde instruir al pueblo, y mientras no se acabe el bárbaro reclutamiento que priva a las poblaciones de sus hombres robustos y solo les deja a los degenerados, no se destruirá entre nosotros la degeneración cretina. »

au long des années 1920, ce débat restera vif parmi les médecins, les intellectuels et les politiciens (Noguera, 2003, p. 75).

Dès le XIX^e siècle, les intellectuels latino-américains étaient divisés entre les deux discours régionaux sur l'eugénisme : ceux suivant la ligne mexicaine qui affirmaient que toute personne peut se civiliser et ceux pour lesquels seulement certains sont biologiquement susceptibles d'être civilisés. La première perspective est exemplifiée par le politicien colombien Rafael Nuñez qui affirmait vers la fin du XIX^e que « la race est la nationalité historique » et donc « ce n'est pas le sang qui détermine l'esprit des hommes », mais « les idées, les coutumes et surtout les circonstances dans lesquelles ils vivent » (Gómez Muller, 2011). La deuxième position est exemplifiée par le patriote argentin Juan Bautista Alberdi pour qui « gouverner c'est peupler, dans le sens où peupler c'est civiliser » et cela ne peut se faire qu'avec des gens civilisés, voire des Européens civilisés. D'après cette logique, « peupler n'est pas civiliser, mais abrutir quand on peuple avec des *Chinois*, des *Indiens* d'Asie et des *Noirs* d'Afrique » (Gómez Muller, 2014). Ces deux positions théoriques représentent en réalité les deux extrêmes du regard colonial dans la reconnaissance de l'humanité des non-Blancs présents chez les intellectuels colombiens dans les années 1920.

L'eugénisme à l'argentine est représenté dans le contexte colombien par le psychiatre conservateur Miguel Jiménez et le psychiatre libéral Luis Lopez de Mesa. Pour eux, l'unique possibilité de construire une nation en Colombie c'est d'importer et d'acclimater des races supérieures. Le politicien d'extrême droite Laureano Gomez¹⁶³, président de la république

¹⁶³ La rationalité médicale francocentrique, et notamment la présupposition d'un lien inexorable entre climat malsain et infériorité biologique, est la base de la justification scientifique de la position de Laureano : « On considère que la situation de notre pays sur le globe terrestre établit une sorte de déterminisme géographique. La distribution de la chaleur et de l'humidité ne rend pas apte le territoire national pour établir une bonne organisation sociale » (Gómez, 1970, p. 24). Ce discours lui permet de conclure que l'acclimatation de la civilisation est impossible en Colombie. Cela implique que les habitants du territoire national ne sont ni humanisables ni susceptibles de devenir une population nationale, donc la nation colombienne est une illusion : « Je pense que ce n'est pas nécessaire d'exposer une par une les désagréables conclusions, étant donné qu'il s'agit d'une audience savante. C'est suffisant de savoir que ni l'origine espagnole ni l'influence africaine ni l'américaine ne rendent notre race capable d'établir une culture élémentaire ou d'aboutir à la construction d'une civilisation indépendante et autonome » (Gómez, 1970, p. 21).

entre 1950 et 1951, s'inscrit dans cette ligne d'argumentation tout en la radicalisant. Si cette perspective a été défendue par des médecins politiquement très influents, elle n'a pas été majoritaire pour autant. Ces sont les médecins les plus proches des élites du *Partido Conservador* (Parti conservateur) qui ont apporté les contributions les plus visibles et décisives dans le débat. Mais la position majoritaire était plus proche de l'eugénisme culturel à la mexicaine, tel que le montrent les thèses en médecine de l'université Nacional. Par exemple, c'était la posture défendue par les célèbres médecins de l'université Nacional Alfonso Castro, Jorge Bejarano et Armando Solano. Dans cette perspective, la population *india, negra* et *mestiza* a des qualités susceptibles d'améliorer la race nationale. Néanmoins, cette amélioration serait conditionnée par la civilisation des corps via l'imposition du mode de vie eurocentré comme l'unique possible (Noguera, 2003, p. 21).

Les postures les plus extrêmes du débat proposer de renoncer à la possibilité de construire une nation civilisée et indépendante. Par exemple, cela là est précisément la posture du politicien du Parti conservateur, Laureano Gomez¹⁶⁴, pour qui la Colombie aurait dû devenir une sorte de colonie des États-Unis : « Dans notre voisinage le plus proche, sur le tropique du Cancer, il y a une vaste société humaine, définitivement constituée et industrialisée. C'est la société qui habite l'Amérique septentrionale, c'est-à-dire la région tempérée et froide. Cette société ambitionne et a besoin de profiter de l'énorme entrepôt de matières premières que nous avons dans notre sol. Cette société, contrairement à la nôtre, possède toutes les ressources et la technique nécessaires pour en profiter. Nous sommes en présence d'un conflit biologique. Les regroupements formés dans des cadres naturels appropriés ont la tendance de s'agrandir sur les terrains des hommes moins bien installés ¹⁶⁵ [...] » (Gómez,

¹⁶⁴ Président de la république entre 1950 et 1951, il a failli convoquer une assemblée constituante pour implanter une constitution inspirée de la constitution franquiste espagnole.

¹⁶⁵ L'extrait complet où Laureano Gomez justifie une colonisation de la Colombie par les États-Unis à travers le discours médical : "Pero en nuestra vecindad inmediata, encima del trópico de Cáncer, hay una vasta sociedad humana, definitivamente constituida e industrializada, la que habita en América septentrional. o sea, en la zona templada y fría, que ambiciona y que necesita disfrutar del inmenso almacén de primeras materias que se encuentra en nuestro suelo, y que posee todos los recursos y la técnica necesaria para aprovecharlos. Hallémonos, pues, en presencia de un conflicto biológico. Las agrupaciones formadas en marcos naturales idóneos tienden a desbordarse sobre aquellas otras en que el hombre peor instalado, no domina: antes es dominado por la exuberante naturaleza que al mirarlo brindándole una vida fácil, aunque miserable como en

1970, p. 24). D'après Laureano, la construction d'une nation ou l'aspiration à l'indépendance de la république se révèlent insensées face à la Vérité sur la biologie des habitant-e-s et du climat tropical. Laureano se positionnait contre l'importation des Européens de « race pure » en Colombie, demandée par certains médecins, car, d'après lui, de toute façon cela serait un effort économique, politique et social inutile puisque le climat tropical finirait par les dégénérer eux aussi (Noguera, 2003).

L'eugénisme proposé par les psychiatres qui ont ouvert le débat de la dégénérescence, Miguel Jiménez et Luis Lopez de Mesa, malgré l'apparence de soumission intellectuelle, contient des mutations implicites de l'eugénisme tel qu'il était en train d'être produit en Europe et en Argentine. Ces mutations tendent à légitimer le pouvoir des élites *criollas* face à leurs subalternes, mais aussi face aux empires coloniaux. Dans leur discours scientifique, de façon semblable aux discours des médecins et intellectuels argentins, l'importance que la médecine française accorde au climat est diminuée, même si elle n'est pas niée. Faisant abstraction du fait que la totalité du territoire de la Colombie est situé aux tropiques (contrairement à l'Argentine), les régions de montagne seront considérées comme saines par opposition aux régions plus « tropicales »¹⁶⁶. D'après eux, afin de construire une nation civilisée, et donc indépendante, il faut absolument importer des Européens blancs. D'après Miguel, la Colombie avait besoin de Suisses, de Belges, de Hollandais et d'Allemands (Noguera, 2003, p. 20). La construction du climat de montagne comme un climat sain et l'importation d'Européens sont des stratégies cohérentes avec l'intérêt des élites de maintenir leur statut de gouvernants administrativement indépendants par rapport aux

las orillas del Magdalena, con el pescado y con el plátano, lo reblandece y subordina a los que se fortalecieron en ásperas batallas por la conquista de un positivo bienestar y fueron además favorecidos por otras circunstancias como la sangre, la posición y los contactos con la cultura universal. Horroriza pensar que el desenlace ya este escrito en el libro del destino de América. ¿Seremos ineluctablemente presa de los americanos del Norte? Ya perdimos la zona ístmica, que nos daba una preeminencia en el mundo. Ya los puertos de Cartagena y Santa Marta están bajo la influencia decisiva de compañías norteamericanas. Ya nuestros minerales más preciosos salieron del patrimonio nacional. El único petróleo que se explota es el de los norteamericanos. La lucha biológica lenta pero sin alternativas, devoradora y fatal, está en plena marcha. Cada día que pasa perdemos algo. Cada día adquieren algo nuestro los más capaces, los más ricos, los más fuertes”(Gómez, 1970, p. 24).

¹⁶⁶ Voir par exemple : (Villegas Vélez & Castrillón Gallego, 2006).

empire. Cela devient l'unique stratégie possible des élites face à une circulation des idées hégémoniques qui ne les avantage pas pour légitimer leur indépendance.

Les désaccords du débat répondent plus à des questions de forme que de fond. Tous ces discours concurrents ont plusieurs points de départ en commun : ils partagent l'échelle de valeur coloniale de la vie pour laquelle ce qui s'approche du masculin blanc est supérieur et ce qui s'en éloigne est inférieur ; la compréhension d'un corps comme étant souffrant, voire défectueux ou incapable de civilisation, dépend de cette échelle de validation ; le corps blanc sain est placé comme le paramètre absolu ; tous ces discours associent la santé au corps et au mode de vie eurocentrés et la dégénérescence aux conditions et modes de vie des subalternes tout en dissociant ces conditions de vie de l'exploitation et en construisant le corps subalterne lui-même comme le responsable premier de sa souffrance. Au fond, tous ces discours se rassemblent autour du mépris de tout élément non blanc dans la nation, aboutissant à un accord implicite sur le besoin d'anéantir la différence. Aucune des deux perspectives ne questionne pas le racisme et le sexisme, ni les liens existant entre ces phénomènes et les maladies au nom desquelles on prétend prouver la dégénérescence de certaines personnes. Il ne s'agit pas de remettre en question l'ordre des choses, bien au contraire, c'est un débat sur les moyens de construire l'unité nationale tout en consolidant l'hégémonie blanche-patriarcale de l'élite coloniale. C'est à travers la contradiction que le racisme-sexisme se consolide comme l'idéologie de la nation colombienne car toutes les postures se rassemblent sur le besoin d'anéantir la différence. Cet effet du débat devient visible dans le discours hygiéniste national qui émerge dans les années 1930. À ce moment, l'anormalité émerge dans les textes des médecins comme étant le produit d'un mode de vie malsain, voire non blanc, et non comme une marque indélébile et inhérente au corps. La différence coloniale se consolide comme un produit plus culturel que biologique, bien que pour cela on ait recours à des arguments biologiques. Contrairement à la différence raciale, la différence culturelle est évitable en soumettant les gens à l'effacement de la diversité à travers des institutions. Déjà aux années 1930 pour la plupart de médecins l'imperfection

des corps n'est plus une conséquence biologique inévitable, mais un symptôme qui indique l'éloignement du mode de vie blanc et le besoin d'intervention étatique, via le savoir médical.

L'étiologie de la souffrance implicite dans le concept de dégénérescence, tel qu'il émerge du débat, crée une sorte de nature partagée entre les élites et les subalternes. L'anormalité se mesure en fonction de l'éloignement du mode de vie des gens par rapport au mode de vie du Blanc bourgeois. L'association entre la dégénérescence du corps et les modes des vies des subalternes reste indirecte. Cela donne l'illusion que tout le monde pourrait éventuellement souffrir de dégénérescence si son mode de vie s'éloignait des normes. Un *Blanc bourgeois* ne pourrait pas être qualifié « biologiquement » d'*Indio* ou de *Negro* pour avoir un comportement ou un corps non normatif, par contre, il pourrait être qualifié de dégénéré. Cependant, bien que le *Blanc* puisse avoir des comportements ou des souffrances symptomatiques de la dégénérescence, et être scientifiquement qualifié de dégénéré, sa place sociale privilégiée le rend moins exposé aux conditions qui le rendraient susceptible d'être qualifié comme dégénéré¹⁶⁷. Les dégénérés ne sont pas l'*Indio* et le *Negro*, mais les gens qui ont les corps et les conditions de vie qui ont été imposées par le *Blanc* à l'*Indio* et au *Negro*. Sans remplacer complètement la race¹⁶⁸, la dégénérescence ne parle plus d'une différence définitive et absolue. Les gens sont dégénérés pour ne pas avoir un mode de vie

¹⁶⁷ L'extrait suivant d'une thèse de 1923 illustre l'application du concept de dégénérescence aux couches privilégiées de la société : "Para todo observador atento es en efecto un hecho innegable el cambio de nuestras antiguas costumbres sobrias y hábitos temperantes, el aumento de la mortalidad, de la criminalidad, de la locura, del suicidio y la evidente degeneración colectiva, fenómenos sociales todos que guardan relaciones íntimas con el alcoholismo. Nuestras costumbres actuales nos conducen fatalmente a la generalización del alcoholismo; en este siglo, que se puede llamar el siglo del vino, el brandy y la champaña reinan como soberanos y lo dominan todo; para nosotros más que para nadie el alcohol es el príncipe de la alegría; no hay suceso ninguno de nuestra vida, ni fiesta particular o pública, en que no se mezclen los licores y bebidas alcohólicas, y las únicas industrias que prosperan entre nosotros son las de la fabricación de éstas. El General Rafael Uribe Uribe lo decía: «No hay feria, ni romería, ni fiesta alguna civil o religiosa que en Colombia no se celebre sin apurar grandes copas de licor. El hijo del pueblo, y quizá más el de las clases elevadas, no sabe hacer un negocio, estar satisfecho, sentirse contento o solemnizar un suceso cualquiera de su vida sin convidarse a beber. Si está triste, bebe para ahogar la pena; si alegre, para mantener la alegría; si le nace un hijo, bebe; si se le muere, bebe; si se casa, bebe; si enviuda, bebe; si cumple años, bebe; si tiene frío, bebe para calentarse; si calor, para refrescarse; vive para beber creyendo beber para vivir, e ignorando que con esto se mata y va derecho al alcoholismo ». En nuestros círculos de hombres de letras es demasiado crecido el porcentaje de bebedores de alcohol. Y en ellos vemos todos los días desarrollarse dramas y tragedias aterradoras que más parecen creaciones de aquellos dos sublimes borrachos: Poe y Verlaine" (Jaramillo, 1923, pp. 39-40).

¹⁶⁸ Voir : (Richard-Jorba, 2004)

blanc ; la dégénérescence, contrairement à la race, peut donc faire l'objet de l'intervention, dans ce cas médicale, pour la faire disparaître. Cela consolide la possibilité de blanchir des corps au milieu du processus de construction de la nation.

Le corps souffrant et l'économie impériale des idées

Le corps souffrant va au-delà du discours médical, il s'agit de la construction de la frontière entre le corps défectueux et le corps parfait pour incarner la civilisation. Plus profondément, la délimitation du corps souffrant se superpose à la frontière, qui fonde l'ontologie moderne, entre êtres supérieurs et inférieurs. Malgré les changements dans les systèmes de construction de ce corps, le processus a toujours donné comme résultat la naturalisation de la division des gens en groupes plus ou moins humains. Et les différents systèmes qui se sont succédé pour gérer ce corps ont toujours constitué des mécanismes pour humaniser et déshumaniser les gens. Par exemple, le corps souffrant construit dans l'Empire espagnol établissait la propriété d'une âme, évangélisée ou évangélisable, comme paramètre de reconnaissance d'un corps comme étant sain et donc capable d'incarner la civilisation. Ainsi, dans ce système, c'est la gestion du corps souffrant via le contrôle de l'accès à l'évangélisation qui s'est constituée comme mécanisme pour humaniser ou avilir les corps. Une fois que le corps souffrant a commencé à être le produit de la science et non plus de la théologie, c'est le discours médical, d'abord français et ensuite étasunien, qui construit ce corps et c'est l'accès aux soins qui commence à véhiculer une reconnaissance tacite d'humanité chez quelqu'un.

Il y a eu, depuis la création de l'Amérique, trois ruptures dans les systèmes de construction du corps souffrant qui ont atteint une échelle globale. Chaque rupture correspond à la transition entre les systèmes développés par les Empires espagnol, français et étasunien respectivement. Ces transitions ont toujours entraîné des changements dans les dispositifs hégémoniques de naturalisation des rapports coloniaux de domination à l'échelle globale. Ces ruptures correspondent à chaque fois à un réajustement de la géopolitique. Dans les trois cas, un des pays prédominants dans le nouvel ordre devient la référence globale pour

la construction du corps souffrant. Par exemple, l'Espagne devient une référence intellectuelle majeure dans le contexte de réajustement politique introduit par la création de l'Amérique. Ensuite, la France prend cette place dans le contexte de réajustement de la géopolitique européenne au XVIII^e siècle, quand les Bourbons arrivent sur le trône espagnol. Finalement, les États-Unis se consolident comme la principale référence sur le corps souffrant dans le contexte du réajustement géopolitique à la fin de la seconde guerre mondiale.

En Amérique latine, la circulation des idées sur le corps souffrant n'a pas seulement suivi le schéma hiérarchique des pays dans la géopolitique impériale, mais le flux de ces idées a contribué sur son passage à construire leurs places respectives. Tel est le cas du Mexique sous l'influence de la théologie espagnole, qui reconnaissait les *Indios* du Mexique comme particulièrement évangélisables, et de l'Argentine sous l'influence médicale française, dont le discours reconnaissait le climat tempéré, comme celui des régions les plus au Sud, comme favorable pour accueillir le corps civilisé. Dans les deux cas, la correspondance entre les conditions d'un pays et le cadre hégémonique pour rendre intelligible un corps comme sain, par opposition au souffrant, a contribué à créer un lien plus direct entre ce pays et l'Europe. Lien qui s'est traduit par une place privilégiée dans la géopolitique régionale.

L'Espagne, la France et les États-Unis se sont succédé dans le rôle de producteur du discours eurocentré pour construire des corps racisés et sexualisés. En combinant leur propre expérience coloniale avec les discours existants au-delà de leurs frontières, ces empires ont construit des ensembles de Vérités « universelles » sur le corps souffrant qui ont servi à fixer les différences coloniales qui structurent la modernité. La circulation des cadres pour rendre intelligible le corps souffrant, produits successivement par ces empires, a apporté un ensemble de mécanismes pour fixer et recréer les rapports de domination coloniaux de façon cordonnée à l'échelle globale. Les idées exportées ont constitué une sorte de machinerie de construction du corps souffrant. Plus qu'un objet concret, ce qui a été importé à chaque fois par les pays subalternes a été une façon de construire localement des corps

différenciés, et de gérer cette différence, toujours en référence au discours sur la différence exporté depuis l'Espagne, la France et les États-Unis. De ce point de vue, il y a eu trois périodes dans la configuration du schéma de pouvoir moderne. La première est délimitée par l'influence hispanique où la construction du corps souffrant était basée sur le dispositif de l'âme ; ensuite la période francocentrique est basée sur le discours médical sur le tempérament et, finalement, la période où la médecine étasunienne construit et gère ces corps à travers la génétique et l'industrie médicale. Bien que le corps souffrant soit toujours au centre de la configuration du pouvoir, c'est seulement pendant la période d'influence française que la médecine est la source principale du discours moderne sur la différence. Bien que la médecine ait toujours eu un rôle majeur dans la construction des corps racisés et sexualisés, pendant la période hispanique c'est la théologie qui a eu le rôle prédominant, tandis que pendant la période étasunienne c'est le discours sur la différence culturelle qui pèse le plus. L'imbrication entre l'État, la politique et la médecine est une caractéristique de la période de construction francocentrique du corps souffrant. Pourtant, même au-delà de cette période, les mécanismes pour intervenir sur les corps et les rendre plus ou moins humains ont toujours émergé de la gestion médicale du corps souffrant. Par exemple, pendant toutes ces périodes l'accès aux soins médicaux fait partie des éléments qui délimitent clairement la frontière entre les vies qui comptent et les vies qui ne comptent pas.

Malgré les ruptures entre les trois systèmes, c'est dans leur complémentarité que ces machineries de construction du corps souffrant configurent un schéma particulier de pouvoir. Par exemple, en Colombie le discours théologique espagnol sur l'âme et l'évangélisation a construit la différence ontologique fondatrice de la modernité en apportant la différence radicale entre les Blancs, les Noirs et les *Indios*¹⁶⁹. Le discours médical francocentrique sur les prétendues différences biologiques insurmontables entre le *Blanc* et le *non-Blanc* a véhiculé l'institutionnalisation de cette différence ontologique, notamment à travers son influence dans la construction de la république indépendante au XIX^e siècle et

¹⁶⁹ En ce qui concerne l'importance de l'expérience espagnole dans l'émergence de la modernité : (Muñoz, 2014; Segato, 2010)

ensuite lors de l'élaboration de la nation métisse au début du XX^e. Finalement, la construction, et surtout la gestion, du corps souffrant propre à la machinerie étasunienne construit le marché comme administrateur des êtres auparavant créés par la gestion étatique de la vie. Cette transition se fait dans un contexte où les ontologies modernes qui font marcher l'économie capitaliste ont déjà été imprimées sur les corps des gens et dans toutes les institutions qui régulent la vie sociale. Par exemple, sous l'influence du discours médical français, l'État-nation colombien a émergé dans la première moitié du XX^e siècle comme une machine d'anéantissement de la diversité et la population nationale a émergé par opposition aux gens-ressources. Une fois que ces processus ont fait émerger une homogénéité sociale capable de véhiculer le fonctionnement du marché, celui-ci a remplacé l'État comme gestionnaire du corps souffrant dans les années 1990.

Pendant la période où le corps souffrant était construit sous l'influence française, ce corps a été un objet de profit indirect. À travers sa construction, et surtout sa gestion, les ontologies modernes, qui conditionnent l'existence du capitalisme, se sont incarnées chez les corps des gens et chez les institutions qui constituent l'État. Par exemple, dans la première moitié du XX^e siècle, la construction de la nation colombienne a été gérée comme une question de gestion du corps souffrant. Le discours hygiéniste visait à intervenir sur des corps défectueux – non-Blancs – à travers des institutions, principalement l'école et la médecine, pour produire une population. Vers les années 1970, une fois que l'État avait produit des sujets et une population, dans le contexte de la transition vers les États-Unis comme principale référence scientifique, la gestion du corps souffrant a commencé à devenir une source directe de profit et non plus un objet de gouvernement direct de l'État. Finalement, dans les années 1990, avec la réforme néolibérale de la santé, la restriction de l'accès aux soins a continué à être un mécanisme d'avilissement des corps, comme dans la période francocentrique, sauf que cette fois ce mécanisme n'est plus géré par l'État mais directement par le marché.

L'importation de ces trois machineries de construction du corps souffrant par l'intellectualité colombienne montre que l'insertion soumise des intellectuels subalternes dans un circuit bien précis de circulation des idées est déterminante dans la naturalisation des rapports coloniaux de domination de façon coordonnée à l'échelle globale. Il s'agit des idées sur le corps souffrant qui, en émanant des centres du pouvoir impérial, étaient transformées dans la Vérité à partir de laquelle les intellectuels de pays plus subalternes validaient leur production comme étant scientifique. Plus ces idées ont été adoptées par des intellectuels des pays placés politiquement loin de ces métropoles, moins les intellectuels locaux ont mis en circulation des versions propres de la Vérité hégémonique, comme dans le cas des intellectuels colombiens. Cette dynamique a fait que les pays le mieux placés géopolitiquement en Amérique latine, tels le Mexique ou l'Argentine, ont eu un accès plus privilégié que les autres pour transformer les Vérités construites en Europe et devenir eux-mêmes des références scientifiques pour les pays plus subalternes dans la région. L'Espagne, la France et les États-Unis ont fonctionné comme des épïcêtres globaux, tandis que des pays comme le Mexique ou l'Argentine ont fonctionné comme des épïcêtres régionaux, dans le sens où à partir d'eux les idées sur les corps souffrant se sont disséminées, en construisant ainsi le monde moderne, comme un flux qui perd en intensité au fur et à mesure qu'il s'éloigne de la source.

Par ailleurs, les flux d'idées sur l'eugénisme entre les intellectuels latino-américains dans la première moitié du XX^e siècle montrent que la circulation des idées sur le corps souffrant n'a pas été un phénomène exclusif de la vie scientifique. En effet, l'imbrication entre savoir et pouvoir y est bien illustrée, car cette circulation a touché à la géopolitique et à l'organisation interne des États. Par exemple, la soumission des intellectuels colombiens face au discours médical français et aux versions « régionales » d'eugénisme non seulement reflète leur place subalterne dans une hiérarchie géopolitique précise mais elle la récrée aussi. Néanmoins, cette soumission a permis aux intellectuels colombiens de se construire comme les représentants locaux de l'hybris du point zéro, voire comme la source locale de Vérité. Cela leur a permis de se placer comme des représentants locaux de l'Europe, par opposition aux

habitant-e-s du territoire national. Malgré l'apparence de médiocrité intellectuelle, la façon dont l'intelligentsia colombienne a su agencer en sa faveur les discours sur le corps souffrant produits en France, au Mexique et en Argentine montre que la soumission a été plutôt une stratégie pour se maintenir connectée au système d'où proviennent ses propres privilèges. Dit autrement, la circulation du discours eugéniste en Amérique latine au début du XX^e siècle montre comment la soumission face au plus puissant garantit une place de dominant face à d'autres subalternes. C'est le cas de la soumission des intellectuels argentins face au discours médical français et à leur tour des intellectuels colombiens face aux intellectuels argentins et français. Dans les deux cas, la soumission face au plus puissant a construit une place privilégiée par rapport à un autre plus subalterne.

Chapitre III : Gestion du corps souffrant et économie moderne de la cruauté

Le philosophe brésilien Wanderson Flor do Nascimento propose de comprendre l'ontologie moderne comme une autorisation à penser que certaines vies sont plus importantes que d'autres (Nascimento & Garrafa, 2011). Dans les termes proposés par ce travail, cette ontologie est abordée comme ce qui établit des limites de l'imaginable qui font que s'imaginer soi et les autres en dehors des catégories modernes soit virtuellement impossible. Cela implique que les êtres sont construits pour exister à l'intérieur des hiérarchies eurocentrées en recréant constamment leur place et celle des autres. Mon hypothèse c'est que cette ontologie se matérialise à travers des rapports sociaux qui exposent quotidiennement les créatures à la souffrance selon la classification raciale-sexuelle des gens. Le fonctionnement de cette économie implique de banaliser la cruauté comme un élément normal de la vie de certaines créatures et évitable dans la vie des autres. Les êtres modernes ne préexisteraient pas à l'exposition à la souffrance, mais seraient le produit des rapports sociaux qui les exposent plus ou moins à la souffrance en les rendant blanc, noir, humain, animal, femme, homme, queer, bizarre, gouine... Or, les catégories modernes de classification de la vie sont un système de dosage de la cruauté car elles déterminent le degré d'exposition des corps à la souffrance. Dans ce processus, la médecine a un rôle majeur car c'est à travers la construction et la gestion du corps souffrant que cette économie est naturalisée.

Le premier chapitre cherchait à démontrer comment le discours médical naturalise l'assimilation du Sujet moderne à l'homme blanc bourgeois en construisant le corps de celui-ci comme paramètre de santé. À travers les trois sections de ce troisième chapitre, je cherche à montrer le lien entre la construction et la gestion du corps souffrant et la naturalisation de l'exposition différenciée à la souffrance des créatures et comment cette exposition fait partie du fonctionnement normal du pouvoir.

Dans la première section, j'espère démontrer, à travers l'analyse de la catégorie *mortalité maternelle*, que les limites du corps souffrant se définissent à travers l'exclusion du champ de vision institutionnel sur la souffrance qui construit des différences entre les êtres. Par exemple, ce qui reste à l'intérieur et à l'extérieur de la *mortalité maternelle* délimite la frontière du cadre d'intelligibilité du corps souffrant enceint à partir duquel ce corps est intégré au gouvernement global de la vie. La souffrance qui reste à l'intérieur du cadre est celle qui peut être évitée sans altérer l'économie de la cruauté qui crée la différence ontologique entre les créatures. Le corps souffrant est le produit de l'exclusion de tout élément où l'intervention effective des États mettrait en question le fonctionnement normal du pouvoir.

Dans la deuxième section, je cherche à démontrer comment la gestion moderne de la souffrance implique un façonnage de la sensibilité émotionnelle des médecins en accord avec une répartition coloniale de la cruauté.

En conclusion du chapitre, la troisième section propose le concept d'économie de la cruauté pour désigner le caractère systématique de l'exposition à la cruauté des gens en fonction de l'importance politique que l'économie moderne reconnaît aux êtres. Concrètement, l'économie de la cruauté est la distribution de l'exposition à la souffrance à partir des critères fixes dérivés de la colonialité de la vie.

La construction du corps souffrant enceint : les catégories médicales et la naturalisation de la cruauté

L'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹⁷⁰ est l'institution de référence de l'Organisation des Nations unies (ONU) en ce qui concerne la production et l'exportation du discours qui

¹⁷⁰ Dans le contexte postérieur aux guerres mondiales, l'OMS reprend le rôle joué par l'institutionnalisation de la médecine moderne entre la fin du XVIII^e et le début du XX^e siècle : exporter au monde entier le corps souffrant que véhicule la gestion coloniale de la vie. Le discours médical français construisait les corps comme essentiellement souffrants ou sains, afin de les placer dans une organisation globale du travail dépendante des administrations coloniales. Le discours de l'OMS émerge de la transition entre le système basé sur des administrations coloniales à celui basé sur des États coloniaux organisés à l'ONU. Dans ce système,

construit le corps souffrant. La définition de la mortalité maternelle du système de classification international des maladies de l'OMS est la référence du *Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG)*. Ce groupe est composé par le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), le groupe de la Banque mondiale (BM) et l'Organisation des Nations unies (ONU). Cela place le cadre d'intelligibilité du corps souffrant en ceint de l'OMS comme une pièce clé de la gestion moderne de la vie. Le rôle principal du MMEIG c'est de construire et exporter des paramètres pour mesurer la mortalité maternelle selon une seule échelle globale afin de pouvoir comparer le phénomène entre tous les pays. En définissant ces paramètres, les organisations qui composent le MMEIG construisent les piliers globaux de la gestion des habitants par les États.

D'après l'ONU, la « santé est une condition, un résultat et un indicateur du développement durable » (ONU, 2012), raison pour laquelle trois des huit Objectifs du millénaire pour le développement (OMD, *Millennium Development Goals* en anglais) établis par cette organisation sont liés à la santé. Dans ce contexte, dès 1990, l'OMS est en train d'intervenir dans les politiques de santé des États au nom de la coopération pour le développement. Cette intervention se justifie en se présentant comme « un appui intégré aux pays en vue des renforcer leurs systèmes de santé et mettre en place des interventions efficaces destinées à accélérer les progrès en direction de la réalisation des OMD relatifs à la santé » (OMS, 2017). Or, cette organisation internationale opère à partir de son siège à Genève à travers des cadres issus des anciennes métropoles et des élites des anciennes colonies. Ainsi, les gens qui concentrent les privilèges de la gestion moderne de la vie sont les gens qui décident des politiques des États en ce qui concerne la gestion du corps souffrant. À partir de 1990, à travers les OMD, la santé a été construite par la BM et le FMI comme un indicateur

l'intervention eurocentrée n'est plus justifiée par la construction des corps des subalternes comme intrinsèquement souffrants et incapables de s'autogouverner. Dorénavant, la souffrance de ces corps est construite comme la mesure du manque de capacité de gouverner des États subalternes par rapport aux États paramètres. Cela justifie l'intervention de ces derniers pour façonner les institutions des États issus des anciennes colonies afin de les maintenir intégrés dans la géopolitique coloniale. Le corps souffrant est toujours au centre des mécanismes de naturalisation du pouvoir, même si ces mécanismes visent plutôt à façonner les États qui vont gérer les gens, et non plus directement les corps des gens.

du niveau de développement d'un pays. Cela implique que le système de codification du corps souffrant de l'OMS a transformé la gestion globale de ce corps en mécanisme effectif pour placer les États dans la géopolitique coloniale.

Les OMD font partie des paramètres en fonction desquels la BM et le FMI construisent la frontière entre États développés et sous-développés pour justifier leurs interventions dans les institutions des pays « sous-développés » et façonner ainsi ces États. L'un des trois OMD liés à la santé est la gestion globale de la mortalité maternelle où les ventres des femmes privilégiées sont placés comme paramètre. Cela place les corps des femmes au centre de la construction de la géopolitique coloniale. D'un côté, la moindre exposition à la souffrance des femmes privilégiées est construite comme une preuve de l'existence du développement. D'un autre côté, la souffrance des femmes non privilégiées, intrinsèque à leur place subalterne, est construite comme justification de l'intervention coloniale des organisations internationales. Or, la moindre exposition des corps féminins à la souffrance est une expression des privilèges issus de la division internationale du travail, naturalisée par la division entre pays développés et sous-développés. Les limites de la catégorie mortalité maternelle de l'OMS permettent d'effacer le lien entre la répartition coloniale de cette souffrance et le fonctionnement normal de l'économie globale dont cette organisation fait partie.

Sans mettre en question l'étiologie réelle des décès des femmes enceintes, l'objectif de réduire de 75 % le taux de la mortalité maternelle a véhiculé la création de canaux institutionnels entre la gestion globale du corps et les politiques publiques des États subalternes. La catégorie *mortalité maternelle* de l'OMS a un rôle majeur pour permettre une ingérence directe de la BM et du FMI dans la gestion des ventres, donc dans la reproduction de la population et de la force de travail à l'échelle globale. En conclusion, la catégorie *mortalité maternelle* a deux fonctions dans la gouvernance globale de la vie : 1) naturaliser la hiérarchie coloniale entre États anciennes métropoles et États anciennes colonies en construisant les corps féminins comme mesure de civilisation ; 2) rendre les

ventres, et ainsi la reproduction des gens, des objets de la gouvernance globale directe de la BM et du FMI.

Le 24 septembre 1973, le président de la BM, Robert McNamara, a annoncé que la réduction et l'élimination de la pauvreté était le principal objectif de l'institution ; par la suite, une ligne de crédit spécifique pour lutter contre la pauvreté a été créée (Burgos Silva, 2009, pp. 44-45). La pauvreté construite comme étant le produit du manque de développement des États est devenue la source de la souffrance. Cette délimitation de l'étiologie des souffrances des subalternes est devenue le mécanisme pour délimiter les frontières juridiques pour l'intervention de ces organisations dans les institutions qui constituent les États anciennes colonies. Dans les années 1990, la lutte contre la souffrance des pauvres a été réinterprétée sous l'angle de l'émergence du concept de gouvernabilité, apparu en 1989¹⁷¹ (Burgos Silva, 2009, p. 58). Bien que ce concept ait été défini de multiples façons, il fait toujours référence « au manque de règles du jeu, politiques et juridiques, qui permettent la prise des décisions en faveur de la croissance économique »¹⁷² (Burgos Silva, 2009, p. 326). Ce concept a entraîné une nouvelle étiologie de la souffrance : les institutions qui composent les États n'ont pas de cadre juridique approprié pour garantir l'intégration des pays aux marchés internationaux, ce qui explique la pauvreté, voire la souffrance des gens. Cette étiologie construit la souffrance des pauvres comme justification pour façonner les institutions des États anciennes colonies en fonction des intérêts du marché international, notamment du marché financier.

À partir des années 1970, la définition de la pauvreté délimite le territoire de l'intervention de la BM et du FMI. Expliquer la souffrance comme le résultat des dysfonctionnements institutionnels des États (qui empêcheraient le marché d'apporter aux subalternes le bien-être dont jouissent les pays développés) naturalise des rapports coloniaux de deux façons :

¹⁷¹ Concept apparu dans un rapport de la BM sur le développement durable en Afrique (Burgos Silva, 2009, p. 58).

¹⁷² Texte original : "la falta de reglas de juego, políticas y jurídicas que posibilitaran la toma de decisiones a favor del crecimiento económico".

le cadre juridique international qui permet l'ingérence externe dans les États anciennes colonies est justifié par le « salut » des pauvres du monde de la souffrance ; et puis, les privilèges coloniaux exprimés par la concentration des moyens pour avoir accès à l'illusion d'échapper à la souffrance sont construits comme des preuves de la supériorité ontologique de ceux qui sont au sommet de la hiérarchie globale. Des prêts justifiés dans le cadre des OMD, qui à leur tour s'insèrent dans la lutte contre la pauvreté, se traduisent par des ingérences directes de la BM et du FMI à travers des conseils techniques, l'obligation de rendre des comptes annuellement, etc. Tous ces enjeux géopolitiques font que la mortalité maternelle soit un des agendas imposés aux États par la coopération internationale.

Normalisation de la cruauté et mortalité maternelle

Le cadre d'intelligibilité du corps souffrant en ceint de l'OMS comprend les catégories mortalité maternelle, mortalité maternelle tardive et mortalité liée à la grossesse¹⁷³. Ces trois catégories couvrent la totalité des décès des femmes jusqu'à une année après la fin de la grossesse, mais seulement la première fait partie du cadre de gouvernance globale du corps souffrant. À première vue, cette classification constituerait un pas en avant par rapport à la dernière classification des maladies de l'OMS (CIM) car elle permet de recenser tous les décès des femmes, indépendamment de la cause de la mort, jusqu'à une année après la fin de la grossesse. Pourtant, la distinction entre causes obstétricales et non obstétricales, sur laquelle est basée cette classification, opère une hiérarchisation entre la mortalité maternelle – sur laquelle vont se focaliser toutes les politiques publiques en santé – et les autres qui ne seront pas prioritaires. Cela fait que les décès classifiés comme dus à des causes

¹⁷³ Ces catégories sont complémentaires avec les concepts suivants :

– « **mort maternelle tardive** », définie comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse ;

– « **mort liée à la grossesse** », définie comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause de la mort.

Les morts maternelles se subdivisent en deux groupes :

Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus.

Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

non obstétricales sont explicitement exclus de la mortalité maternelle et classifiés comme des décès liés à la grossesse. Dans la pratique, cette distinction fait que même si les États sont obligés de recenser tous les décès, ils sont indirectement autorisés, voire encouragés, à se focaliser exclusivement sur ceux qui sont comptabilisés comme relevant de la mortalité maternelle. Grâce à ce système de classification, le féminicide est exclu de tous les mécanismes de pression sur les États mentionnés auparavant. Or, tel qu'il sera démontré ici, cette exclusion constitue une forme invisible de gouverner les corps féminins caractérisée par la naturalisation de l'exposition à la cruauté dosée en fonction de la colonialité de la vie.

Dans la dernière classification des maladies de l'OMS (CIM-10), la mortalité maternelle est définie exclusivement comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite » (Organisation mondiale de la santé, 2009, p. 179). Cette définition trace les frontières du corps souffrant enceint. Considérer le féminicide de femmes enceintes comme une cause non obstétricale entraîne son exclusion du terrain d'intervention médicale, en le laissant à l'extérieur du terrain sur lequel la BM et le FMI contraignent les États à intervenir efficacement afin de réduire effectivement les décès. Ainsi, l'effet direct de la classification de ce phénomène comme une cause non obstétricale est de le faire sortir du cadre à partir duquel les institutions qui gouvernent la vie définissent la souffrance contre laquelle on va effectivement intervenir pour l'éviter.

Dans la CIM-10, l'OMS a répondu à la pétition de la *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) d'inclure dans le calcul du taux de mortalité maternelle tous les décès indépendamment des causes (Costa, Ribas, Amorim, & Santos, 2002) par la création des catégories *mort maternelle tardive* et *mortalité liée à la grossesse*. Dans cette classification, le féminicide est classifié dans la seconde catégorie, comme une cause fortuite, c'est-à-dire comme un phénomène « externe » au processus de grossesse (World Health Organization, 2012, p. 11). Cela place la violence de genre comme un élément extérieur à la grossesse. Ces

catégories créent l'illusion d'inclusion. Or les morts qui y sont classifiées ne rentrent pas dans le calcul du taux de mortalité maternelle et tout ce qui reste en dehors de ce calcul est exclu du cadre d'intervention des États et des organisations internationales.

Des recherches menées dans différents pays de façon indépendante coïncident pour révéler que le féminicide est une des premières causes de mortalité chez les femmes entre 13 et 49 ans dans leur ensemble et au moins une des cinq principales causes de mortalité chez le groupe des femmes enceintes, sinon la première¹⁷⁴. La visibilité croissante du phénomène coïncide avec l'élargissement de la perspective sur le corps souffrant enceint introduit par l'OMS dans la CIM-10, ce qui montre la centralité du rôle de cette organisation dans la définition de la frontière entre le visible et l'invisible. La littérature internationale a été majoritairement produite entre 1990 et 2010 aux États-Unis. Le rapport sur le système de surveillance de la mortalité maternelle de 2005 du *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) a été déterminant dans ce processus. Le CDC a trouvé que 20 % des femmes qui meurent pendant la grossesse sont assassinées, ce qui rend l'homicide la principale cause de mort des femmes enceintes aux États-Unis. D'autres recherches, antérieures et postérieures à ce rapport, coïncident sur ce pourcentage et sur d'autres aspects également. Par exemple : le phénomène se concentrait chez les femmes jeunes afro-américaines ; la sous-déclaration de la grossesse dans le recensement officiel des décès par féminicide est énorme ; pendant la grossesse une femme est au moins trois fois plus exposée à être violentée ou tuée ; les femmes de moins de 20 ans sont les plus exposées et la grossesse à cet âge est plus habituelle dans les contextes de marginalisation économique où la plupart des *Latinas* et des Afro-américaines sont reléguées¹⁷⁵ ; les Afro-américaines sont les femmes les plus exposées à mourir par féminicide pendant la grossesse ; la plupart des homicides sont commis par armes à feu et habiter une zone où il y a une plus forte circulation de ces armes augmente l'exposition des femmes à cette cause de décès ; enfin, il y a plus d'armes dans les zones d'habitation des gens non blancs du fait de leur intégration dans le côté illégal de l'économie

¹⁷⁴ Voir: (Cheng & Horon, 2010; Fino Sandoval, 2007; Parsons & Harper, 1999).

¹⁷⁵ Chez les femmes hispaniques et afro-américaines, la grossesse pendant l'adolescence est beaucoup plus élevée que chez les femmes blanches (Blum & Qureshi, 2011, p. 5).

globale¹⁷⁶ (Bello-Urrego, 2011). Les quelques recherches qui abordent le phénomène dans d'autres pays arrivent à des conclusions équivalentes¹⁷⁷ à celles du CDC. Principalement en ce qui concerne l'ampleur du phénomène et la plus grande exposition des femmes jeunes non-blanches habitant des contextes de marginalisation économique. Cela indique qu'il ne s'agit pas d'une particularité des États-Unis, mais d'un phénomène lié à des logiques globales¹⁷⁸.

En comparaison avec la littérature scientifique qui aborde les causes incluses dans ce taux, le nombre de recherches qui explorent le féminicide est infime. Ce manque d'exploration prouve l'effectivité du cadre de construction du corps souffrant en ceint de l'OMS pour fixer les frontières du cadre de vision du corps souffrant. Le lien entre la définition de l'OMS et le cinquième OMD contribue aussi à cette invisibilité. Ce cadre encourage les pays « en voie de développement » à réaliser les OMD pour pouvoir montrer des chiffres descendants de mortalité maternelle à la BM et au FMI, car l'accès à la coopération internationale en dépend. Cela pourrait encourager les États à stimuler exclusivement les recherches sur les causes reconnues par l'OMS, sur lesquelles ils seront évalués, et à maintenir hors du cadre de vision ce qui pourrait affecter les indicateurs chiffrés prévus dans les rapports.

¹⁷⁶ À propos du lien entre lieu d'habitation des Hispaniques et des Afro-américains et le côté illégal de l'économie, voir par exemple (Venkatesh, 2008).

¹⁷⁷ Des études des République Tchèque, Bangladesh, Russie, Chili, Inde, Sri Lanka, Pakistan ont été recueillies par Maria Bruyn. Voir: (Bruyn, 2003). En ce qui concerne la littérature latino-américaine voir : (Bello-Urrego, 2011).

¹⁷⁸ Bien que la plupart des recherches n'abordent pas le type de lien entre la grossesse et le féminicide, celles qui existent, principalement latino-américaines, indiquent que la violence de genre ne se radicalise pas fortuitement pendant la grossesse, mais en raison d'elle. Voir: (Oliveira Menicucci de, Carneiro, & Amaral, 1993)(Blay, 2008)(Campero et al., 2006)(Langer, 2002)

En Colombie, entre 1998-2004, le féminicide et le suicide¹⁷⁹ pendant la grossesse ont été la principale cause de décès chez l'ensemble des femmes *en âge de procréer*¹⁸⁰ («Mortalidad relacionada con el embarazo Colombia 1985-2005: Orinoquia, Amazonia y Chocó» Analisé et cité par: CLAM, 2011). Le féminicide chez les femmes enceintes se répartit dans le territoire suivant la même distribution raciale de la *mortalité maternelle* par des causes reconnues. Dans le Chocó, l'Amazonie et l'Orénoque, les régions où se concentrent les peuples indigènes et noirs, la mortalité maternelle est la plus élevée du pays, arrivant parfois à être 5 fois plus élevée que la moyenne nationale (Fino Sandoval, 2007, p. 16). En ce qui concerne le féminicide, bien qu'il soit la troisième cause de décès des femmes enceintes à l'échelle nationale, il est la principale dans les régions où la population non blanche est plus importante. Par exemple, le Guaviare, le Putumayo et le Caquetá sont les départements où les femmes sont plus exposées. Toutes ces régions sont des territoires fortement affectés par le conflit armé et par le trafic de drogue, et aussi des territoires avec un fort pourcentage de gens non blancs. Tous ces éléments sont déterminants pour expliquer le phénomène du féminicide chez les femmes enceintes et son lien avec le fonctionnement normal de l'accumulation globale de richesses.

¹⁷⁹ La recherche analyse le féminicide et le suicide comme des phénomènes connexes. Bien que je sois d'accord sur l'existence d'un lien très étroit entre les deux, afin de respecter la délimitation du sujet de thèse, j'inclus dans mon analyse ici seulement les données sur le féminicide. Cependant, le cas du suicide des femmes enceintes serait également illustratif de la plupart d'arguments présentés dans cette section. Le Putumayo, suivi du Guainía et Caquetá sont les régions où les femmes enceintes se suicident le plus (Fino Sandoval, 2007, p. 66). Le Putumayo est d'ailleurs la région où on recense à la fois le plus grand nombre de suicides et le second plus grand nombre de féminicides. Ce sont des régions avec une forte présence des peuples indigènes. Dans la cosmovision des peuples de l'Amazonie, le suicide est la réponse la plus digne face à l'exposition systématique à la cruauté. Historiquement, les peuples indigènes de cette région ont été intégrés dans l'économie capitaliste du côté illégal de la division internationale du travail. Cela fait que ces peuples ont été gérés comme des ressources par des acteurs armés et non comme des populations par l'État (voir chapitre I). Par exemple, suite à l'intensification du conflit armé en Colombie pendant les années 1990, les paramilitaires ont pu consolider dans les années 2000 leur contrôle territorial de cette zone stratégique pour l'exploitation minière et le narcotrafic (Centro de Memoria Historica, 2016). Tel que l'ont démontré les recherches de Ginna Coral, psychiatre du peuple Caméntsá du Putumayo, le suicide est une stratégie de résistance face à la négation de l'accès au bien-être pour les peuples indigènes, qui est structurelle à la division internationale du travail. Dans ce contexte, les grossesses non désirées sont un des éléments identifiés par la chercheuse comme déclencheurs du suicide chez les femmes des peuples indigènes (Coral Palchucán, 2015, p. 5).

¹⁸⁰ Catégorie médicale utilisée pour désigner le groupe des femmes âgées de 13 à 49 ans.

Une chercheuse de l'Instituto Nacional de Salud¹⁸¹ (INS) a essayé de consulter les dossiers juridiques concernant les féminicides au-delà des seuls chiffres statistiques, mais à cause des limites institutionnelles du ministère de la justice cela n'a pas été possible. Elle a été toutefois autorisée à consulter un dossier juridique choisi aléatoirement. Il s'agissait du cas d'une femme enceinte de six mois, assassinée par son compagnon, un paramilitaire (Fino Sandoval, 2016, p. 10). Cette femme habitait à Cordoba, région peuplée majoritairement par des Afro-colombiens non blancs, qui au moment des faits était en train d'être envahie par un groupe paramilitaire. Elle et son bébé ont été démembrés, une stratégie d'assassinat typique des paramilitaires, utilisée dans tous les territoires de la Colombie. Ce cas s'inscrit dans le cadre du conflit armé, bien que le combattant ait agi par son propre intérêt. Il faut prendre en considération que la masculinité militariste est encore plus dépendante que les autres formes de masculinité de la continuelle réaffirmation de la puissance à travers la consommation de corps féminins¹⁸². Cette capacité prédatrice, qui va au-delà de la participation directe de l'homme dans le groupe armé, est prouvée par le fait qu'après le processus de paix de 2006 – censé avoir démobilisé l'organisation paramilitaire des Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) –, la violence classifiée comme « intrafamiliale » a énormément augmenté en Colombie (Mazzordi Dias & Marin Carvajal, 2016). D'ailleurs, le fait que les trois régions avec les plus de féminicides chez les femmes enceintes soient des zones sous contrôle paramilitaire illustre le lien entre destruction du corps féminin et présence paramilitaire dans un territoire.

Dès le début du XX^e siècle le paramilitarisme a fait partie des stratégies de conquête et d'intégration des territoires dans l'économie globale au profit des élites coloniales. Il s'agit de la rationalisation de la violence exercée sans aucune limite contre les communautés dont l'humanité n'est pas reconnue par le regard moderne et qui ne sont donc pas assujetties à travers le disciplinément institutionnel, mais à travers la cruauté (Bello-Urrego, 2018). Les territoires contrôlés par ces milices ont toujours été économiquement stratégiques et, en

¹⁸¹ L'Institut national de santé était à l'époque l'organe indépendant en charge de la production des données épidémiologiques pour le ministère de la santé.

¹⁸² Voir le concept de mandat de masculinité (*mandato de masculinidad*) de Rita Segato (Segato, 2016).

même temps, ce sont des territoires habités par *les autres de la nation*¹⁸³. Les milices paramilitaires ont été des maillons dans la chaîne de production normale des produits insérés dans l'économie légale globale : l'huile de palme, divers produits de l'exploitation minière, bananes, etc. (Romero, Valencia Agudelo, & Alonso Espinal, 2007). Bien que ces produits ne soient pas illicites, leur chaîne de production dépend du contrôle illégal des territoires locaux et de ses habitant-e-s par les paramilitaires. En outre, les organisations paramilitaires émergées dans les années 1990 sont également impliquées dans la gestion de produits illégaux. Par exemple, l'organisation paramilitaire *Autodefensas Unidas de Colombia* (AUC), émergée dans le contexte néolibéral de la fin du XX^e siècle, et ensuite les différents groupes armés reconstitués malgré le processus de paix sont étroitement impliqués dans l'exploitation minière illégale et au narcotrafic (Mantilla Valbuena, 2012). Ce sont des activités qui permettent la concentration de grandes quantités d'argent nécessaires pour participer aux activités du côté légal du marché transnational, une fois l'argent blanchi¹⁸⁴.

Le contrôle territorial des paramilitaire s'est toujours matérialisé par la prédation des corps féminins. En effet, la destruction des corps féminins est inséparable de la conquête des territoires et de l'économie globale qui en dépend. La destruction des corps enceints exemplifie bien cette logique. Les milices paramilitaires colombiennes du début du XX^e siècle, les *chulavitas* et les *pajaros*, tuaient publiquement et par des méthodes très cruelles les femmes enceintes des communautés considérées ennemies du projet politique du Parti conservateur. Projet très lié aux intérêts des élites dont le pouvoir dépendait de la propriété de territoires de grande étendue (Meertens, 2001). Dans les années 1990, les AUC ont continué à cibler des femmes enceintes et à utiliser leurs corps pour la démonstration publique de leur pouvoir. Le féminicide des femmes enceintes est une expression extrême

¹⁸³ Les paramilitaires sont étroitement liés à l'exploitation des territoires par des moyens illégaux et para-institutionnels, au service d'entreprises légales du type élevage industriel de vaches, entreprises transnationales minières, ainsi que des entreprises transnationales de culture de bananes et de palme africaine, etc. Ces groupes sont aussi également liés au narcotrafic et à l'exploitation minière illégale (Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (Colombia), 2011, p. 72).

¹⁸⁴ À propos de l'interdépendance entre l'économie légale et l'illégal voir : (Saviano, Clavel, & Ramos Mena, 2010; Segato, 2016).

de la prédation du corps féminin nécessaire pour insérer ces territoires et ces habitants dans l'économie globale¹⁸⁵.

De la même façon qu'en Colombie, dans d'autres pays les féminicides des femmes enceintes se concentrent dans les territoires où l'économie illégale est prédominante ou très présente, tel que les quartiers afro-américains et latinos aux États-Unis ou l'État de Morelos au Mexique. Tel que les travaux de Rita Segato le démontrent, cette économie entraîne des disputes de territoires où l'unique voie pour se construire puissant est la violence directe (Segato, 2016). Le fonctionnement du côté illégal de l'économie se base sur la démonstration de puissance et non sur des normes institutionnalisées et la cruauté envers les corps féminins subalternes s'insère dans ces logiques car ils constituent le principal territoire disponible à l'homme non blanc pour construire sa puissance (Segato, 2016). Bien que toute masculinité hégémonique implique la prédation des autres êtres, la division coloniale de la vie fait que la prédation à travers la bureaucratie du côté légal du marché est une expression du privilège colonial de l'homme blanc, tandis que la masculinisation militariste qui fait fonctionner le côté illégal de ce même marché est réservée au non blanc (Bello-Urrego, 2018). Malgré cela, les recherches qui ont abordé le phénomène du féminicide des femmes enceintes ont utilisé seulement la violence de genre dans le contexte du couple comme cadre d'analyse. Cela laisse à l'extérieur du champ de vision les liens entre la prédation des corps féminins et le fonctionnement normal de l'économie coloniale.

Parmi les cas documentés dans les Rapports pour la mémoire historique sur la violence envers les femmes exercée par les AUC, il y a plusieurs femmes torturées et/ou tuées publiquement parce qu'elles étaient enceintes. Voici cinq cas représentatifs des différents aspects du phénomène : le cas d'une fille enceinte violée brutalement par le chef de la faction afin de discipliner le subalterne responsable de la grossesse (Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (Colombia), 2011, p. 168) ; une fille de 18 ans empalée

¹⁸⁵ En ce qui concerne le lien entre prédation du corps féminin et fonctionnement normal de l'économie, voir : (Segato, 2016).

publiquement pour être soupçonnée d'être enceinte d'un guérillero (Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación, 2009, pp. 39-40) ; une femme soupçonnée d'être une guérillera violée férocement afin de la faire avorter devant son compagnon, lui aussi soupçonné d'être guérillero, en argumentant que la « rébellion est héréditaire » (Centro de Memoria Historica, 2016, p. 168) ; une femme qui a utilisé, avec succès, l'argument de son état de grossesse, comme moyen pour éviter une agression (Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (Colombia), 2011, p. 180) et une femme qui a été l'unique survivante d'un groupe de femmes condamnées à mort grâce au fait d'être enceinte (Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación, 2009, p. 41).

Dans les deux premiers cas, la grossesse a été abordée comme étant une « marque » qui indique la propriété d'un homme sur une femme. Cet élément est aussi présent dans le troisième mais, dans ce cas, la femme elle-même est ciblée comme indésirable. Dans le deuxième et dans le troisième cas, le corps enceint a été ciblé afin de détruire matériellement et symboliquement la capacité reproductrice de l'ennemie. Pourtant, dans le quatrième et cinquième cas, la capacité reproductrice exprimée par la grossesse a pu jouer comme protection. En effet, ces corps hyperfeminisés par la gestation sont ciblés soit comme des objets de protection spéciale, soit comme des territoires privilégiés pour exercer pédagogiquement la cruauté. Ces derniers sont les femmes accusées par les paramilitaires d'être l'ennemie ou de reproduire « l'ennemi ». La focalisation des agressions sur le ventre, le fœtus et le vagin dans la destruction des corps enceints montre que ces femmes sont ciblées à la fois pour être des femmes, pour être enceintes et pour être identifiées comme reproductrices du groupe à avilir. Celles qui incarnent l'éloignement de l'expectative paramilitaire sur les comportements acceptables sont construites comme des corps vils à travers la cruauté, mais le groupe identifié comme se reproduisant à travers elles est aussi construit comme vil. Ce sont exclusivement ces dernières celles dont le groupe armé se sert pour apprendre à la communauté le comportement normatif. Donc, ces femmes ne meurent pas fortuitement en étant enceintes, mais en raison de ce que la mort de ces corps féminins

enceints signifie pour le regard des paramilitaires et du message que la cruauté sur ces corps peut envoyer aux communautés habitant les territoires à conquérir.

Les quelques recherches qui abordent qualitativement le lien entre l'assassinat et la grossesse se limitent à l'analyse de la violence dans le contexte du couple. Voici deux cas brésiliens qui exemplifient les trouvailles de la littérature internationale¹⁸⁶: un homme marié a tué son amante mineure après qu'elle a refusé d'avorter et un autre a tué son épouse parce qu'il ne trouvait pas un travail pour l'entretenir (Oliveira Menicucci de, Carneiro, & Amaral, 1993). Dans ces cas, les hommes ont exercé la cruauté sur les corps enceints en les réduisant à des propriétés dont il devient possible de disposer en fonction de l'intérêt de l'auteur du féminicide. Les principaux agresseurs sont des époux, des copains, ou des anciens compagnons pour qui la grossesse signifie une perte de contrôle face au corps féminin¹⁸⁷. Les recherches existantes montrent que le féminicide est une réponse masculine commune face aux grossesses non-désirées¹⁸⁸. Bien que le phénomène ait été visibilisé dans des recherches latino-américaines, cela ne semble pas d'être une particularité de la région. Par exemple, d'après la littérature épidémiologique étasunienne le féminicide a lieu principalement pendant les premiers mois de la grossesse, ce qui pourrait indiquer qu'il s'agit d'une réponse à une grossesse non désirée.

L'analyse conjointe des cas traités par la littérature sur la violence contre les femmes enceintes et de ceux documentés par les Rapports pour la mémoire historique en Colombie montre que le statut d'objet des corps féminins ne préexiste pas à l'exposition à la cruauté. Au contraire, c'est la cruauté ce qui réduit plus ou moins des corps féminins à des objets sur lesquels quelqu'un d'autre construit son propre pouvoir. Cette dynamique est beaucoup plus explicite dans le cas du conflit armé colombien mais elle est aussi présente dans ceux

¹⁸⁶ La recherche dans les bases de données a été faite à travers des moteurs de recherche internationaux en quatre langues : portugais, anglais, français et espagnol. La plupart de la littérature accessible par cette méthode est latino-américaine. Cela montre que cette approche est probablement plus fréquente dans cette région.

¹⁸⁷ Voir : (ABC News, 2007) (Langer, 2002).

¹⁸⁸ Voir: (Bello-Urrego, 2011; Campero et al., 2006; Langer, 2002).

analysés comme appartenant au « contexte du couple »¹⁸⁹. Cette logique patriarcale constitue un continuum entre les cas. Dans tous les cas les femmes ont été assassinées pour être des femmes, c'est-à-dire des territoires pour l'exercice du pouvoir patriarcal. Pourtant il y a une différence entre celles dont la mort s'insère dans le côté institutionnel et légal de l'économie et celles dont la mort s'insère dans le fonctionnement normal du côté illégal et para-institutionnel. Bien que dans tous les cas les femmes meurent pour être des femmes, elles meurent aussi en raison de leur insertion dans l'économie globale. Selon la littérature scientifique internationale, les données officielles sur la mortalité maternelle en Colombie et les rapports pour la mémoire historique, ce sont presque exclusivement des femmes non blanches, habitant des zones où le côté illégal du capitalisme prédomine, celles qui meurent par féminicide tandis que les femmes blanches habitant le côté institutionnel sont beaucoup moins exposées. Cela implique que tous les corps féminins ne sont pas également exposés à mourir pour être des femmes et que l'exclusion de la violence de la définition du corps souffrant enceint est un exercice de cruauté racialisant. Le féminicide des femmes enceintes et son exclusion du corps souffrant enceint sont des actes concrets de cruauté qui avilissent le corps féminin et le groupe qu'il est un train de reproduire. Ce type de féminicide a beau pouvoir être commis individuellement et dans n'importe quel contexte, il est toujours inséré dans les mécanismes globaux de féminisation et racialisation des corps.

Les exclusions du cadre de l'OMS pour aborder le corps souffrant enceint montrent une gestion racialisante des corps qui reproduit dès le ventre la division entre la zone de l'être et la zone de non-être. Quand une cause de décès est classifiée comme étant de la mortalité maternelle, les États sont obligés d'intervenir avec des politiques dont l'effectivité sera vérifiée par la BM et le FMI. Cette focalisation fait que l'État est obligé d'intervenir sur les causes de mortalité maternelle auxquelles sont exposées les femmes les plus privilégiées. Au contraire, toutes les femmes mortes par féminicide sont classifiées comme étant des *morts liées à la grossesse*. Exclues du recensement de la mortalité maternelle, ces décès sont

¹⁸⁹ J'utilise cette catégorie pour faire référence aux catégories plus communément utilisées par la littérature internationale.

transformés en chiffres non prioritaires ni pour l'État ni pour les organisations internationales. Ainsi, non seulement on n'intervient pas pour faire vivre ces femmes, mais on les expose encore plus à la souffrance. En Colombie, les régions ayant une population non blanche plus importante sont aussi les zones où les femmes enceintes meurent plus de causes classifiées comme *liées à la grossesse* que de causes reconnues comme *mortalité maternelle*. Sur 10 décès classifiés comme « liés à la grossesse », 4 étaient des féminicides et 3 des suicides, ce qui implique que 7 décès sur 10 correspondent à des morts violentes de femmes enceintes qui grâce à cette catégorie sont transformées en faits « fortuits » et, ainsi, placés en dehors du cadre de vision et d'intervention institutionnelle.

La distinction entre causes obstétricales et non obstétricales opère la frontière entre le corps souffrant et le corps normal. L'exclusion de la violence de genre du corps souffrant enceint construit indirectement la cruauté comme un élément intrinsèque du corps féminin. Cela permet d'intervenir médicalement sur ce corps sans problématiser son insertion dans les rapports sociaux hiérarchiques qui le rendent féminin. Ce qui constitue en soi un exercice de naturalisation de ce corps et des rapports qui le rendent possible. Cet exercice de pouvoir ne façonne pas de la même façon tous ces corps car la distribution des féminicides indique que les corps non blancs sont plus exposés à la violence qui reste en dehors du cadre d'intervention médicale. Ainsi donc, l'exclusion du corps souffrant de la violence envers le corps enceint véhicule une exposition racialisante à la souffrance qui recrée la différence ontologique entre les êtres.

La construction du corps souffrant enceint est un exemple où le pouvoir normalise la répartition globale de la cruauté en définissant la frontière entre la souffrance qui est susceptible d'intervention institutionnelle et celle qui ne l'est pas. Cet exercice de l'institution médicale est en soi un exercice de cruauté car en naturalisant l'exposition de certains corps à souffrir cette institution fait souffrir ces corps. Ceci constitue un exercice de cruauté intrinsèque à la gestion moderne de la souffrance qui avilit certains corps en les

plaçant dans la hiérarchie moderne. Cruauté dosée par une logique très précise et dont le fonctionnement normal de l'économie coloniale dépend.

La catégorie « mort liée à la grossesse » fonctionne comme un mécanisme qui invisibilise ce qui tue les femmes non blanches et pauvres pendant la grossesse. Raison pour laquelle cette catégorisation médicale peut être abordée comme un mécanisme effectif de naturalisation de l'exposition différenciée à la cruauté des corps féminins intrinsèque au pouvoir. Dit autrement, la construction du corps souffrant enceint naturalise des doses plus élevées de cruauté chez les corps féminins non blancs en laissant hors du cadre d'intervention médicale ce qui tue principalement ces femmes. Cette exposition construit le corps enceint assassiné comme un corps vil en même temps qu'elle avilit le groupe que ce corps est en train de reproduire. Ce cas montre comment le pouvoir moderne s'exprime en faisant vivre certains corps, reconnaissant ainsi leur humanité, en même temps qu'il fait souffrir d'autres corps. C'est à travers cet exercice de cruauté que le pouvoir nie à ces derniers un caractère ontologique équivalent à ceux que ce même pouvoir fait vivre. Le pouvoir moderne s'exprime donc en faisant vivre des gens-population et en faisant souffrir des gens-ressources.

La création des médecins : la gestion du corps souffrant par exposition à la cruauté

« La vie n'est pas ce que l'on a vécu, mais ce dont on se souvient et comment on s'en souvient » (Garcia Marquez, 2006). C'est dans cet esprit que j'aborderai ici *ce dont se souviennent* les médecins et *comment ils s'en souviennent* comme un registre des expériences qui se sont incarnées dans leurs corps. Plutôt que cerner objectivement ce qui se passe durant la formation du médecin, ce qui m'intéresse c'est de saisir comment cette expérience s'est gravée sur le corps de la personne pour la faire devenir médecin.

Cette section se focalise sur la figure du *médecin* et sur les expressions extrêmes des phénomènes que je cherche à décrire. Dans l'organisation extrêmement hiérarchique de

l'institution médicale, ce sont les gens qui incarnent ce rôle qui deviennent des piliers de ce qui est la gestion moderne de la souffrance. Ensuite, les cas extrêmes m'intéressent parce qu'ils me permettent de saisir le pouvoir dans ses expressions les plus visibles. Tel qu'il sera démontré, la gestion institutionnelle du corps souffrant commence dès la sélection des gens qui deviendront des médecins, continue par le façonnement des limites de leur imaginaire, afin de discipliner leurs réactions face à la souffrance d'autrui, et perdure par des contraintes imposées institutionnellement et constamment tout au long d'exercice professionnel.

Cette section aborde les rapports entre la formation des médecins, l'institution médicale et l'institutionnalisation de la sensibilité moderne à travers des sources secondaires, deux thèses en médecine de l'université Nacional et l'analyse narrative d'entretiens avec 29 médecins et quatre autres professionnel-le-s de santé allant de 20 à 90 ans, sélectionné-e-s pour être : moitié hommes, moitié femmes ; avoir fait des études et pratiqué la médecine avant, pendant et après la réforme néolibérale de 1993 (Loi 100); être d'origine bourgeoise et prolétaire ; être issu-e-s d'universités publiques et privées ; avoir différentes orientations sexuelles ; avoir différentes places raciales ; avoir différentes orientations politiques et, finalement, pour être des combattants et des civils. Cette section cherche à démontrer que l'ensemble des savoirs et des pratiques fixes qui composent une institution sont indissociables des gens et des moments concrets qui la matérialisent. Cela implique que la gestion du corps souffrant est le produit de l'interaction entre ce qui est le professionnel de santé en tant qu'individu et ce qu'il devient à l'intérieur des contraintes imposées institutionnellement. Dans ce sens, cette partie montre comment l'institution transforme une personne en une pièce d'une machinerie capable d'incarner des pratiques standardisées qui véhiculent le pouvoir. Au fond, ce qui m'intéresse c'est de saisir comment des personnes concrètes incarnent le pouvoir en devenant partie des institutions modernes de gestion du corps souffrant.

La construction du médecin par absorption de la personne dans l'institution

La loi 100/1993 constitue le cadre juridique de la gestion néolibérale de la souffrance, mais ses effets vont au-delà des normes explicites pour l'exercice de la médecine. Ainsi, de façon tacite, elle véhicule une expectative institutionnelle de ce que doit être un médecin, elle induit une gestion spécifique du rapport entre vie privée et professionnelle des médecins et une certaine gestion de la frustration et de l'espoir. Ces éléments apparemment secondaires constituent une gestion tacite du corps qui finit par être tout autant, sinon plus déterminante que les normes explicites qui régulent le secteur de la santé. Concrètement, l'effet le plus visible de l'ambiance institutionnelle créée par cette loi est la limitation effective de la disposition du médecin à sortir des comportements standardisés et donc à casser les logiques du pouvoir fixées dans ces comportements.

Durant les années passées à la faculté de médecine, l'institution s'immisce au plus profond des gens, en faisant s'imbriquer l'estime de soi à l'expectative institutionnelle. Cette expectative inculque une idée précise sur ce que doit être un médecin. Cette logique est une constante entre les générations, bien que l'expectative institutionnelle ait connu des ruptures avec la loi 100. En effet, l'un des aspects qui expriment le mieux la transition entre les médecins d'avant et d'après cette loi ce sont les changements dans l'image intériorisée de ce que doit être un médecin. Chez les premiers, être médecin est assimilé à être messianique, philanthrope, gentleman et savant. Dans ce cadre, le devoir du médecin va bien au-delà de savoir soigner les corps individuels et donc la politique est perçue comme étant un champ évident d'intervention. Cela est vrai autant pour les médecins engagés dans des organisations militantes (civiles ou armées), que pour des médecins conservateurs. En revanche, chez les derniers (ceux qui exercent après la loi 100), être messianique se caractérise plutôt par la résignation face à une perception de manque d'estime sociale pour la profession et l'estime de soi est liée à leur capacité de se montrer habiles pour gérer des « ressources économiques limitées ».

(Université privée. Homme de 87 ans qui a exercé avant la loi 100) Ernesto : « [...] À l'intérieur des principes de la médecine d'altruisme¹⁹⁰ où le patient passe en premier, le médecin est en train d'agir, disons, avec une grande générosité et une grande préoccupation sociale. »

(Université publique. Homme de 85 ans qui a exercé avant la loi 100) Pedro : « On m'a appris qu'on devait être focalisé sur la personne parce que notre devoir est envers l'être humain... c'était honteux de parler d'argent ; un médecin qui parle d'argent ? Cette attitude est complètement opposée à l'usage d'aujourd'hui. Maintenant, non seulement vous devez gagner de l'argent, mais c'est le but explicite des institutions qui offrent les services de santé. »

(Université privée. Homme de 47 ans, formé avant la loi 100 mais qui exerce dans le nouveau cadre introduit par cette loi) Felipe : « [Nous, les médecins] on doit être très ordonnés, et on doit bien gérer les moyens. Ça ne veut pas dire de l'anarchie, ça ne veut pas dire... Bien ajuster les moyens. »

(Université privée. Femme de 46 ans, formée avant la loi 100 mais qui a exercé après la loi) Piedad : « ça vient déjà de tes études à l'école de médecine, tu ne peux pas aller demander une quantité faramineuse de choses parce qu'après on va rien te donner, ni rien rajouter pour les soins de ton patient et si t'as gaspillé les moyens du système de santé, tu comprends, alors ça fait partie du sens de l'éthique, qu'on doit avoir, parce qu'on ne peut pas demander une hausse exagérée des coûts, parce qu'on doit faire attention au système et aux moyens économiques qu'on utilise ».

(Université privée. Femme de 35 ans, formée après la loi 100) Tatiana : « Bon, je crois que pratiquer [la médecine] depuis la loi 100 ce n'est pas quelque chose de difficile. Si on se conforme et on fonctionne dans le cadre, on peut faire les choses bien. Mais il faut bien le connaître et savoir utiliser au mieux les moyens. »

Bien que l'image de soi comme un être messianique reste vivante chez la génération de la loi 100, la reconnaissance sociale de ce rôle à travers le respect du patient n'est plus présente. Le rapport encouragé entre le médecin et la personne souffrante par un système de santé qui limite l'intervention médicale au *Plan Obligatoire de Santé* (POS) y joue un rôle majeur. Ce plan consiste en une liste très restreinte de procédures et de médicaments qui seront couverts par les entreprises d'assurance dans le cas des travailleurs et par l'État dans le cas des plus pauvres sans emploi formel. En plus, même en ajustant sa pratique aux limites du POS, le médecin est constamment surveillé et risque de perdre si les soins réalisés

¹⁹⁰ Concept utilisé par Ernesto.

coûtaient une quantité d'argent jugée excessive par un gérant qui ne sera jamais en contact avec la personne à laquelle il est un train de refuser des soins. Cet encadrement institutionnel encourage la frustration non seulement chez le médecin mais aussi chez la personne qui souffre. Cela génère de l'antipathie chez la personne souffrante qui ne verra jamais l'administrateur en santé, mais le médecin qui refuse le service. Médecin qui a son tour est construit pour identifier la ressource économique comme un objet de soin et donc pour problématiser d'abord l'adéquation de son intervention au cadre institutionnel, plutôt que la réponse appropriée pour le patient. Antipathie qui par ailleurs mine la possibilité des rapports d'identification du médecin vers le patient et l'empêche d'alimenter une image messianique de soi à travers le rituel de soins. Cela constitue un cadre institutionnel qui anéantit tacitement le désir du médecin de faire des efforts additionnels, tel que sortir des comportements standardisés, pour le bien-être de la personne qui souffre.

Carolina : « Être médecin c'est se lever chaque matin et être prêt à gagner son argent en soignant des gens qui sont malades, qui souffrent, qui sentent mauvais, qui ne fonctionnent pas comme les autres. Et faire ça, c'est compliqué, alors on doit se sentir une vocation de messie. [...] » « [par rapport à une personne souffrante] donner le médicament psychiatrique du POS impliquait de lui donner un médicament qui en plus d'avoir trop des effets secondaires, allait l'intoxiquer parce qu'il était allergique, pourtant le gérant, qui n'allait jamais voir la famille, m'a refusé l'autorisation pour continuer à lui donner le bon médicament... la famille a été agressive envers moi, ils avaient raison. Ils ne voyaient pas que je n'avais pas le pouvoir et que moi-même j'étais victime du même gérant. »

Adriana : « À la fin, moi je trouve que toute cette insatisfaction avec le système de santé, avec les EPS (Empresa Promotora de Salud), [les gens] la dirigent ou ils la projettent sur le médecin ou sur le personnel de santé qui les accueille. Du coup, ça aussi a fait, je crois, que la relation médecin-patient est différente par rapport à celle d'avant la loi 100 et qu'aujourd'hui elle ne peut pas être la meilleure. Le patient arrive irrité, prédisposé à se disputer. Alors cela limite le médecin dans sa pratique. »

Gustavo : « C'est comment tu soignes et comment tu négliges, quelle que soit la raison, parce qu'il y a des gens que tu ne veux pas prendre en charge, pour une raison x ou y. Ne parlons même pas du cas où on t'a agressé, c'est clairement émotionnel : moi, ça m'arrive, si un patient est agressif avec moi, alors c'est du "il a compris, il n'a pas compris, allez ciao." » –

La réduction de dépenses dans les soins de santé va de pair avec la prolétarianisation du médecin. Ce qui a son tour s'insère dans le processus de perte d'importance politique du savoir médical face au savoir financier dans la construction et la gestion du corps souffrant. Entre autres, la prolétarianisation entraîne une augmentation du nombre d'heures occupées par la vie professionnelle, ce qui à son tour décourage le médecin et réduit sa disponibilité à interagir avec chaque patient-e. Cette gestion tacite du rapport déséquilibré entre vie privée et professionnelle commence par le peu de temps libre résultant de l'exigence d'excellence académique dès la sélection pour rentrer à la faculté qui conditionne l'accès à une spécialisation médicale et donc à un salaire plus élevé. Puis, la réduction des salaires fait que maintenir le niveau de vie attendu pour un médecin – classe moyenne supérieure – implique plus d'heures de travail. En plus de cela, la gestion néolibérale réduit le temps de contact entre la personne qui souffre et le médecin à pas plus de 20 minutes selon la loi, mais assez souvent à 15 minutes dans la pratique¹⁹¹. D'ailleurs, le système d'attribution de consultations, pour ceux qui ne peuvent pas payer une assurance complémentaire au régime général ou des médecins du secteur privé, fait que difficilement le médecin et la personne souffrante se rencontreront. Ces éléments constituent une gestion du temps et de l'espace intrinsèque à un cadre institutionnel proprement néolibéral.

Carlos : « Je crois que nous avons beaucoup de tâches académiques, ce qui nous empêche de regarder vers d'autres espaces. Et ensuite il y a une grosse charge de travail, on travaille beaucoup d'heures et on étudie beaucoup d'heures chaque jour. Et on nous met dans l'idée qu'on doit être, d'une certaine manière, brillants. Et que pour être brillant il faut étudier et avoir beaucoup de connaissances, alors c'est à peine si le temps nous suffit pour ça et pour obtenir la bonne note. »

Adriana : « Cette obligation de travailler en courant, harcelé-e de tous les côtés, ça fait qu'on ne peut pas vraiment établir des rapports amiables avec les gens, parce qu'on est tout le temps en train de courir quelque part [...] ; au début de mon internat, il y a un an environ, bon, j'avais encore peu de connaissances et on m'exploitait beaucoup, j'étais toujours en train de courir et de stresser. [...] On prend le bébé, on lui coupe le cordon et on sort en courant... mais pourquoi ? Parce qu'on a hâte de finir vite, remplir les papiers et laisser le salon pour le nettoyage. [...] Il y a des moments où on sort de l'hôpital en pleurs après avoir vu comment on traite le patient. C'est comment on dispute les gens pour avoir une autre opinion, comment

¹⁹¹ Voir : (Barona Betancourt, 2007).

on a une mauvaise relation médecin-patient et comment on pratique mal le travail même de médecin. Vous voyez ? C'est-à-dire, tout ça dont on parle, avec la médecine conventionnelle, la médecine fondée sur les preuves, c'est qu'on le fait mal parce que ça ne nous plaît pas, on a la flemme parce qu'on est pressés et on devient de moins en moins humains ; ça n'est pas ce que moi je fais, mais c'est ça qu'on voit se passer dans la pratique des médecins. [...] Il devrait y avoir un minimum de conditions pour... un minimum qui permette de se reposer, dormir, manger et d'avoir le temps pour s'occuper des patients comme il se doit... oui, voilà, la première chose serait le temps. Et ensuite c'est la question des espaces que crée le système de santé pour recevoir les patients. Le système devrait offrir de meilleurs espaces, plus adéquats. Et puis la question de ce que le système de santé devrait offrir aux patients du côté des soins : ce serait des médicaments à temps, des examens à temps et les consultations de suivi dont ils ont besoin à temps aussi. Et parfois la même pratique se transforme en souffrance pour les médecins également ; quand par exemple on nous impose de longues journées et plein d'autres choses qui génèrent aussi du mal-être. »

Maria Fernanda : « Quand on voit cette pratique médicale tellement mécanique, comme elle est aujourd'hui dans les EPS [...]. Ce qui arrive c'est que souvent les gens rentrent dans une sorte d'aliénation et disent : "non, c'est parce que le système est comme ça", le POS est comme ça, l'EPS est comme ça et ils s'y habituent. Au lieu de dire "non, il faut autoriser les choses". »

Andrea : [réponse à la question sur sa participation dans une quelconque organisation politique et la raison pour laquelle elle l'a fait ou pas] : « Non, jamais. [...] D'abord parce qu'on a peu de temps, du coup, mais vraiment, même si on voulait le faire, y a pas le temps. »

Angel David : « la plupart des gens ne peuvent pas parler avec le médecin, c'est des rendez-vous très courts et pratiquement tout se fait au pas de course. »

L'importance de la gestion du temps pour produire des médecins s'exprime aussi à travers le temps d'exposition à la souffrance qui est propre à la vie professionnelle à l'intérieur de l'institution médicale. Exposition qui encourage une désensibilisation progressive. Dans la grande majorité des cas où les médecins ont cassé des logiques institutionnelles ou sont sortis des comportements institutionnalisés, ils étaient encore étudiants. Et, réciproquement, dans des cas de comportements cruels signalés par des collègues, il s'agissait de médecins qui faisaient un même travail répétitif depuis des années dans les hôpitaux publics. Cette désensibilisation du médecin a beau être structurelle à la gestion industrielle de la souffrance, elle n'affecte pas de façon uniforme tous les gens. Les gens qui

peuvent payer un médecin particulier sont indirectement en train de payer pour une réceptivité moins exposée à la désensibilisation et du temps additionnel pour construire des liens avec le médecin. Ces gens ne sont pas également exposés aux effets de la gestion industrielle du temps du médecin que ceux-celles qui ne peuvent pas payer.

Carolina : « [...] beaucoup de tristesse, voire de la rage, ça me donnait la rage parce que ça me semblait le comble [...] que la famille doive mettre en gage la maison pour se procurer un cathéter parce qu'il n'y en avait pas, ça me semblait affreux, la famille courait pour tout faire et moi aussi [à l'époque où elle était étudiante en stage à l'hôpital public], derrière ceux qui devaient faire l'intervention ; [les médecins en charge] faisaient tout lentement, en prenant leur temps, tandis que le patient risquait de mourir. [Ils] faisaient tout au ralenti, ils m'engueulaient et se moquaient de moi parce que j'insistais pour qu'ils se dépêchent. S'ils s'étaient dépêchés, peut-être qu'il ne serait pas mort. Ceux qui devaient faire les choses, concrètement ils ne les faisaient pas à temps, tandis que la famille et les étudiants on courait partout, et à la fin il [le patient] est mort, parce qu'on n'a pas pu faire ce qu'il fallait à temps et il est mort [...] ; la famille a perdu un proche et la maison aussi. »

Rocio : « Je travaille dans une clinique privée où toutes les consultations sont privées ; là, je peux faire l'intervention que je veux, je peux prescrire le médicament que je veux, je peux donner le traitement que je veux et je n'ai pas à suivre à la lettre [les normes du] système de santé. [...] J'ai quitté le système. C'est pour ça que je ne suis pas retournée travailler dans une EPS, je n'ai pas fait de spécialité clinique parce que si je faisais autre chose, disons, de la chirurgie ou de la pédiatrie, alors je devrais rester confinée dans le système de santé. Alors, disons que maintenant, dans ce que je fais, j'ai la liberté d'avoir une heure de consultation avec mon patient, j'ai la liberté de prescrire ce que je veux et je peux avoir un rapport cordial, parce que le patient est cordial avec moi. »

En plus de la gestion du temps, l'insertion du médecin dans l'institution médicale implique de discipliner son regard pour l'empêcher de voir des personnes concrètes. Ce qui conditionne indirectement ce que le médecin fait. Cela transforme le médecin dans la pièce institutionnelle qui à son tour va transformer la personne particulière qui souffre en un corps souffrant générique. La disparition de la personne du regard médical peut être abordée comme une technique d'anéantissement des émotions qui encourage un rituel de soins caractérisé par des comportements standardisés. Cette logique s'est intensifiée dans la gestion néolibérale avec l'introduction du *gérant des services de santé* car il n'aura jamais de

contact avec la personne qui souffre, mais il aura la même capacité d'intervention sur son corps que le *médecin*. La centralité accordée à ce rôle implique que la personne qui décide de la vie, la mort et la souffrance ne verra jamais les effets de ses décisions sur le gens autrement qu'à travers un chiffre d'affaires. À la différence du *médecin*, les effets de ses propres actions sur les gens ne font pas partie de la construction de l'estime de soi du gérant. Au contraire, l'expectative institutionnelle vis-à-vis de lui construit un lien entre l'estime de soi et la capacité de prendre soin des ressources, non des gens. Cela signifie que la personne souffrante est complètement absente du cadre de vision d'une de deux pièces institutionnelles qui interviennent sur ce corps, tandis que la capacité de l'autre pièce est limitée au maximum. La disparition de la personne qui souffre du cadre de vision de celui qui intervient sur le corps est une constante entre les générations. Mais la radicalisation de ce phénomène, exprimée par la centralité du gérant, illustre la transition entre la personne qui souffre comme un objet de contrôle étatique vers la personne souffrante comme un objet directement lucratif pour le marché. La loi 100 a radicalisé le phénomène « d'invisibilisation » de la personne, aboutissant ainsi à l'anéantissement des émotions dans le contact institutionnel.

Gustavo : « En général, le patient n'est pas une personne, c'est une maladie. Tu parles de l'hypertension de tel lit, du cancer de tel lit, de l'insuffisance cardiaque de tel lit. »

Angel David : « Dans la pratique médicale, l'information est très fragmentée, chaque spécialiste connaît un peu son domaine, mais il n'y a pas d'intégration des connaissances. »

Nicolas : « Avec la loi 100 et ses dynamiques administratives, on a rogné sur les prérogatives du médecin, en se mêlant de ce qui est au cœur de la profession, sa capacité à faire des diagnostics et à déployer toute la technologie possible et disponible et sa capacité d'action thérapeutique, son pouvoir de demander des médicaments pour quiconque afin d'améliorer la condition des gens. »

Andrea : « Avant la loi 100, presque tous, pour ne pas dire tous, les gérants des hôpitaux étaient des médecins ou des chirurgiens, donc des gens qui pratiquaient eux-mêmes des soins dans l'institution. Il y avait même un chirurgien célèbre qui donnait des consultations quatre jours par semaine et travaillait le reste du temps comme gérant. Du coup, cela permettait que les gens soient plus conscients de ce

qu'ils étaient réellement en train de gérer. Maintenant, ceux qui gèrent, ce sont des administrateurs, voire des ingénieurs. »

Piedad : « Le lien médecin-patient est un peu rare, parce que maintenant le système est tel, comme je te dis, si transitoire, qu'on le voit très peu le patient [...]. Cette relation d'affection, de connaissance, de continuité, ce rapport fort comme dans une amitié, ça n'existe plus et ce sont les unités de soins [les gérants], pas les médecins, qui prennent des décisions en toute tranquillité, on dirait que ça ne leur fait rien, ce n'est pas qu'on s'en fout mais c'est qu'il n'y a pas eu cette sensation de rapprochement affectif qui, dans un autre contexte, rendrait peut-être la prise de décision moins aisée.

Andrea : « Si sur un mois rentrait une somme de 10 000 pesos, ça voulait dire une perte de 40 000 pesos, si le total devait être de 50 000 ; alors que faisait l'hôpital ? On nous disait : "si c'est l'assurance publique, n'en faites pas trop ou essayez de les renvoyer chez eux, mais si c'est en régime de soins payants, alors il faut interner, même si la personne va bien, ça va rapporter sur la facture". [...] **Oui, vraiment, on avait des réunions pour nous apprendre à facturer, comme ils disaient. Alors évidemment c'est très froid, c'est uniquement orienté sur l'aspect économique.** On peut comprendre qu'ils doivent gérer un hôpital qui est, malgré tout, une entreprise, mais ces gens n'y connaissent rien à la médecine. Alors nous aussi, on devait intervenir pour leur dire "là, vraiment, c'est pas l'argent qui compte et il faut voir où vous allez le trouver ailleurs, que ce soit sur les forfaits d'assurance promotionnels ou sur la prévention ou n'importe quel autre moyen qui rapporte, mais pas là-dessus." Alors on y remettait un peu d'équilibre, mais ça générerait beaucoup de frictions entre le personnel administratif et le personnel soignant. »

Teresa : « **Disons que plus t'en as des patients et mieux c'est, parce que tu vas facturer plus. Les patients sont un chèque, c'est des pesos¹⁹².** [...] **Un patient oncologique mort c'est plus rentable pour l'EPS et les gérants misent sur sa mort avant que ça ne génère des frais pour l'EPS.** »

La gestion moderne de la souffrance implique une production spécifique de la personne qui va incarner cette gestion dans le rituel de soins : le médecin. Construire le médecin dépend de la transformation d'une personne dans une pièce institutionnelle en standardisant au maximum ce qui sera admis comme comportement de sa part. Cela suppose d'anéantir la possibilité d'émergence de comportements différents de ceux qui matérialisent les logiques de pouvoir institutionnalisées. C'est pour cela que, au-delà de l'apprentissage des techniques et des discours médicaux explicites, une personne devient médecin à travers son immersion

¹⁹² Monet colombienne

constante dans un cadre institutionnel caractérisé par une gestion spécifique du temps et par l'anéantissement des possibilités de construire des liens personnels entre les participants au rituel de soins.

L'institutionnalisation de la cruauté

« L'unique chose féminine que vous pouvez avoir c'est la photo d'une fleur sur l'urinoir de chez vous ».

Professeur de chirurgie, université Nacional

Apprendre à obéir et à ne pas questionner ses supérieurs fait partie du devenir médecin, à travers la normalisation de la cruauté, dosée en fonction de la hiérarchie hospitalière et universitaire. Par exemple, les humiliations publiques font partie du quotidien de l'étudiant. Subir la cruauté de ses supérieurs et l'infliger à son tour à ses subordonnés fait partie des expériences quotidiennes. La désobéissance face à un supérieur est à un prix élevé en termes de cruauté, tout au long de la formation : des humiliations, des exclusions, des persécutions, etc. Plus une personne monte en hiérarchie, plus cette personne aura le droit à devenir celui qui fait souffrir ceux placés plus bas. La capacité de donner des ordres, d'humilier quelqu'un de plus bas exprime le statut de quelqu'un dans une hiérarchie où le but principal est d'atteindre à la fin de ses études la place la plus proche du professeur, qui en est le sommet.

Ernesto : « Si on me demande quel est mon rôle, je dirais, bon, regardons le père Hippocrate et *obéissons*¹⁹³ à ce qu'il a dit il y a 2500 ans »

David : « Le professeur était très insistant en me disant que je devais mettre une cravate. Je lui disais que ne pas mettre de cravate ne transgresse aucune norme de l'hôpital. Il répondait que je ne la mettais pas par pure révolte. [...] Pendant l'évaluation, cela a été une question explicite. On a considéré que je cherchais à m'opposer aux normes établies et à me révolter contre les règles de l'institution, même si l'obligation de mettre une cravate ne faisait pas partie des normes [écrites]. Il disait "tu ne veux pas mettre la cravate pour t'opposer et s'opposer c'est inutile" [...]. On me disait : "tu pourrais t'aligner mieux à l'institution et ton travail serait meilleur". [...] Le professeur m'a dit explicitement que la [mauvaise] note était due à ma révolte exprimée par l'absence de cravate [...]. »

¹⁹³ C'est moi qui souligne.

La désobéissance à la hiérarchie a comme prix de devenir l'objet d'actions tendant à faire souffrir, ce qui décourage la pensée critique et l'empêche d'être une valeur chez un médecin. La cruauté constitue un mécanisme effectif pour blinder les rapports de pouvoir et pour décourager systématiquement la créativité. Elle fixe ainsi une hiérarchie précise et des rapports verticaux, constitutifs de l'institution médicale. Le fait que l'étudiant, au fur et à mesure de son avancement dans la formation, risque de moins en moins être le récepteur de cruauté et devient celui qui l'exerce constitue un mécanisme effectif pour apprendre la direction vers laquelle les actes qui font souffrir se dirigent : toujours du supérieur vers l'inférieur. Les principaux mécanismes pour faire souffrir sont des systèmes d'évaluation où l'humiliation publique et l'assignation de tâches visant à récompenser ou humilier un étudiant joue un rôle central. Les commentaires des professeurs ou des supérieurs et les tâches assignées par un supérieur sont les principales expressions de la place hiérarchique parmi les étudiant-e-s. Donc c'est principalement à travers ces deux actions que la cruauté se transforme en un élément normal, voire nécessaire, dans la vie institutionnelle.

Carlos : « Les premiers semestres sont de la formation théorique. [...] À ce moment, le pouvoir est exercé exclusivement par les professeurs. C'est très dur, plusieurs se désistent à ce moment. À ce moment on n'a pas de contact avec ceux [qui sont déjà] en stage pratique, sauf pour les heures libres. [...] On les voit dans un niveau supérieur parce qu'on désire être déjà en stage pratique, pour être plus près d'être un médecin. [...] Je n'ai pas vu d'abus. Mais évidemment ils se sentent avoir plus de droits dans les espaces, ils se sentent plus de droits pour prendre les livres, ils s'expriment plus fermement. Ils portent la blouse blanche du médecin à la fac, ce qui les fait se sentir supérieurs. À partir de là, au fur et à mesure qu'on avance dans les semestres, on commence à sentir de plus en plus de pouvoir sur ceux qui sont en bas. En deuxième cycle, avec les stages hospitaliers, on est au dessus de ceux du cycle introductif. Mais en même temps on fait des stages avec des étudiant-e-s plus avancé-e-s dans le cursus. Pendant les stages, on peut sentir son pouvoir sur ceux qui sont en bas de nous et le subir de ceux qui sont en haut [...] Dans le cas où il y a des travaux en groupe, ceux des années supérieures vont ordonner quoi faire et les autres vont obéir. Mais les rapports de pouvoir ne deviennent clairs que pendant l'externat. Quand on est externe, on est sous subordonnés aux professeurs et aux internes, qui sont les élèves de spécialisation. À ce moment-là, l'étudiant interne donne des ordres directs, assigne des tâches, évalue et fait des rapports au professeur. En général, il y a une atmosphère d'amitié. [...] Mais évidemment il y a aussi des disputes et quand on est un niveau en dessous on peut utiliser ça pour appliquer le même traitement à ceux qui sont en dessous. [...] Mais les internes ont plus de contrôle sur les externes et sur les étudiants en stage pratique. Il y a la croyance partagée entre les étudiants

de médecine que l'interne est le niveau hiérarchique juste avant le professeur. L'interne a l'exclusivité pour chercher le contact sexuel avec les étudiantes et il va toujours chercher ce contact. On le voit comme normal, c'est comme un droit de l'interne, ce qui est hyper agressif. [...] Assez souvent ils sont sympas, mais pas toujours. Dans tous les cas, le rapport hiérarchique est clair, ils te donnent des ordres. Indépendamment de la sympathie des internes et des professeur-e-s, quand il y a des gardes de nuit c'est normal que celui placé le plus bas dans la hiérarchie soit celui qui ne dormira pas. S'il faut réveiller quelqu'un ça sera l'interne et seulement en dernier recours le professeur. Quand il y a une faute, l'interne va insulter l'externe et ensuite le professeur va insulter l'interne et l'externe. [...] Il y a des professeurs sympas mais la hiérarchie est claire, on te fait savoir qu'ils sont au dessus et qu'ils peuvent te donner une mauvaise note. [...] Certains services sont pires, les professeurs de chirurgie ne regardent même pas les élèves, ils ne donnent que des ordres. [...] Pendant la spécialisation en psychiatrie les rapports de pouvoir des professeurs envers nous étaient terribles. Pas tous, mais le groupe des quatre qui veulent maintenir la psychiatrie plus biologisante persécutent les professeurs qui sont sympas pour garder le pouvoir pour eux. Le pouvoir qu'ils exercent est néfaste. Contre moi cela a été abusif, dégradant, stigmatisant. J'étais sur le point de me retirer en dernière année. Le pire c'est que les internes faisaient ce que ces professeurs disaient. Ce n'était pas par respect, mais par peur. Donc, face à toutes les tentatives de révolte des élèves ou d'autres profs, les professeurs et les internes apeurés allaient contre les révoltés. En première année, moi et d'autres collègues nous avons essayé de protester, mais certains collègues, même en étant d'accord, ont commencé à nous attaquer afin de ne pas être identifiés comme étant du côté des révoltés. »

Adriana : « Dans le cas de l'école de médecine, je crois qu'on est violent et que cette violence qu'on t'enseigne c'est parce que tu crois que parce t'es professeur, interne t'es meilleur que l'étudiant et tu peux le traiter mal. Pour moi c'est une forme de violence et je crois que cela influe sur ce que l'on fait dans la pratique [médicale]. Parce que voilà, on les traite mal durant sept années, ensuite ils arrivent ici pour trois années, on les traite mal encore, on les exploite, on déjeune tard. On ne dort pas, on fait huit nuits par mois et en plus... je te parle de ce que je fais en ce moment. C'est comme si on te disait : tu veux être spécialiste ? Bien, tu n'auras pas d'argent pendant trois ans, tu ne vas presque pas dormir pendant trois ans, on va t'exploiter, tout le monde va te pourrir la vie, t'auras à peine une vie sociale ou de famille. Si après tout ça t'as appris ce que tu dois apprendre pour être pédiatre de la Nacional, alors tu seras pédiatre. Si ta santé mentale et physique n'est pas ruinée et si t'as le niveau de connaissances, alors t'es pédiatre. Du coup, je dis, bon, après tout ça, *qui peut les juger pour se faire maltraiter pendant trois ans. Et quand on est enfin diplômé, on fait quoi ? Eh bien, on se met à maltraiter à son tour*¹⁹⁴. »

¹⁹⁴ C'est moi qui souligne.

Paola : « Pendant la première année de spécialisation on te brise l'esprit, c'est normal. »

La hiérarchie médicale fonctionne à travers une configuration de pouvoir où le puissant ne peut être tel qu'à travers la prédation d'autrui identifié comme moins puissant. Le désir de puissance et d'obéissance est systématiquement encouragé car le non puissant ou le révolté devient automatiquement l'objet d'actions tendant à le faire souffrir. Cela fait que la sociabilité systématiquement encouragée chez le médecin c'est de se construire puissant à travers la cruauté envers les êtres identifiés comme inférieurs, tout en étant absolument soumis face à ceux plus haut placés. Le caractère patriarcal de ce fonctionnement du pouvoir est très bien illustré par le cas de l'évaluation surnommée le « rôti » dans le département de psychiatrie de l'université Nacional :

Carlos : « [l'évaluation faite à la fin de la première année de spécialisation en psychiatrie] est connue par les internes et parmi les professeurs eux-mêmes comme "le rôti". L'idée est d'évaluer la performance de l'interne pendant l'entretien avec un patient et ensuite dans la confrontation avec les professeurs. [...] On appelait ça le Rôti parce que cela implique qu'il aura de la viande brûlée. Il fallait toujours qu'il y ait de la viande brûlée d'un étudiant. Déjà le nom nous faisait peur. Dès qu'on arrive, dès la journée d'accueil on entend parler du *Rôti*. Je suis arrivé quelques semaines après le début et même comme ça, dès mon arrivée mes collègues ont commencé à me parler du célèbre *rôti*. On a toujours parlé de ça avec beaucoup de peur. Si on ne le réussit pas, on pouvait nous faire répéter l'année ou même nous expulser. Il y a eu des antécédents d'internes expulsé-e-s à cause du déroulement de cette évaluation. J'avais très peur. Les professeurs parlent à ce propos de façon badine mais *toujours en faisant clairement comprendre qu'on allait souffrir*¹⁹⁵. « Il faut se préparer bien », ça serait dommage si quelque chose de négatif vous arrivait pendant le rôti ». C'est une atmosphère de tension permanente [...]. [Le rôti] va contre tout, en principe la formation d'un médecin est une formation continue, [...] ça ne fait pas de sens dans la normalité du processus d'enseignement. En plus, dans un contexte où on a si peur c'est facile que les choses n'aillent pas bien. En plus on savait que les professeurs étaient très durs émotionnellement. [...] Lors de l'évaluation, l'entretien se déroule dans une pièce d'observation avec miroir sans tain, et à la fin on passe vers le compartiment des professeurs. Ils étaient installés en forme de lettre « u » et on restait au milieu. On se sentait comme lors d'un procès. [...] Je ne jamais entendu parler de quelqu'un qui ait reçu du feedback positif. On répondait et assez souvent ils faisaient des mines de dégoût, mais ils ne disaient rien. Jusqu'à là c'est

¹⁹⁵ C'est moi qui souligne.

supportable. Le pire c'est ce qui se passait pendant qu'on faisait l'entretien. Il y a eu toujours des ragots après. Des ragots qu'on savait être vrais. Certains professeurs se moquaient de ce qu'on était en train de faire. *Les femmes étaient particulièrement visées*¹⁹⁶ et parfois même le patient. [...] Il y avait un groupe de professeurs qui même s'ils n'avaient pas formellement des positions hiérarchiques maintenaient leur vision de la psychiatrie la plus traditionnelle dans le département à travers la peur. C'était eux qui faisaient ces commentaires et généraient ce type de pressions. [...] À la fin les professeurs se réunissent pour évaluer. Des professeurs qui n'étaient pas d'accord nous ont raconté qu'à ce moment les professeurs faisaient des commentaires très péjoratifs sur les étudiants. [...] Nous qui avons eu des bons résultats, nous n'avons jamais reçu de feedback. Ceux qui ont eu des mauvais résultats étaient convoqués individuellement pour les informer pourquoi ils avaient échoué. Il y a eu une collègue à qui on a fait redoubler des mois de stage et le rôti. Elle a renoncé au programme. [...] Nous avons fait une vidéo à la fin du rôti où certains admettent avoir dû prendre des médicaments après l'évaluation pour arriver à se calmer ».

David : « Le rôti n'était pas objectif. C'était évident qu'il y avait une certaine cruauté envers certaines personnes. Parfois des internes des dernières années étaient invités à rejoindre le professeur pendant l'évaluation, ils racontaient que la plupart des professeurs ne prêtaient pas attention à ce que faisait l'élève ou ne faisaient que le critiquer avant même que l'élève fasse quoi que ce soit. [...] « Le département de psychiatrie de l'université Nacional est composé par une majorité d'hommes. Tous d'accord pour agir en meute et se maintenir à la tête de la hiérarchie, voire rester chef du département. Ils sont très péjoratifs dans leurs commentaires envers les internes femmes et surtout très condescendants. Pas favorables, condescendants. »

Diego, professeur de psychiatrie : « une collègue jeune en rentrant au département a fortement critiqué le rôti et ensuite elle a été fortement persécutée au point qu'elle a fait une dépression grave et a dû partir en arrêt maladie pendant six mois, pour ensuite changer de département, après que l'université a reconnu qu'il s'agissait d'un cas de harcèlement professionnel avec circonstances aggravantes liées au genre » [...] Il ne fait pas bon être une femme dans le département. [...] « En général, quand on évaluait des femmes, le "désordre" était plus grand : ils riaient plus fortement et ne prêtaient pas attention. Même s'ils faisaient pareil avec les hommes, au moins ils restaient plus attentifs à ce qu'ils faisaient ». [...] En évaluant une femme, l'unique femme professeure, une professeure âgée, a fait des commentaires très péjoratifs du genre « elle est trop bête ». [Cette professeure] Qu'est-ce qu'elle était rude ! Ce qu'elle a fait pour survivre c'est adopter un rôle hyper masculin, hyper rude [en étant l'unique femme professeure de psychiatrie pendant longtemps]. C'est-à-dire qu'elle était le mâle le plus mâle de la meute : la plus méchante, celle qui criait le plus fort, fumait dans les réunions, disait des gros mots. Et elle était une des plus rudes pendant le « Rôti » et le défendait activement comme la meilleure méthode d'évaluation. [...]

¹⁹⁶ C'est moi qui souligne.

Malgré tout, son attitude était différente. Elle était l'unique qui prêtait attention à ce que faisaient les élèves et l'unique qui prenait des notes pendant que les autres riaient et se moquaient. [...] Les blagues classistes ne sont pas inhabituelles non plus, assez souvent liées à la façon de parler ou de s'habiller des élèves. Par exemple, il y avait un élève qui mettait des chaussettes blanches et les professeurs se moquaient entre eux en le traitant de campagnard, principalement le professeur le plus bourgeois.

Même si être objet de la cruauté des supérieurs est omniprésent dans la formation et la vie professionnelle du médecin, ni les étudiants, ni les médecins, ni les professeurs ne sont également visés à l'intérieur d'un même niveau hiérarchique. Systématiquement, les étudiant-e-s deviennent l'objet d'actions tendant à les faire souffrir en fonction de leur place dans la hiérarchie coloniale de la vie, imbriquée à celle de son niveau de formation. Au fur et à mesure que la formation avance, l'homme blanc ou métis normatif est de moins en moins exposé à être le récepteur de la cruauté et encouragé à être celui qui l'exerce. Au contraire, pour toutes les autres personnes, avancer dans le parcours de formation ne garantit pas une diminution de cette exposition. La hiérarchie entre les étudiant des premières années théoriques, les étudiant-e-s de licence qui font des stages pratiques, les externes, les internes en spécialisation, les médecins diplômés et les professeurs ne fonctionne pas seule mais elle forme un continuum avec les hiérarchies qui opèrent dans la société. L'effet le plus marquant de cette canalisation c'est d'encourager le comportement attendu de l'homme blanc comme l'unique qui n'entraîne pas une exposition à la souffrance additionnelle à celle propre au niveau de formation. Imiter la performance de l'homme blanc, tout en l'exacerbant, est la voie systématiquement encouragée afin de ne pas être assigné à la place de l'inférieur. Cela fait qu'indépendamment des corps concrets qui incarnent la gestion de la souffrance le processus pour devenir médecin encourage continuellement l'incarnation du rôle de puissant à l'intérieur d'une logique très précise de pouvoir : patriarcale et coloniale. Par exemple, le déroulement normal de cette socialisation fait qu'une femme puisse se montrer puissante à travers la cruauté envers d'autres êtres, toutefois c'est seulement à titre exceptionnel que les hommes seront le récepteur de sa violence. Normalement, une femme construit sa puissance à travers la cruauté envers d'autres femmes.

Paola : « J'ai vu une fois pendant un examen un professeur qui posait des questions de façon très brusque à une étudiante, ce qui est normal, et elle a commencé à avoir les larmes aux yeux. Le professeur a commencé à dire : **"ce n'est pas possible, n'amenez pas de l'estrogène par ici. S'il vous plaît, laissez l'estrogène chez vous."** Elle a dû sortir pour aller pleurer. Cela n'est pas une situation extraordinaire. » [...]

« Quand j'étais externe en stage d'orthopédie, à la fin de mes études de médecine, on m'a demandé qu'est-ce que je voulais devenir. J'ai répondu que je voulais être chirurgienne générale. Un professeur m'a répondu : « une femme chirurgienne ne pourra jamais se réaliser comme femme parce qu'elle ne peut pas avoir des enfants, parce qu'elle doit travailler beaucoup. Elle passera toute sa vie à travailler et ensuite elle est trop vieille pour concevoir ». Le plus drôle de ce qu'il m'a dit c'était : « je ne laisserais pas ma femme être chirurgienne générale. » [...]

« Le coordinateur du programme de spécialisation en chirurgie a autorisé, l'année où je suis rentrée, de faire des gardes de 12 heures et seulement pendant la journée. Mais, quand moi et ma collègue on a dû faire les gardes à l'hôpital, l'interne senior a ignoré l'ordre du coordinateur. On a dû faire des gardes de 36 heures de suite et deux ou trois fois de 40 heures de suite ! Je dormais deux heures maximum. Pourtant, mes collègues hommes, eux si, ils ont bénéficié du changement. [...] La raison c'est qu'on ne voulait pas des femmes en chirurgie. Quand j'étais en licence, un professeur de chirurgie m'a dit : « on ne vas plus jamais recevoir des femmes parce que les femmes entraînent trop de complications, trop de problèmes ». À ce moment-là, il y avait trois femmes internes : une a eu un premier épisode de lupus pendant la première année ; une autre est tombée enceinte en troisième année et la dernière était épileptique et s'est effondrée pendant qu'elle opérait lors d'une garde de 30 heures de celles qu'on nous donnait [à nous les femmes]. D'après eux, les femmes généraient une surcharge de travail pour les hommes et une mauvaise ambiance. En fait, on n'a plus reçu de femmes pendant quatre années. Moi et ma collègue on était les premières et ils n'étaient pas contents. Dès le début la mauvaise foi était évidente. L'année suivante il n'y a eu que des hommes à nouveau. Puis, la suivante, il y a eu la femme d'un des professeurs... [...] En deuxième année j'ai commencé à me sentir mal, très triste tout le temps, je travaillais trop et je n'avais aucune relation extérieure à la spécialisation. Dans un des stages pratiques on m'a donné une note trop basse et j'ai échoué. Mais dans ce stage la cruauté était évidente. On me critiquait, on m'engueulait pour des fautes bien plus petites que celles qu'on ignorait chez mes collègues hommes. Lors de la dernière évaluation, j'ai dû sortir aux toilettes pour pleurer une heure. Je ne pouvais pas me calmer, tellement j'étais exaspérée. Par rapport à ce stage, le coordinateur du programme m'a appelée dans son bureau pour me dire que j'étais la pire élève de deuxième année. Tout ça pour un stage pratique de deux mois, alors qu'il ne savait rien sur ma performance dans les autres. Ça m'a détruite et j'ai dû chercher de l'aide psychiatrique. On m'a diagnostiqué un trouble dépressif mineur et j'ai dû prendre des médicaments. Mais je ne pouvais même pas aller faire de la psychothérapie parce que je n'avais vraiment pas le temps. À la fin de la deuxième année, les choses ont empiré, je n'arrivais pas à suivre le rythme et j'ai décidé de redoubler. » [...]

« Être femme affecte complètement le fonctionnement de la hiérarchie, mais tout est fait pour qu'on ne perçoive pas ça. On voit la différence entre le traitement envers les femmes et celui envers les hommes, mais on est conditionné pour l'occulter. On pense tout le temps, c'est normal, c'est moi qui suis paranoïaque. C'est très subtil [...]. J'ai rencontré en chirurgie le macho qui t'envoie directement à la cuisine, le macho qui présuppose que tu ne vas pas comprendre et ne va même pas essayer de t'expliquer, le macho qui te considère un objet délicat et ne te laisse faire rien, et le macho qui crois qu'il te fait un service, il va essayer de te sauver parce que toi, la pauvre, tu ne peux pas te défendre. [...] à la fin du premier mois de stage, les hommes avaient pu faire 20 appendicectomies et toi, on ne t'avait laissé faire que 5, la hiérarchie change quand tu es femme, même entre nous les femmes. [...] J'ai eu une professeure femme, elle était beaucoup plus dure envers moi qu'avec mes collègues hommes. » [...]

« Être féminine est très mal vu, pleurer ou être délicate c'est TRÈS mal vu. **On t'apprend à devenir un mâle.** On t'enlève ton identité de femme, ce qui est très compliqué. J'ai dû faire tout un travail pour la récupérer. On ne peut même pas avoir un peu de maquillage, ou un accessoire identifiable comme féminin, parce que tout de suite tu vas être accusée de vouloir draguer le professeur. Une fois, un professeur m'a dit de façon **espiègle** « l'unique chose féminine que vous pouvez avoir c'est la photo d'une fleur sur l'urinoir de chez vous ». On ne se rend pas compte de toute la violence de ce type d'argument, on normalise mais on souffre, j'ai dû prendre des antidépresseurs. [...] Je ne me rendais pas compte qu'il s'agissait de la violence jusqu'au moment où je suis allée chez la psychiatre, elle aussi, elle en avait vécu. [...] J'ai réalisé toutes les maltraitements seulement quand à la fin de l'internat j'ai rencontré par hasard d'autres chirurgiennes dans un stage pratique et on a découvert que nous avons la même histoire. Je n'ai jamais subi d'harcèlement sexuel, mais toutes les autres si. »

Carolina : « c'est habituel que les étudiantes de médecine s'habillent élégamment pour leur premier jour de stage pratique à l'hôpital. Une de mes élèves de spécialisation d'un *peuple non-blanc*¹⁹⁷ a choisi de mettre des vêtements traditionnels de son peuple pour l'occasion. En arrivant, elle s'est vu empêcher d'entrer pour ne pas avoir de carte l'identifiant comme médecin. Condition qu'elle partageait avec les collègues métis-ses qui étaient passé-e-s par ce stage pratique auparavant, mais elle a été l'unique lésée car à la différence de ses prédécesseurs elle s'est vu refuser l'entrée jusqu'à ce qu'un professeur vienne la chercher à la porte d'entrée. Jusqu'à la fin du stage, la situation s'est répétée, même en ayant la carte. Elle a décidé d'aller tous les jours habillée avec le même type de vêtement pour habituer les gens à la présence de son peuple dans les espaces de pouvoir. Ensuite, quand elle utilisait les ordinateurs, les autres professionnels lui demandaient des explications pour sa présence dans des espaces réservés aux professionnels de santé, on lui posait des questions bêtes sur ses vêtements, on lui offrait d'acheter ses

¹⁹⁷ Information anonymisée pour préserver l'identité.

colliers. Au fil des jours, les personnes qui voulaient se montrer sympathiques ont commencé à manifester leur sympathie d'une façon qui mettait mal à l'aise mon étudiante. Des commentaires paternalistes du type « mais vous êtes médecin, ohhh quelle admiration, quelle merveille, quelle chose fantastique, c'est trop bien que les gens surpassent leurs limites ! et ainsi de suite. Tant la sympathie que l'antipathie lui faisaient sentir qu'elle n'était pas à sa place. Ils l'ont faite souffrir durant son passage par l'hôpital ».

Juliana, bactériologiste : « au début, quand j'ai commencé à travailler, dans certaines équipes on ne m'appelait pas par mon nom mais on me disait "la noire". Ensuite, quand je disais que je venais [de la région] du Chocó, la réponse habituelle était "oh là là, les pauvres, qu'est ce qu'ils sont pauvres là-bas !" ; je leur disais que je n'étais pas une personne qu'on doit regarder comme une handicapée. Ils ne me regardaient même pas comme une handicapée mais comme si j'étais une personne de condition inférieure, bien que je fusse dans la même université. Ça me rendait mal à l'aise. **Parfois, on n'identifie pas sur le moment le racisme mais on sait que c'est du racisme quand on sait qu'on n'est pas à l'aise dans une situation.** [...] Dans le contexte du travail, le racisme n'a jamais été explicite, jamais. Personne n'a eu des commentaires ou des actes explicitement racistes contre moi. [...] On n'est pas méchant mais on fait que tu te souviens tout le temps que tu es différente. »

Tomas : « Il y a des blagues très racistes entre étudiants et même entre professeurs. Quand on est l'unique Noir et tu es jeune, c'est difficile de réagir, surtout quand tu n'es pas directement visé. »

Le rapport du médecin à la hiérarchie et à l'obéissance fait penser à l'analyse de la chercheuse turque Pinar Selek sur la violence exercée hiérarchiquement à l'intérieur de l'institution militaire turque comme une fabrique de ceux qui vont exercer le pouvoir (Selek, 2017). Une personne devient médecin en rampant, de façon équivalente à celle décrite par Pinar à propos des militaires turcs. Mais, plus que la violence, ce qui est central chez le médecin c'est l'interaction concrète avec une autre personne placée plus bas dans la hiérarchie, afin de la faire souffrir, cet exercice construisant le pouvoir de la première. Cela, loin d'être un fait banal, constitue une dynamique propre à la gestion moderne de la souffrance au moins de deux façons. D'abord, cet exercice institutionnalise une censure continue de l'existence des « inférieurs » à l'intérieur de l'institution. Ainsi, les comportements patriarcaux attendus d'un homme blanc bourgeois normatif seront assimilés comme propres au médecin. Ensuite, cette dynamique normalise la canalisation

continuelle de la cruauté vers l'inférieur. Canalisation qui dépasse les rapports entre médecins et où la personne qui en souffre est la dernière de la hiérarchie. À nouveau, toutes les personnes qui souffrent ne sont pas également exposées. La colonialité de la vie est aussi déterminante dans la canalisation de la cruauté dans l'interaction avec le corps souffrant.

Adriana : « la gynécologue lui disait : “poussez fort, on dirait que vous n’êtes pas une femme, moi aussi j’ai eu des enfants, mais vous croyez quoi, [on risque d’]étouffer le bébé”. [...] Mais au fond c’est lui, le médecin, cet être humain celui qui n’aide pas non plus pour que les choses aillent mieux ; à cause de l’ego, à cause de l’absence de volonté de faire quelque chose de bien pour l’autre, de l’écouter et de le traiter bien. Au lieu de quoi, c’est : “c’est comme ça parce que c’est moi qui le dis” et **si vous avez fait quelque chose différemment j’ai le droit de vous engueuler, de vous traiter mal, de vous mépriser**¹⁹⁸. »

Ces actes concrets de cruauté contre les gens qui souffrent non seulement ne sont pas censurés, mais ils sont encouragés. Et comme ces exercices de banalisation de la souffrance font partie de la socialisation normale du médecin, cela aboutit à l’avilissement des corps visés. La quotidienneté de ces exercices et le fait qu’ils soient imperceptibles, comme s’ils faisaient partie de la formation, contribuent à façonner et/ou à normaliser une sensibilité sélective. L’humour y joue rôle majeur. Des blagues sexistes, racistes, classistes, homophobes font partie des répertoires habituels des professeurs et des commentaires entre professionnels. Ce qui finit par normaliser une sensibilité qui rend plus facile de faire des interventions non désirées sur les corps des gens non privilégiés, à faire plus attention à ne pas se tromper quand il s’agit de personnes souffrantes aisées, à banaliser la souffrance des gays ou des pauvres, à approcher avec dégoût un corps identifié comme vil, à donner le bon médicament à la personne qui peut le payer et le mauvais au pauvre, etc. À la différence de la distribution de la souffrance parmi les médecins, la canalisation de la cruauté envers la personne qui souffre n’est pas basée sur l’encouragement des actes conscients de cruauté mais sur des actes très banals et imperceptibles. C’est bien plus profond, c’est basé sur le façonnement d’une sensibilité sélective où la souffrance est abordée comme étant plus normale chez certains corps que chez d’autres, ce qui en soi est cruel.

¹⁹⁸ C’est moi qui souligne.

Gustavo : « Il y a toujours la blague facile, par exemple. Mais quand ça vient d'un professeur... Par exemple, en urologie, quand il faut faire un toucher rectal, la blague facile c'est qu'il faudrait caresser un peu le patient pour pouvoir ensuite mettre le doigt dans l'anus. [...] Ici aussi, par exemple, une fois quand j'étais de garde il y avait un patient pour une urgence, parce que le type s'était masturbé avec une poignée de porte, il avait fallu l'amener à l'hôpital parce qu'il s'était grièvement blessé... Et ils ont commencé à sortir des vannes, comme "celui-là, il aime se faire défoncer". Entre collègues, comme si de rien n'était et personne ne dit rien. [...] En réalité, la démarche change énormément quand c'est un patient avec une sexualité différente, sans même parler d'un trans. Si c'est si dur pour eux d'entendre l'homosexualité, imagine-toi pour entendre ça. Ce manque de compréhension de l'autre, même pas de compréhension, de respect d'autrui. Ça te marque beaucoup ici et les gens bien sûr qu'ils se sentent agressés, on ne les traite pas pareil. Plein de gens se sont retrouvés dans la situation où on venait les regarder comme des bêtes de foire. [...] Quand ce groupe de trans venaient me voir, les [autres] médecins disaient : "les voilà tes nanas, elles font la queue", "ton harem est arrivé". Et aucun autre médecin ne s'en occupait, comme si elles me revenaient par contrat. "Ah, non, celles-ci c'est les tiennes". »

Eduardo : « c'était un jeune homme de quinze ou seize ans et il avait, en comptant vite fait, environ une bonne centaine de blessures à l'arme blanche sur tout le corps. [...] On reçoit un rapport de police qui dit, ce monsieur qui est là, quand il sort, on doit l'arrêter, c'est un voleur, il avait le portefeuille d'un monsieur, c'était un monsieur âgé qu'on avait retrouvé dans un autre secteur, il avait été tabassé. [...] Tu es là crevé, à 2 heures du matin, avec un autre patient, et on te le laisse là, tu es en train de suturer les blessures et alors ton chef se met à dire "qui veut apprendre à suturer ?" ; alors le premier qui passe et dit "moi" on y va, et on prend ça comme des travaux pratiques. [...] Et pendant tout ça, sur le moment on le prend comme un truc cocasse qui arrive, mais quand on voit l'attitude des gens qui viennent avec une sorte de méchanceté envers le jeune homme [...] alors oui, une fois que les gens ont su que c'était un voleur, genre on lui a mis une bonne raclée, alors ils faisaient des trucs qu'ils ne devaient pas faire ; c'est rageant qu'un gamin si jeune soit déjà un voleur et qu'il ait blessé quelqu'un, mais en même temps, au fond, on se dit : il ne méritait pas qu'on le traite comme ça ; du coup, c'est un cas qui m'a marqué, ensuite le gamin a survécu, il n'est pas mort [...]. Ça m'a mis en colère, l'attitude de certains professionnels de santé à ce moment-là ; mais je comprenais pourquoi ils avaient la rage [...], la rage contre le gamin sur le moment, oui [...] ; on se dit voilà un gamin de quinze ou seize ans en train de voler dans la rue, oui, mais alors de la tristesse aussi parce que c'est une vie gâchée et de la tristesse aussi parce que qui sait d'où vient le petit vieux, personne ne savait ce qu'il en était. »

Tomas : « je n'ai jamais vu des actes de discrimination mais j'ai entendu des blagues racistes quand le patient n'était plus présent [...] ou par exemple, une fois il y a eu un patient afrocolombien et on avait la curiosité de voir s'il avait le pénis grand. »

Juliana : « je n'ai jamais vu de la discrimination contre les patients. Mais des commentaires homophobes par exemple sont habituels entre les professionnels. Directement contre le patient, ça ne va pas arriver. Mais ensuite entre professionnels, on entend des choses du genre "ce pédé" pour faire référence au patient [...], "celui-là doit avoir un VIH parce qu'il a l'air de pédé et vient au service tout le temps, ou au moins ce *cacorro*¹⁹⁹ doit avoir une vénérienne". [...] J'ai déjà entendu [des infirmières et des médecins] des choses du type "mais est-ce que ces *Indios* sont des cochons", ça c'est un commentaire habituel. C'est évident qu'on se comporte comme s'ils étaient des inférieurs, l'attitude est méprisante envers leurs habitudes et coutumes. Normalement ils vont bien les traiter lors de la consultation, mais on entend tout le temps des commentaires négatifs envers les homosexuels et les Indios. Normalement personne ne fait de commentaires racistes contre les Noirs quand je suis là. Mais parfois ça arrive, et on me dit toujours "ce sont les autres Noirs, pas vous". Des choses du type "les Noirs arrivent toujours mal habillés". Une fois j'ai entendu un médecin dans un service de gynécologie dire "ces Nègresses sont en train de *parir*²⁰⁰ tout le temps et viennent accoucher sans même s'habiller proprement". Tout de suite il a ajouté, "**mais pas vous, je suis en train de parler de celles qui habitent là du côté rural, pas vous**"²⁰¹. »

David : [à propos d'un professeur dans un hôpital d'élite en train d'engueuler un étudiant de l'université publique] Et il m'a dit : "ce type de patients sont habitués à d'autres choses, tu es habitué à des patients des hôpitaux publics, et c'est pour ça que tu ne vois pas le besoin de mettre la cravate". »

Adriana : « En ce qui concerne les Indigènes, je ne crois pas qu'il y ait mauvais traitement ou mauvaise prise en charge, mais de toute façon, si c'est une Indigène, puisqu'elle vient de l'Amazonie, alors est elle mal nourrie. C'est l'approche envers l'Indigène, mais je ne sais pas si ça relève de la discrimination, parce que c'est réel. Si on est indigène et qu'on vient de l'Amazonie, on est mal nourri. C'est ça, dans ce cas ça ne serait pas de la discrimination, parce que c'est ce que je disais, je crois qu'ils arrivent comme ça parce que ce sont des indigènes de régions lointaines. Bon, un jour oui on m'a raconté un cas, un enfant venu je ne me souviens plus pourquoi, mais on lui a fait passer un test pour la tuberculose et on l'a isolé parce qu'il était indigène. Et là, on a exagéré parce que bon voilà moi aussi je suis indigène et je n'ai pas la tuberculose puisque je ne vis pas dans... je n'ai pas de facteur de risque, être indigène ce n'est pas forcément... malheureusement, oui, il y a des Indigènes dans la pauvreté, mais on ne devrait pas être pauvres et mal nourris pour le fait d'être indigènes. Alors, à ce moment-là, peut-être que la personne qui a fait ça n'a pas bien réfléchi à l'interroger sur ses conditions de vie, pour savoir s'il avait un risque réel,

¹⁹⁹ Façon plus méprisante que « pédé » pour parler des hommes homosexuels.

²⁰⁰ Terme méprisant pour accoucher, comparable à « mettre bas ».

²⁰¹ C'est moi qui souligne.

au-delà du fait d'être indigène, d'avoir la tuberculose. Mais je ne sais pas si ça s'est passé avec l'intention de discriminer ou par manque de connaissances. Parce qu'en Colombie être indigène c'est un facteur de risque pour avoir la tuberculose, mais ça dépend du contexte. »

Paola : « Une fois un Indigène est arrivé à La Samaritana²⁰² poignardé, il ne voulait pas nous laisser l'opérer. Plusieurs de mes collègues expliquaient ça en disant qu'il était un "*Indio ignorant*". Avec les gens de peu de ressources ou avec peu d'éducation c'est ce qu'on pense, même moi, ça m'arrive, c'est qu'il ne comprend pas, c'est qu'ils sont bêtes. La compréhension est difficile. On fait des commentaires comme "ce n'est pas possible de lui demander, il ne sait rien, il est paumé". Ça c'est complètement normal, pas seulement avec les patients des classes populaires, mais avec tous ceux avec qui la communication est difficile. Ce n'est pas bien, mais je ne peux pas me déclarer innocente à ce propos. »

Le principal résultat de la banalisation de la souffrance et de l'avalissement des corps visés est la canalisation de la cruauté vers ces corps avilis. Cela entraîne le fait qu'un bon produit de la formation médicale, un *bon médecin* obéissant, est capable d'identifier comme « inférieurs » les gens non privilégiés et de les viser comme des récepteurs légitimes de cruauté, sans identifier toutefois ses actes comme étant cruels. Tout au long de la formation du médecin, et ensuite dans le cadre de l'exercice professionnel, la souffrance est codifiée comme étant un élément normal chez certains et intolérable chez d'autres. Donc, la sensibilité coloniale n'est pas un effet collatéral de la gestion de la souffrance ni un simple continuum avec la sensibilité hégémonique mais elle est activement encouragée par l'institution médicale. Le fait que le fonctionnement normal de l'institution médicale expose différemment les gens à la souffrance fait penser à l'analyse de Hannah Arendt sur la banalité du mal ou, dans ce cas, la banalité de la cruauté. L'effet le plus concret de cette banalisation de la cruauté sélective est de produire une gestion de la souffrance qui reproduit continuellement la frontière entre l'être et le non-être car la reconnaissance de la souffrance d'une personne comme étant intolérable y est définitive²⁰³. Est humain celui dont la souffrance est intolérable. Concrètement, la production de médecins pour lesquels la

²⁰² Hôpital public de Bogotá.

²⁰³ Voir chapitre II.

souffrance « des autres » est tolérable normalise une gestion de la souffrance qui systématiquement humanise certains corps et avilit les autres.

Andres : « J'ai quitté l'université un semestre avant de recevoir le diplôme de médecin parce que je ne me sentais pas capable d'exercer une profession si violente. La médecine leur enlève tout le contrôle sur leurs vies [aux personnes souffrantes]. À travers la violence, le médecin convainc le patient qu'il est dépendant du médicament et, en plus de le tromper, la vérité c'est qu'en réalité le médecin ne peut même pas le soigner vraiment ».

D'ailleurs la cruauté se fixe comme élément intrinsèque à la gestion de la souffrance dès la sélection du médecin et pas seulement pendant sa formation. La canalisation de la cruauté vers « les corps inférieurs » commence dès la sélection des meilleurs pour rentrer à la faculté de médecine²⁰⁴. Les médecins ainsi sélectionnés sont : des gens des classes moyennes populaires qui ont prouvé leur capacité d'incarner l'homme blanc et dont l'accès aux privilèges en dépend ; des gens des classes moyennes supérieures et bourgeoises qui sont en train de maintenir leur privilège de naissance. Ceci constitue un mécanisme de sélection des gens qui incarnent des limites de l'imaginable très précises et donc une façon de voir, d'être et d'interagir avec le monde aussi très précise. Être le « meilleur » est en même temps l'expression du privilège et le résultat de ce privilège. Dans les écoles de médecine reconnues rentrent ceux qui concentrent du capital symbolique, ce qui implique qu'ils ont assez de capital économique, ou pas assez mais qui compensent avec de la discipline et de l'effort.

Presque tous les médecins qui voient une amélioration dans la loi 100 sont des gens ayant des privilèges, pour la plupart issus des universités privées de haute qualité. Leur argument est une prétendue amélioration de la qualité de vie des moins privilégiés. Or, pour la plupart, ils n'ont pas de contact, ni personnel ni professionnel avec les personnes souffrantes les moins privilégiées par la loi 100, mais plus plutôt avec l'industrie médicale et pharmaceutique qui en bénéficie. Dans ce groupe, il est marquant de constater la normalisation de la cruauté

²⁰⁴ Voir chapitre II à propos du rapport entre la perspective étasunienne sur le corps souffrant, la réforme Flexner et la méritocratie pour sélectionner les futurs médecins.

envers le moins privilégié. Par exemple, dans les entretiens, ces médecins décrivent la souffrance des moins privilégiés – provoquée par la loi 100 – sans problématiser la loi. Au contraire, pour la presque totalité des médecins issus de milieux populaires et des groupes non blancs ou en contact permanent avec des gens de ces groupes, la loi 100 est clairement un mécanisme de monopolisation du bien-être chez les plus riches.

En plus, la reconnaissance de génialité implicite au fait d'être sélectionné comme faisant partie « des meilleurs » attire de candidats particulièrement désireux de reconnaissance. Le lien entre obéissance et reconnaissance fait partie intégrale du fonctionnement des hiérarchies constitutives de l'institution médicale et de l'institutionnalisation de la sensibilité hégémonique. La reconnaissance par un supérieur ou l'humiliation constituent des récompenses et des châtements habituels dans le processus d'évaluation. Et cette reconnaissance joue un rôle central dans l'obéissance nécessaire pour faire fonctionner la hiérarchie. La systématité de ce lien fait que même ceux qui n'incarnent pas par naissance la sensibilité hégémonique sont encouragés à apprendre à l'incarner. Mais ce rôle s'exprime différemment entre les différentes facultés et cela est principalement dû à la classe sociale des étudiants. Chez ceux qui ont réussi les épreuves d'entrée des universités publiques la reconnaissance de discipline intellectuelle joue un rôle central car, venant des classes moyennes populaires, celle-ci constitue pour eux presque l'unique voie d'accès à l'ascension sociale. Cela est aussi le cas chez ceux qui viennent des écoles privées de médecine de basse qualité, fondées dans le contexte de la loi 100 et de la loi 30. Mais à différence des premiers, le manque de reconnaissance de la qualité de leurs études sur le marché du travail fait que leur obéissance joue le rôle d'une sorte de monnaie d'échange. Par exemple, c'est habituel que ces médecins acceptent des conditions de travail hyper subalternes que les autres n'accepteraient pas. Finalement, chez les médecins des écoles privées de haute qualité, de classe moyenne supérieure et bourgeoise, devenir médecin est plus une question de défi intellectuel qu'une question de survie. D'ailleurs assez souvent le père, la sœur, le frère ou quelqu'un de très proche est aussi médecin.

(Classe moyen populaire. Université Publique) Gina : « C'est qu'on est évidemment dans la position de la personne qui dépend de la note, c'est une question capitale en

médecine, parce que ça t'oblige à jouer le personnage que tes enseignants veulent que tu sois ; et on est des gens très ambitieux, très peu de gens sont admis en médecine sur tous ceux qui s'y présentent ; et ça non seulement fait beaucoup d'entre nous se sentir privilégiés, mais ça pousse aussi à concourir pour être meilleur, toujours meilleur, pas seulement au-dessus des autres à l'entrée, mais aussi par rapport aux collègues de cursus et à ceux qui viendront derrière. »

(Clase moyen. Université Publique) Nicolas : « [j'ai choisi d'être médecin] pas tellement pour l'idée typique d'aider son prochain, mais pour comprendre l'être humain. »

(Clase moyen. Université Publique) Marcela : « Ce que j'avais envie d'étudier c'était la géologie. Mais je me suis présentée à l'examen d'entrée le plus difficile pour le défi, en médecine, j'ai passé à la fois l'examen d'admission en médecine et en ingénierie électronique et avec mes notes je pouvais m'inscrire en géologie, mais je me suis dit, il y a si peu de places [en médecine] et c'est à [l'université] Nacional, puisque je l'ai réussi, autant rester en médecine. »

(Clase moyen haute. Université Privée) Felipe : « être médecin avait une connotation de performance académique, d'intelligence, une sorte de grand défi pour quelqu'un dans le cadre académique. »

(Clase moyen haute. Université Privée) Ernesto : « Mon père était médecin [...] ; moi j'ai étudié au Gimnasio Moderno²⁰⁵, et à l'époque la biologie était très en vogue ; j'aimais beaucoup la biologie et il me semblait que la médecine était l'application de la biologie. »

(Clase moyen haute. Université Privée) Piedad Flores : « Mon père est médecin [...] ; j'adorais la biologie, ça me plaisait [de connaître] le fonctionnement du corps. »

(Clase moyen populaire. Université Publique) Paola : « J'avais une âme de martyr. Je ne me suis jamais plainte. Dès que je suis rentrée, j'étais préparée pour quelque chose de très dur. Toute ma vie j'ai été soumise à l'autorité [...], je n'ai pas de problème avec l'autorité pour ça. Je fais ce que je dois faire et ce qu'on me dit que je dois faire. Je ne disais pas que c'était injuste, même si clairement c'était injuste. Moi je me focalisais sur le travail et je gardais un profil bas.

Les personnes les moins exposées à la souffrance et/ou les plus susceptibles d'obéir seront donc prioritairement sélectionnées pour devenir les piliers de la gestion de la souffrance. Ainsi abordée, la méritocratie constitue une sélection des gens qui incarnent une capacité

²⁰⁵ Lycée d'élite à Bogotá, la plupart des présidents de la République y ont fait des études.

d'identification sélective avec les plus privilégiés et/ou des gens suffisamment obéissants pour apprendre à l'incarner artificiellement. Cela constitue un mécanisme effectif pour faire de la sensibilité hégémonique le propre de l'institution médicale.

Répondre à la souffrance d'autrui est *un acte d'amour* et l'amour vient de l'identification

Quand le médecin se limite à faire exactement ce que l'institution médicale attend de lui, ses actions humanisent certaines personnes et avilissent d'autres. La cruauté qui structure la colonialité de la vie coule à travers « le bon médecin ». Néanmoins, le médecin n'agit pas toujours selon les attentes institutionnelles. Par exemple, l'identification avec la personne qui souffre encourage le médecin à sortir de l'incarnation de l'institution et à émerger comme une personne qui sait soigner et qui reconnaît que le corps souffrant est une autre personne. Personne dans le sens d'un être particulier qui ne peut pas être réduit aux catégories génériques telles *homme, malsain, femme, sain, pauvre, malade, Indio, lesbienne, etc.* Mais un être ayant une histoire qui dépasse ces catégories. Au contraire, aborder la personne comme un corps souffrant c'est l'aborder à partir des catégories et des langages qui transforment la souffrance particulière en une souffrance générique. Dans ce sens, le corps souffrant fait référence aux mécanismes de transformation des gens en objets intelligibles à l'intérieur des limites des catégories modernes d'assujettissement. Mécanismes dont l'effet principal c'est d'économiser du temps dans les interactions entre les êtres, et d'empêcher des interactions créatives, ce qui conditionne l'existence d'une sociabilité standard, à une échelle industrielle et systématiquement reproductrice d'un même système d'intérêts. D'ailleurs, les logiques institutionnelles se cassent lorsque ce qui est le médecin, au-delà d'une pièce institutionnelle avec un comportement standard préfabriqué, émerge. Pourtant, tel qu'il a été démontré auparavant, devenir médecin c'est être produit et exister dans des contextes où tout décourage cette émergence. Cependant, elle arrive. Bien que suffisamment limitée pour pouvoir la contenir à l'intérieur des logiques institutionnelles.

Angel David : « ça c'est parfaitement normal [...], si t'as trouvé sympathique la personne, tu vas l'aider bien sûr, du coup on lui accorde un peu plus de temps ou bien on donne des conseils plus détaillés ou alors on va lui trouver des échantillons pharmaceutiques gratuits, c'est des choses normales dans la pratique [médicale], mais, je répète, sans que cela implique de faire les choses pour certains et pas les faire pour d'autres, ça c'est différent. »

Nicolas : « quand on est étudiant, on est encore dans la crainte de l'apprenti [...] ; on est très hésitant pour changer des choses. Mais il y avait certaines stratégies de fuite ; par exemple, moi, j'ai commencé par prendre conscience [de l'importance] de la discussion avec les gens, ça aide à sortir des codes formels du savoir médical et de la structure formelle de l'hôpital. Discuter avec les gens, surtout avec les patients, vu la proximité qu'on a [...] c'est une façon de s'échapper. L'hôpital reste aussi un espace nécessaire, mais très rude et **très difficile à ouvrir, sauf pour l'idée de discuter avec les gens**²⁰⁶ et, disons, au moins adoucir les rapports de pouvoir qui existaient là-dedans. »

Le discours médical n'existe pas en soi ; il ne touche jamais la personne souffrante. Ce qui touche les corps c'est l'imbrication entre ce discours, la personne concrète qui l'incarne et le cadre institutionnel où ces éléments confluent. Notamment le regard à travers lequel le médecin rend intelligible la personne souffrante est le portail à travers lequel ce corps est connecté à la gestion globale de la souffrance. Bien que le médecin soit construit pour devenir une pièce institutionnelle, la façon dont il aborde la personne souffrante sera toujours déterminée aussi par ce qui est individuellement chaque médecin en tant qu'être social. Les valeurs, les désirs, les peurs, les préjugés, la façon d'aimer, etc., de la personne qui soigne sont toujours imbriqués à la façon dont le discours médical se matérialise. Par exemple, « être sympathique au médecin » (*caerle bien al médico*) est une expression qui fait référence à un acte d'identification qui influence l'émergence de comportements non-standardisés. Tel qu'il a été montré auparavant, dès la sélection du médecin, la perspective privilégiée du regard eurocentré est celle continuellement institutionnalisée dans la médecine. La sélection des meilleurs sur des critères racistes-sexistes institutionnalise la sensibilité des plus privilégiés canalisant ainsi la sympathie également vers les plus privilégiés. Ensuite, la censure systématique des comportements « féminins », « populaires »,

²⁰⁶ C'est moi qui souligne.

« afrocolombiens », « gays », etc. calibre l'empathie des gens. Cela implique que le fonctionnement normal de l'institution médicale canalise la sympathie de sorte à anéantir son potentiel de mutation du pouvoir et à l'intégrer comme un élément de reproduction active de celui-ci. Cependant, la sympathie peut aussi émerger à partir de ce qui se passe dans les rapports de soins et pas seulement de ce qui était déjà le médecin ou de ce que l'institution encourage chez lui. La sympathie jaillit parfois là où elle n'était pas censée émerger. Par exemple : le contact à long terme entre les participants au rituel de soins, la curiosité du médecin pour l'histoire de la personne souffrante, ses opinions, sa vision sur la maladie, des discussions au-delà de l'objet de consultation encouragent l'émergence de liens inattendus entre les participants au rituel de soins et qui, occasionnellement, font muter le pouvoir.

Andrea : « il y avait cette gamine que je voyais régulièrement pour la visite de contrôle [...] ; la gamine avait eu un cancer à l'œil [...] et vers juillet de l'année précédente, en [année anonymisée], on lui avait donné le diagnostic de rémission complète du cancer [...]. La famille était donc très contente pour la fille. Elle avait un petit frère, elle avait dix ans et son petit frère avait huit ans et il y avait les deux parents. Le [jour/mois anonymisés], la gamine était sur la route pour aller au collège, c'est l'autoroute et elle a été renversée par une moto, elle est arrivée morte à l'hôpital. [...] C'est moi qui ai dû faire l'autopsie, parce qu'il n'y avait personne d'autre pour la faire [...], cette partie a été traumatique. Parce que tu dois faire une procédure qui, déjà, est en soi traumatique, mais sur une personne que tu connaissais, que t'aimais peut-être [...]. La maman est entrée dans une dépression terrible, et le papa encore pire [...]. Et à peine le papa s'était un peu rétabli que la maman est entrée à nouveau en dépression grave [...]. Ensuite elle me disait qu'elle voulait tomber enceinte, en fait elle voulait avoir un autre enfant mais le monsieur ne voulait pas [...]. On est devenues très proches [...] et un jour elle est venue me dire qu'elle pensait être enceinte, alors on lui fait le test et en effet elle était enceinte. [...] Je la faisais venir régulièrement pour le suivi parce qu'elle avait ce problème de dépression et elle me disait avoir très peu que quelque chose puisse arriver au bébé à cause de ça ; alors je lui expliquais tout et ça allait bien mais c'était toujours un peu compliqué. Alors ça, comment gérer cette famille pendant tout ce temps... la grand-mère de la gamine, je la suivais pour de l'hypertension, et après ce qui est arrivé avec la petite elle avait des variations de la tension énormes, et là elle ne prenait plus ses médicaments aussi régulièrement qu'avant [...]. L'affection que j'avais pour la fille, le côté traumatique de sa mort, mais aussi après tout ça je me suis beaucoup rapprochée de cette famille comme pour essayer de les relever. Peut-être pas les relever moi, bien sûr personne ne peut ça, mais les aider d'une façon ou d'autre à

retrouver de l'élan. Alors je me suis beaucoup attachée à eux [...]. J'ai trouvé très beau de voir que cette famille ne s'est pas déchirée, parce qu'on voit ça souvent, quand un enfant meurt, la famille se brise, les parents se séparent, souvent parce qu'ils ne peuvent pas endurer cette perte, mais ça été très beau de voir cette famille y arriver, rester ensemble et même s'agrandir avec le petit qui allait naître. [...] **Eux, je les voyais à part, pas pendant le programme de consultations parce qu'on ne leur donnait pas de rendez-vous [officiel] si souvent, parce que, comment te dire, ils relevaient du régime subventionné [niveau le plus exclu des privilèges dans le système d'assurance santé] ; donc l'hôpital disait qu'on ne pouvait pas leur accorder plus d'une consultation par mois. Alors, moi je leur donnais rendez-vous après la fin de ma journée et je les voyais à part. Oui, vraiment, tout ça a été très beau²⁰⁷. »**

L'identification, de la part du médecin, des éléments partagés entre sa vie et la vie de la personne souffrante constitue un stimulus pour altérer le comportement standardisé qui constitue l'institution médicale. Se voir dans l'autre fait émerger la personne derrière le médecin. Concrètement, reconnaître dans la personne souffrante des éléments de ce qui compose sa propre histoire, encourage le médecin à sortir de la façon standardisée de soigner et stimule l'émergence d'actions concrètes qui empêchent la cruauté de couler à travers le médecin vers la personne souffrante. Surtout, le rituel de soins est plus facilement cassé quand il s'agit de soigner une personne avec laquelle il existe une expérience d'oppression partagée. Par exemple, les médecins homosexuels interviewés percevaient plus facilement la cruauté qui est censée passer inaperçue quand il s'agit de soigner une personne homosexuelle, mais plus difficilement dans le cas d'une personne d'une communauté non blanche. L'inverse est aussi vrai. Par exemple, un des médecins afrocolombiens interviewés a très bien illustré le type d'interaction de l'institution médicale avec les personnes noires sans avoir besoin d'être questionné à ce propos. Cependant, face à la question des gens avec des sexualités non normatives, il a seulement signalé qu'ils-elles devaient avoir un traitement aussi discriminatoire que les populations noires, mais il ne s'est souvenu d'aucun cas pour l'exemplifier. Cela a été exactement le cas lors de l'entretien avec un médecin gay. Les gens perçoivent rarement la sociabilité normale comme cruelle, sauf quand elles-ils l'ont expérimentée dans leur propre chair. Par exemple, les hommes et les femmes hétérosexuel-le-s, blancs/blanches, métis/métisses, de classe moyenne pour la

²⁰⁷ C'est moi qui souligne.

plupart n'ont pas identifié des différences dans la prise en charge et les soins selon les gens. Sauf, dans certains cas, les différences liées à la classe sociale qui sont évidentes dans le système de stratification de l'accès aux soins propre à la loi 100. L'expérience d'être visé par la cruauté banalisée, souvent pour une même raison, encourage les gens, dans la plupart de cas, à entreprendre des actions concrètes pour protéger, bien que toujours limitées par le cadre institutionnel. Cela implique que la présence de médecins des groupes opprimés entraîne de petites mutations du pouvoir en ce qui concerne la distribution de la souffrance.

Angel David : « La façon dont on approche les gens dépend de notre propre contexte dès le départ ; surtout, pour quelqu'un de très aisé c'est facile de ne pas se rendre compte des difficultés économiques des autres ; quelqu'un avec un haut niveau de formation technique peut très bien ne pas comprendre des personnes analphabètes ; si l'on est un homme, c'est plus difficile de bien comprendre les femmes ; selon son propre âge, on a plus de mal à comprendre les gens d'âge différent ; tout cela, par principe, fait partie d'un cadre d'approche et c'est complètement normal. »

Gustavo : « Nous [les médecins] sommes dans l'espace où on est censé devoir soigner des gens et [...] ça me faisait de la peine, tu sais, ça faisait de la peine de voir [...] cette distance plus grande [du médecin] envers les patients homosexuels. Un rapport plus froid comme pour bien marquer la distance entre médecin et patient et plus rude comparé aux autres patients. [...] S'il y a un médecin qui brise cette barrière, qui la soigne [la personne avec une sexualité non normative] de la même façon qu'on soigne tous les autres, selon un protocole, une approche plus... je ne sais pas si le terme "équitable" convient, peut-être plus "juste" – cela fait que les autres aussi réagissent différemment. Ou bien si quelqu'un sort la blague facile et quelqu'un d'autre ne rit pas mais l'interpelle, là tu montres clairement une ligne de conduite pour que la situation change. Et, en fait, ça m'arrive : si on va dans la blague facile, alors je dis simplement "non", et déjà les gens comprennent. Au moins exercer une pression en étant là et éviter l'apparition d'une situation gênante pour le patient pendant que tu es là. [...] C'est que les manières envers d'autres personnes homosexuelles, souvent assez désagréables dans la pratique médicale, expriment toujours beaucoup de rejet. Alors, en m'identifiant comme homosexuel, il me semble que cela m'aide à me rapprocher des patients homosexuels. Et aussi en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, vu l'étroitesse d'esprit vis-à-vis de l'homosexualité, pour communiquer avec les gens de manière plus ouverte également. [...] Je travaillais dans un service d'urgences dans un hôpital, et un jour arrive un garçon accompagné par un travesti ; le garçon avait 16 ans, les cheveux longs et les sourcils épilés, je crois que lui aussi se travestissait. Au final, il était venu pour un rhume et moi je lui ai découvert quelque chose dans la bouche qui semblait une infection et j'en ai parlé à l'accompagnateur. Le garçon a fait une série d'analyses

et il avait en fait le VIH ; ils étaient des prostitués, c'était un groupe de travestis prostitués, enfin, c'était ça qu'ils avaient comme travail. Et quand la consultation était terminée et toutes les analyses, l'accompagnateur est venu vers moi et il m'a beaucoup remercié, pour l'accueil et la façon dont je m'étais comporté et il m'a demandé quels jours j'étais de garde. Je lui ai répondu normalement et ensuite je le recevais chaque jeudi lui et tout un groupe qui venaient consulter pour quelque chose. Et ils attendaient ce jour pour venir consulter, parce qu'ils sentaient que **les autres jours ils n'allaient pas avoir un accueil aimable** [...]. Cela me semble très dur que **les gens doivent attendre leur moment particulier pour se faire soigner avec respect, que cela ne soit pas quelque chose de garanti tout court**²⁰⁸ ; que ce soit ça leur quotidien, tu comprends, le coup de chance à la roulette russe. »

Adriana : « C'est différent pour les gens quand c'est aussi un Inga, un frère Inga qui les reçoit en consultation ; parce qu'ils ont plus confiance, ils ont plus de liberté pour parler, pour poser des questions, pour qu'on les comprenne et **pour qu'on respecte leur croyances**. Donc, peut-être que c'est plus pour... je ne sais pas, même si les soins qu'on peut faire étaient les mêmes, mais si, il y a bien une différence dans la conception de la médecine conventionnelle et dans ce que les médecins ont amené ou montré là-bas dans la région. [...] Et bon, moi je pense que pour les patients indigènes qui viennent d'ailleurs, dont certains ne parlent pas bien espagnol, qui viennent de l'Amazonie, donc pour eux c'est un peu plus difficile et alors, s'ils savent qu'on est [soi-même, le médecin] indigène, ils peuvent se sentir plus tranquilles, plus en confiance et plus à l'aise pour parler. Du coup, oui, la relation change, parce que je leur dis que je suis indigène justement pour qu'ils se sentent en confiance. Ils sont plus rassurés et après ça ils reviennent me chercher ou ils me parlent comme si on se connaissait. [...] En soins intensifs et en soins intermédiaires, la majorité des enfants qui souffraient de maladies rares et de la pauvreté étaient des Indigènes Embera. [...] Comme je suis indigène, ça me fait toujours mal de voir la population indigène, soit des frères Inga, soit d'autres communautés dans des conditions difficiles. La même chose arrive ici, à la Misericordia, on voit aussi des enfants d'ailleurs, qui viennent d'autres territoires avec des maladies qui sont simplement le produit de la pauvreté, de la malnutrition, d'un système de santé qui est lamentable, qui est très mauvais, mais qui sont surtout liées à leur condition d'Indigènes. [...] Il y avait un enfant [de la communauté] Ticuna de l'Amazonie qui avait été hospitalisé une longue période de temps ici [...] ; il était là pour une maladie grave [...] et son hospitalisation a été prolongée. Il avait déjà eu l'autorisation médicale pour repartir, mais la sortie a été retardée, parce que l'EPS ne lui donnait pas ses médicaments pour pouvoir partir en Amazonie, quelque part près de Leticia. [...] Comment ça peut être pour une maman au bout de quatre mois déjà ici, qui a quatre autres enfants là-bas en Amazonie, avec lesquels elle parle tous les 15 jours environ, avec un mari désespéré, avec un enfant maigre, mal nourri, avec toutes ces conditions très difficiles ? Et au fond ce qu'on peut faire c'est très peu. Parce que voilà, ce n'est pas nous qui avons la solution pour

²⁰⁸ C'est moi qui souligne.

ces choses. [...] J'y ai mis encore plus de gentillesse ; le jour où on lui a fait la sortie d'hôpital, je l'ai accompagné jusqu'à l'auberge où ils allaient rester le temps de réussir à trouver le transport pour l'Amazonie. [...] J'ai ressenti de l'impuissance, de la rage. Et au fond le message de la médecine devant de telles situations c'est que la solution n'est pas du côté de la médecine. Parce que j'ai beau être médecin et Inga, indigène, j'ai beau avoir de la peine. Parce que de toute façon, je ne peux rien faire de plus. [...] Quelle était ma motivation ? Les voir dans le besoin et, aussi, **le fait qu'ils sont indigènes : même s'ils sont Ticuna, ils sont comme des frères pour moi**²⁰⁹. Alors, même si ce n'est pas une démarche qui puisse les aider à plus long terme, au moins que ça apporte quelque chose sur le moment. »

De la médecine comme science politique vers la médecine comme travail du *care*

La diversification des profils des gens qui incarnent l'institution médicale est inséparable de l'implémentation de politiques néolibérales qui ont entraîné la précarisation de la profession, la diminution de la rémunération et du prestige. Les mêmes réformes néolibérales ont encouragé l'entrée des femmes des classes moyennes sur le marché du travail et les politiques d'inclusion des peuples non blancs, selon la perspective multiculturelle. En effet, le processus de transition entre la médecine comme une science politique vers la médecine comme une profession du *care* se conjugue avec la féminisation de la profession et la diversification des corps qui l'incarnent. Bien que la présence des médecins femmes ou des groupes non blancs dans l'architecture de la cruauté institutionnelle soit irréversible, cette ouverture se produit dans le moment historique où le médecin a le moins de pouvoir politique, le moins de reconnaissance sociale, le moins de salaire et le plus de restrictions pour agir sur le corps souffrant. Sans nier les potentialités d'introduction de tensions dans le fonctionnement normal du pouvoir, la transition entre la gestion de la souffrance incarnée par des hommes blancs vers un personnel de santé plus divers correspond à la consolidation des intérêts coloniaux dans l'étape néolibérale : prolétarianiser le médecin, marchandiser le corps souffrant comme source de profit direct, etc. Cette ouverture peut être vue comme

²⁰⁹ C'est moi qui souligne.

un changement des besoins dans la gestion du corps souffrant où les gens nécessaires pour l'incarner sont construits pour le *care* et non pour l'exercice du pouvoir.

Angel David : « Dans les générations antérieures il y avait toujours un pourcentage minime de femmes, l'accès de la femme à l'université a beaucoup augmenté seulement depuis une trentaine ou une quarantaine d'années. Dans notre promotion on était 128 et il y avait 11 femmes, alors qu'aujourd'hui... [...] C'est complètement différent, partout dans la santé environ les trois quarts du personnel ce sont des femmes et puis c'est que presque dans n'importe quel endroit au monde on a accès à l'université, au doctorat, à la recherche, aux postes de direction. Et les étudiantes sont... elles s'avèrent très appliquées, très disciplinées et travailleuses. **Ce sont des personnes qui occupent la plus haute position de la femme dans le rôle modèle qui lui correspond** ; elles ont beaucoup lutté pour et elles restent très actives là-dessus ; et ça, du point de vue médical, c'est magnifique qu'il y ait tant de femmes puisque **les femmes sont plus, euh, elles ont plus de capacités génétiques pour prendre soins des gens, ça facilite beaucoup l'exercice de la médecine**²¹⁰ [...]. [À mon époque], nous étions bacheliers de lycées publics ou lycées privés niveau moyen, c'était nous les étudiants, l'accès [à l'université] était limité. Mais aujourd'hui on voit aussi des gens qui sont indigènes, afrodescendants, et aussi des gens qui viennent de régions reculées [...]. Évidemment, soumettre une personne indigène au même examen qu'une personne diplômée d'un lycée de la capitale, là il y avait une difficulté qui a été corrigée au fil du temps. »

Maria Fernanda : « Disons que **la femme a ce quelque chose de plus, disons, en ce qui concerne le côté émotionnel, n'est-ce pas ? Alors on a plus d'empathie**²¹¹ pour les gens, de capacités de maîtrise de soi, d'identification ; il y a des spécialités qu'on donne plus aux femmes qu'aux hommes, il y a des attitudes qui sont plus... c'est plus facile pour les patients et ils font plus confiance aux femmes qu'aux hommes. »

La transition dans les corps qui incarnent la gestion de la souffrance, entre les corps construits pour le pouvoir et *les corps construits pour d'autres corps*, est évidente dans l'image du bon médecin partagée par les différentes générations. Dans les thèses du XIX^e et de la première moitié du XX^e siècle, dans les revues de l'Académie de médecine et de la faculté de médecine de l'université Nacional, ainsi que dans les entretiens avec des médecins formés entre 1950 et 1980, dans la perception de la profession par les médecins eux-mêmes la culture de l'estime de soi a un rôle majeur : les hommages entre collègues sont toujours

²¹⁰ C'est moi qui souligne.

²¹¹ C'est moi qui souligne.

présents dans les revues ; les thèses font référence aux professeurs avec des expressions du type « la source de savoir », « la source de la lumière », « au grand maître », « le grand humaniste » ; les expressions normales pour faire référence aux collègues étaient du type « le très sage », « le très honorable », « le très respectable », etc. Bref, l'estime de soi était basée sur l'image du bon médecin dont les collègues reconnaissent la culture et l'habileté technique. Le médecin était construit pour être un corps pour soi. À partir des années 1990, le médecin commence à être un corps pour d'autres corps. Ce changement est évident dans la façon dont les médecins de différentes générations et sexe décrivent leurs patients et leur profession. Chez les interviewés plus jeunes, la récompense sociale attendue est plutôt le remerciement du patient que la reconnaissance des collègues. Quand les hommes de plus de 45 ans, de la génération d'avant la loi 100 et de la transition, parlent de leurs patient-e-s, l'accent dans l'histoire n'est pas mis sur la personne souffrante. L'image de soi que ces médecins ont voulu transmettre dans l'entretien est basée sur la démonstration de leurs propres habiletés techniques, tandis que l'image de soi transmise par les femmes et par les hommes les plus jeunes cherche à montrer comment ils et elles ont bien pris soin de quelqu'un d'autre qui le reconnaît par le remerciement. La fierté des hommes plus âgés est construite dans leurs narrations en mettant en avance la signification publique des soins. Donc, l'amélioration de l'état de la personne souffrante est utilisée dans leurs récits pour prouver leur maîtrise technique, le bon fonctionnement de l'institution où ils travaillent, l'avancement de la science, l'apport de leur maîtrise technique à une cause plus grande, tels le bien-être de la patrie ou de la société, etc. Les femmes les plus âgées partagent avec leurs collègues de génération l'importance donnée à la reconnaissance de leur profession dans la construction de l'image de soi. Tel qu'il a été montré auparavant, il s'agit toujours d'un rapport lié à un défi intellectuel et à la reconnaissance publique de génialité. Cependant, dans les récits de leurs rapports aux patients, contrairement à leurs collègues de génération masculins, l'accent est mis sur la contribution qu'elles ont su apporter au bien-être des gens et surtout sur les remerciements reçus. Leurs récits abondent en détails tels l'âge de la personne souffrante, ses opinions, ses peurs, des extraits de conversations, la façon dont la personne a exprimé ses remerciements, etc. Tandis que chez leurs collègues hommes les

détails sont réservés à la description des techniques utilisées. Ayant demandé aux médecins interviewés de citer les cas qui ont particulièrement marqué leur mémoire, il est frappant de constater deux types de réponses bien distinctes : les hommes âgés²¹² et ceux de la génération de transition ont donné des réponses courtes et très impersonnelles, tandis que la plupart des femmes de tout âge et des hommes jeunes ont donné des réponses longues et très détaillées, y compris au sujet de ce qu'il ou elle avait pensé que la personne sentait et ce qu'elle-même ou lui-même ressentait.

(59 ans) Oscar : « Pour moi ça a été choquant que le médecin spécialiste ne regarde que les analyses de sang, comme si son niveau de connaissances sur la santé et la maladie chez les gens ne lui permettait pas de la diagnostiquer, de l'examiner pour établir un diagnostic. Ensuite, disons que pour moi ça a été très agréable de voir que l'institution avait la capacité de fournir une réponse et que vraiment, malgré certaines critiques qu'on pourrait faire à la pratique institutionnelle, elle pouvait répondre à une nécessité assez rapidement ; et, *l'autre chose*, quand la dame est revenue, ça a été pour moi une satisfaction et très chouette de voir que j'avais pu l'aider. »

(46 ans) Piedad Flores : « J'ai eu une patiente qui avait un cancer de la thyroïde et donc on la programmait pour des séances de thérapie à l'iode. Cette dame vivait dans [la région des] Llanos et elle voyageait à Bogota pour qu'on lui fasse ses traitements, elle venait pour les contrôles et moi je travaillais à l'époque à San José, à l'hôpital ; on s'occupait d'elle donc et elle venait toujours, c'était incroyable, avec un excellent état d'esprit ; c'était incurable ce qu'elle avait pour tout te dire, mais avec une bonne qualité de vie, et alors elle arrivait toujours avec une nouvelle alternative non médicale pour sa maladie. Tout à coup, à ma surprise, elle me disait "docteure, ne vous fâchez pas, mais dans ma région, l'usage c'est de boire du sang de vautour pour se guérir". Alors qu'elle le fasse, parce que bon si elle croit que c'est ça qui va la guérir et pas tout ce qu'on aurait pu faire nous, alors qu'elle boive du sang de vautour, parce que quoi faire ; et ainsi de suite pendant des années, et elle était toujours en vie, elle était stable pour ainsi dire, au moment où j'ai quitté l'hôpital et j'ai arrêté d'avoir des nouvelles ; elle menait une vie tranquille, mais elle faisait des choses comme ça et ça m'impressionnait de l'entendre dire "bon, j'ai déjà pris le sang de vautour, maintenant j'attends que ça fasse son effet" et moi qui n'arrive pas à y croire. [...] Alors, je disais, d'où vous sortez ça, qui vous dit ce genre de choses et elle me répondait "non, chez nous, on utilise ça, on me l'a dit et je crois qu'après je vais guérir" ; la pensée magique face à la maladie aussi, c'est très fort, il ne faut pas oublier que l'esprit est plus fort que toute autre chose, le bien-être mental fait fonctionner le corps, quand l'esprit tombe malade, tout le reste l'est aussi. Donc il y a des gens

²¹² « Âgés » désigne ici la génération de médecins d'avant la réforme néolibérale de la santé introduite par la loi 100 de 1993.

qui ont besoin de ces choses, un peu chamaniques, pour ainsi dire, pour endurer des maladies chroniques, de longue durée. »

- « Et vous lui disiez quoi, “oui, prenez ça” ? »
- « Non, non ; je veux dire qu’on doit être respectueux envers ce type de pensée ; alors j’ai été respectueuse, ce sont des choses qu’on voit souvent ; les gens te disent “j’ai de l’hypertension, est-ce que je peux prendre de l’ail, on m’a dit que ça fonctionne ?”, alors je leur dis, prenez autant d’ail que vous voudrez, mais prenez aussi le médicament, ok ? On doit partager un peu l’espace, vu que les gens mettent leur foi dans beaucoup de choses, parce qu’on a aussi besoin de la foi contre la maladie. »
- « Oui, mais ce n’est pas que vous leur dites ? »
- « Non, non, jamais, tant que ce n’est pas une chose absolument tirée par les cheveux qui risquerait de mettre en péril ce que l’on fait, bien sûr. Mais ce sont des choses qui très souvent vont de pair, chercher une alternative c’est très fréquent, ça plaît [au patient] la médecine alternative et ça ne veut pas dire que ça n’existe pas ou que ça ne peut pas aller de pair avec une approche médicale traditionnelle ; donc, moi j’ai toujours pensé qu’on doit respecter ça, tant que cela n’interfère pas avec ce qu’on est en train de faire ; vous pouvez manger mille gousses d’ail, mais n’arrêtez pas de prendre les cachets que je vous prescris ; sinon, si on se met à polémiquer avec les patients, je crois que ça mène nulle part, ils finissent par changer de médecin ou aller voir ailleurs. Et alors là, on a tout gâché, alors voilà, si vous y croyez, très bien, faites-le. »

Tel qu’il a été montré auparavant, l’intériorisation des attentes institutionnelles est une partie centrale du processus de construction d’un médecin. La génération des médecins les plus âgés correspond à la médecine la plus patriarcale où être masculin faisait explicitement partie de la démarche institutionnelle pour canaliser les actes du médecin. L’opposition entre « l’univers féminin », dont les émotions en font partie, et « l’univers masculin » caractérisé par la rationalité était déterminante dans la construction du médecin. Cette expectation institutionnelle se voit reflétée dans la façon dont les gens de cette génération parlent de leurs patient-e-s dont elles-ils se souviennent le mieux. Ce sont surtout les hommes qui ont justifié leurs actions (dans des contextes d’une connexion spéciale avec certains patients) en les présentant comme des décisions prises après une évaluation rationnelle de la situation. Cependant, c’est une chose le cadre institutionnel et le comportement attendu socialement de la part des gens et une autre chose comment les gens interagissent dans des contextes concrets, bien que ce soient toujours des aspects imbriqués. Par exemple, dans les deux entretiens avec des hommes de 90 ans, même si tous les deux cherchent à montrer

comment ils ont canalisé leurs émotions à travers la performance technique, il y a des différences de fond entre l'homme d'élite, Ernesto, et celui d'origine populaire, Pedro.

Interrogé sur les cas qui l'avaient le plus marqué, Ernesto a eu du mal à penser à des personnes concrètes, il racontait des situations dans lesquelles son talent avait été prouvé et reconnu. Une fois la question posée très explicitement, il a raconté le cas d'une famille, décrite par lui comme « misérable »²¹³, dont la femme était en grave danger de mort. Il se souvenait de ce cas parce qu'il avait été très « inquiet » à l'idée de laisser l'homme sans femme, avec un enfant sans mère. Dans sa narration, il montre comment il a cherché à protéger l'intégrité de la famille et comment il s'est identifié avec l'homme. Dans son long récit, l'accent est mis sur son altruisme et sur ses préparatifs pour réussir une performance technique parfaite, et non sur la famille ou la femme. Pourtant, il se souvenait d'images concrètes qui font penser à un lien créé avec cette famille. Il se souvenait, par exemple : « [...] tout à coup j'ai senti le petit garçon s'agripper à ma blouse blanche, il a levé son regard vers moi et il m'a demandé : "docteur, maman va mourir ?" ; et je lui ai répondu très assuré : "non, ta maman ne va pas mourir". Quand on est sortis avec Jairo Jimenez [un autre médecin], je lui ai dit : "Jairo, cette dame ne peut pas mourir". » Et il raconte ensuite avoir passé toute la nuit à lire toute l'information disponible à propos du cas de la femme. Malgré une description basée sur la construction de sa propre image, Ernesto se souvenait de la date du décès de la femme, 40 ans plus tard, et du fait qu'elle est devenue grand-mère ce qui montre un lien personnel avec cette famille au-delà de ce qu'il a admis.

En ce qui concerne Pedro, il a commencé à parler des gens concrets et de sa propre histoire de vie dès la première question de l'entretien. Il se souvenait de deux cas en particulier. Le premier était un cas, 40 ans auparavant, d'une nouvelle-née pauvre qui avait besoin d'une chirurgie pour ne pas devenir paraplégique. Le conseil de l'hôpital a décidé de ne pas l'opérer à cause du risque d'infection très élevé chez les enfants pauvres. La famille l'a supplié d'opérer la fille car ils n'allaient pas pouvoir assumer des soins pour une fille paraplégique.

²¹³ Le terme utilisé en espagnol est « paupérrima » – « extrêmement pauvre ».

Contre l'avis de ses chefs, et en prenant un risque personnel, il l'a opérée et elle a survécu. Il a fait le suivi médical pendant une année, suite à quoi il n'avait plus eu de nouvelles. Il a pensé toute sa vie que la fille était morte. Ensuite, Pedro a raconté les larmes aux yeux que 25 ans plus tard la fille est venue le remercier et lui montrer ses diplômes de l'université Nacional. Ensuite, de sa propre initiative, Pedro a commencé à raconter un cas où il avait échoué. Quatre enfants de la rue atteints de rage qui ont été traités par une procédure qui venait d'être découverte au Brésil, mais qui des années après s'est avérée erronée. Il a raconté les larmes aux yeux que les quatre enfants étaient morts et qu'il avait pensé avant de faire la procédure que « c'était bizarre » mais qu'il l'a faite parce que ses collègues ont décidé que c'était approprié et que de tout façon il n'avait pas à disposition d'autres procédures. Après cette histoire, il a eu besoin d'un moment en silence pour pouvoir continuer à parler.

Interrogés sur leur motivation pour agir de la façon dont ils ont agi, tant Ernesto que Pedro ont répondu de la même façon. Ils ont souligné le caractère rationnel de leurs décisions et ils ont cherché à montrer que leurs actions correspondaient aux comportements standardisés par l'institution médicale. Ernesto a souligné la rationalité de ses actes tout au long de la description des cas. Il a canalisé ses désirs particuliers de « soigner » quelqu'un en faisant des efforts pour réaliser des exercices techniques performants. Il a fait attention dans l'entretien à ne pas laisser voir un engagement personnel. Pedro, au contraire, une fois interrogé sur sa motivation, il a parlé spontanément de ce qu'il appelle des « émotions » mais tout en insistant sur le caractère rationnel de ses décisions. La canalisation des « émotions » à travers des exercices de performance technique est une référence partagée par les deux, bien que la réponse de chacun soit différente.

(Université Privé aux États-Unis. Origine bourgeoise. Fils d'un médecin marié et appartenant à une famille de l'élite économique et politique de la Capitale. 87 ans) Ernesto : « C'est l'assurance que nous apportent l'étude, le dévouement, la vocation ; et savoir que ce que tu fais, tu le fais à la perfection, que ce ne sera pas moins que parfait, parce que si c'était moins que parfait celui qui est lésé c'est le patient, ce n'est pas toi, en sorte que cette exigence de la chirurgie, l'exigence de la

perfection dans la chirurgie c'est ce qui attire beaucoup d'entre nous et nous fait choisir cette spécialité. »

(Université publique. Origine populaire. Fil aîné d'une lavandière non mariée d'un village de frontière 85 ans) Pedro : « Les implorations de la famille de la petite, eh bien ça m'a touché, et le fait qu'ils s'engagent "écoutez, on va se consacrer à elle, on va s'en occuper comme vous nous direz" ; et oui, la preuve que oui. Et dans le second cas, l'impact émotionnel, je ne voulais pas croiser les bras et voir mourir quatre enfants, c'étaient des enfants des rues, ils devaient avoir entre six et neuf ans sans doute. Donc, dans les deux cas il y a eu un impact émotionnel très fort qui a conduit à la décision. [...] Je crois, en faisant une analyse stricte des possibilités, que dans les deux cas j'ai... j'ai réfléchi sérieusement ; dans le cas de la petite fille, il me semblait que mon examen neurologique, il me semblait qu'il indiquait la présence de mouvements résiduels dans les membres inférieurs. En plus, l'examen physique du problème montrait qu'il y avait bien assez de peau si j'agissais très soigneusement et si j'incisais très bien pour pouvoir bien refermer la peau. Parce que très souvent dans ces cas l'infection se produit parce que la peau ne se referme pas bien, la peau reste tendue et alors elle s'ouvre, mais dans ce cas il y avait assez de peau pour refermer. Et j'ai osé, j'ai osé, en calculant qu'il n'allait pas se produire non plus une hydrocéphalie, parce que, selon les statistiques, ça n'arrive pas toujours quand on referme ces méningocèles de grande taille, voilà, j'ai fait une analyse comme ça. Et dans le cas du traitement infructueux contre la rage, ça a été donc une discussion avec tout le service, mais il y a eu surtout la volonté d'aider, quatre petits enfants mordus en deux semaines, qui présentaient le début des symptômes cliniques de la rage, ça fait très mal ; alors, à ce moment-là, j'ai regardé aussi la situation en perspective et j'ai dit "c'est pire de ne rien faire pour eux parce que ça revient à s'asseoir pour les regarder mourir, alors faisons-leur la procédure". »

La façon de canaliser des liens particuliers issus du contact entre les membres du rituel de soins et la façon dont ces liens amènent à un engagement particulier du médecin changent en fonction de qui est la personne qui incarne le rôle de médecin mais aussi en fonction de l'expectative institutionnelle sur ce qu'est un « bon médecin » que les gens ont intériorisés pendant leur formation. Par exemple, le rapport aux soins a changé entre avant et après la prolétarianisation de la médecine et ce changement a impliqué une « féminisation » de la profession. En général, chez les docteurs et doctresses jeunes, le patient est passé du statut de moyen pour prouver sa maîtrise technique à celui de moyen pour prouver sa capacité à donner du soin. Cette différence générationnelle est corrélée avec des différences de genre. Malgré la féminisation des attentes institutionnelles quant au « bon médecin », qui

affectent les hommes et les femmes, les formes d'engagement émotionnel les plus courantes chez les hommes de toutes les générations correspondent à des actions susceptibles de leur amener récompenses et reconnaissance professionnelles. Tandis que les formes d'engagement les plus habituelles chez les femmes les amènent plus facilement, surtout dans le contexte néolibéral, à être sanctionnées et persécutées, principalement par les gérants. Par exemple, les médecins de toutes les générations et sexes ont été quasi unanimes pour définir le labeur du médecin comme un travail d'accompagnement des personnes qui souffrent. Cependant, chez les hommes, notamment les plus âgés, cet accompagnement dépend de la technique et se cultiver soi-même est donc la meilleure façon de devenir un bon médecin. Tandis que chez les femmes accompagner le patient se traduit plus facilement par le fait de s'engager personnellement avec la personne qui souffre, l'écouter, lui donner du temps : « se donner ». Chez les hommes les plus jeunes le rapport au soin est beaucoup plus proche de celui des femmes que de celui des hommes âgés. Cependant, chez eux, le besoin de prouver dans leurs récits leur capacité de soigner en montrant des sacrifices personnels était moins courant que chez les femmes.

(50 ans) Teresa : « Militer n'est pas que sortir dans les rues pour protester mais, comme je te le dis, on peut aussi le faire à son poste de travail et dans son métier. Nous, on a travaillé très dur et alors la personne qui dirige le programme me dit "écoutez, docteur, je crois que je jette l'éponge", mais je lui ai dit "ne jetez pas l'éponge, parce que si vous faites ça, combien de femmes vont mourir ici ?" Tu comprends ? Par exemple, elle a réussi à empêcher la fermeture de la cytologie, qu'on allait nous enlever. Tu me comprends ? [...] Le prix à payer personnellement a été très cher, mais on ne peut pas céder. [...] Mais ça a été dur d'aller contre les intérêts de la pharma [l'industrie], les médecins c'est des vendus. [À propos d'une réunion de travail pour décider la politique publique concernant le VPH] – Je lui ai dit [à un médecin qui soutenait l'application d'une procédure plus dangereuse pour les femmes pauvres et/ou du milieu rural] : "si c'était votre fille ou votre épouse, vous les laisseriez faire la procédure et ce traitement ?" Et il répond "non, docteur, n'y pensez même pas" ; et moi "et alors ? Je lui dis, qu'est-ce vous me dites vraiment ? Qu'il y a des patients de deuxième, troisième et quatrième catégorie ? Si vous mettez ça en place, c'est que la qualité est excellente et donc votre fille et votre épouse peuvent aussi faire la procédure, n'est-ce pas ?" Sinon, pourquoi mettre ça en place ? En plus, là, on implémentait quelque chose de pervers parce que c'étaient des gens infectés avec je ne sais quoi, mais ceux de la cancérologie avaient dit que ce n'était pas le boulot du service de soins infirmiers, mais de l'entreprise d'assurance

dispensatrice de soins [EPS]. [...] Parce que la colposcopie est une chose de gynécologue, de colposcopiste et moi je suis formée pour. Au départ ils prévoyaient que ça devrait être fait par [les employé-e-s de] l'EPS, alors j'ai dit "docteur, encore une question ; vous êtes déjà allé vous faire un toucher rectal par les gens de l'EPS, pour vous faire toucher la prostate ? Est-ce que nous les femmes on vaut si peu qu'on n'est même pas dignes de se faire examiner le col de l'utérus par un médecin ?" Tu comprends ? Et c'est un cancer. »

[Question adressée à la personne interviewée] « Et qu'est-ce qu'il t'a répondu à cette question ? »

« "Non, docteur, ne le prenez pas comme ça." Et je lui dis, "docteur, réfléchissez à ce que je vous dis." Et tu sais ce que m'a dit un gynécologue qui travaillait dans la *Ligue*²¹⁴, un gynécologue qui fait la promotion de tout ça, quand je lui ai dit la même chose, il m'a dit : "docteur, venez, je vous raconte une chose ; vous avez tout à fait raison dans ce que vous me dites, mais voilà le problème, moi, dans les quartiers périphériques, je préfère avoir 100 patientes mortes au lieu d'en avoir 200. Au moins je sais que dans le lot qu'on cautérise en partie ça va servir." Je lui ai dit : "docteur, vous savez ce que ça implique, on va peut-être cautériser un cancer comme on va peut-être cautériser un col utérin sain, docteur, parce que ce sont des personnes sans aucune compétence." Donc ce qu'on avait prévu c'était les employés des EPS ; heureusement il y a eu cette personne, du programme de l'institut qui avait beaucoup lutté pour que les règles de procédure soient dans le POS [Plan obligatoire de santé], parce qu'alors ça doit être fait par une infirmière professionnelle et c'est resté dans le POS. Comment ils peuvent même imaginer ça, une chose que dans d'autres pays se fait dans des conditions totalement différentes. Et c'est resté dans le POS. [...] Mais au moins c'est une infirmière qui le fait, encore que, une infirmière n'est pas compétente pour ça non plus, ce n'est pas la personne indiquée. [...] Mais imagine-toi. Et on s'est tellement battu pour ça, ça fait cinq ou six ans qu'on mène ce combat. [...] Je suis fatiguée. [...] On récompense celui qui prend soin de l'argent de l'EPS et on punit celui qui essaie de soigner. On joue à faire mourir les patients. Pour l'EPS un mort est plus rentable. [...] Et, par exemple, je vois des gens totalement vendus. Ils n'ont rien à faire. Les gens ne bougent que par intérêt, économique ou personnel, mais ils s'en fichent. »

(29 ans) Eduardo : « J'ai toujours aimé aider, disons que j'ai pris la décision en ayant mon frère comme modèle, je voyais donc les gens le chercher, il les aidait et on le remerciait beaucoup de son aide, donc j'ai aimé ce côté. Au départ, on a bien sûr la mentalité matérialiste, donc bien sûr on se dit, ouah, ça va m'aider à faire plein de choses à l'avenir mais disons que ce n'était pas ça la raison principale. Maintenant si quelqu'un veut devenir médecin, je lui dis toujours, si tu vas le faire pour l'argent, ne le fais pas, parce que tu n'auras pas ça ; si tu veux aider les gens et être utile, fais-le, et sinon, non. Donc ma motivation principale c'est d'aider, ça a toujours été ça. Médecin, ça veut dire aider les gens, peu importe le reste. »

²¹⁴ Association dédiée à gérer le cancer en Colombie.

L'amour casse le pouvoir mais *Narcisse trouve moche ce qui n'est pas un miroir*²¹⁵

Dans cette section, je donne la priorité aux thèses de médecine, plutôt qu'aux entretiens, afin d'avoir accès à l'acte militant et non à la narration d'un acte, construite par les médecins pour l'entretien. Mon intérêt porte ici principalement sur l'acte et non sur la façon dont l'action s'est gravée dans le corps de la personne et dans ses souvenirs, comme dans les sections précédentes. Les thèses de Francisco Navia Cifuentes de 1926 et de Manuel Lopez Vega de 1893 sur la syphilis, analysées dans le chapitre II, constituent de bons exemples d'actes militants dans la quotidienneté de l'exercice médical (Lopez, 1893) (Navia Cifuentes, 1926). Ces thèses ont en commun le fait d'être le produit d'un contact proche entre le médecin et les souffrants et le fait d'utiliser le discours hégémonique de la médecine pour apporter à ces derniers une protection. Dans les deux cas, les auteurs expriment une intention explicite de critiquer ce qu'ils ont identifié comme étant la source de la souffrance des gens qu'ils essayent de protéger.

Dans le cas de Francisco, la frustration par rapport à la souffrance des gens pauvres par manque de soins médicaux est présente tout au long de son texte. À l'époque où il rédige cette thèse, la souffrance liée à la syphilis était tolérée, voire perçue comme « méritée » par certains, comme châtiment pour une faute envers la morale catholique. Dans ce contexte, Francisco essaie de protéger ceux qui d'après lui sont les plus susceptibles de souffrir à cause de cette approche de la maladie. En s'appuyant sur son expérience avec les patients de la *Clinica Municipal de Bogota*, Francisco place au centre de son argumentation l'idée que les prostituées et les ouvriers souffrant de syphilis sont « des malades comme les autres », voire « moralement corrects » et même « des innocents ».

« Dans l'exercice de sa profession, le médecin connaît des cas profondément douloureux qui ébranlent jusqu'aux fibres les plus intimes de son cœur. [...] Des jeunes filles malades alors que leur honneur est sans reproche. [...] Des êtres à la conscience immaculée mais qui ont été violés. [...] Nous [les médecins] avons appris

²¹⁵ Extrait de la chanson *Sampa* de Caetano Veloso (album *Muito. Dentro da estrela azulada*, 1978) : « É que Narciso acha feio o que não é espelho ».

à connaître et à ressentir la douleur de l'humanité sous les toits vétustes de l'hôpital San Juan de Dios. » (Navia Cifuentes, 1926, p. 40).

De son côté, Manuel problématise le choix de la nourrice et le besoin d'empêcher les hommes syphilitiques de se marier, afin de protéger « les femmes et les enfants » des hommes « malhonnêtes ». Dans le déroulement de sa problématique, ce qu'il décrit comme la vie de *la famille* et de *la femme* correspond en réalité à la famille nucléaire et au mode de vie de la femme qui se marie vierge et qui a les moyens économiques d'avoir une nourrice. C'est-à-dire la famille et la femme bourgeoises. Le regard de Manuel sur la vie de ces femmes n'est pas extérieur mais très familier, avec plein de détails intimes sur la vie quotidienne. C'est à partir de cette proximité qu'il souligne tout au long du texte le besoin de protéger « *les femmes* ». Cela indique qu'il est en train de problématiser la souffrance des femmes de sa propre classe sociale. D'un côté, son intention protectrice se limite à sa propre caste. La nourrice n'est pas considérée comme étant une de ses patientes potentielles. D'un autre côté, son intention de défendre la femme aboutit à la consolidation de la féminité hégémonique qui est oppressante pour les femmes des élites elles-mêmes. En même temps qu'il défend la féminité hégémonique, il déshumanise les femmes non blanches qui sont exclues du mariage et qui sont donc exclues des bénéfices des mesures protectrices qu'il propose, bien qu'elles y soient incluses comme objets de contrôle en tant que nourrices.

Les deux médecins se servent du discours hégémonique pour rendre audible une souffrance qui d'après eux n'est pas suffisamment prise en compte par la médecine. Dans le cas de Manuel, il s'agit d'une problématisation alignée sur les intérêts hégémoniques de son époque ; mais dans le cas de Francisco il est en train de problématiser des souffrances qui ne sont pas censées être un objet de préoccupation pour la médecine. Dans les deux cas, le médecin cherche à éviter la souffrance chez ses patients, motivé par ses connexions personnelles avec les souffrants. Et, dans les deux cas, la stratégie choisie c'est d'inclure la souffrance de leurs patients parmi celles qui sont problématiques. Cependant, ces thèses ont également en commun le fait de traduire ces souffrances dans les termes racialisants et sexualisants du discours médical hégémonique.

L'intention critique du médecin n'implique pas que le déroulement de sa pratique médicale ne soit complètement fonctionnel pour les intérêts coloniaux. Cela n'exclue pas que la pratique médicale puisse cependant engendrer un certain degré de mutation dans le pouvoir ou bien constituer en soi clairement une stratégie de résistance. Dans le cas de Francisco, l'interprétation des souffrances des gens à l'intérieur du discours colonisant de la médecine hégémonique peut aussi être lue comme une sorte de stratégie. C'est quelque chose qu'on retrouve d'ailleurs dans d'autres thèses de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle et, plus tard, dans le mouvement de la médecine sociale latino-américaine. Le discours institutionnel (audible) y est utilisé pour rendre audible la souffrance « inexistante ». D'un côté, cela permet de problématiser des souffrances qui ne sont pas censées être problématiques, même si d'un autre côté cette stratégie finit par insérer le corps souffrant souffrance dans le système d'intérêts hégémonique.

Sans ignorer le caractère à double tranchant de cette stratégie, il est indéniable qu'elle peut véhiculer des petites mutations de la grammaire coloniale. En outre, même dans le cas où cette stratégie ne fait pas muter la grammaire du social, elle est en soi une forme de résistance face au pouvoir. Le fonctionnement normal du pouvoir nie constamment le caractère humain de certaines vies en les excluant de la possibilité d'être des objets de soins, tout en les exposant à la souffrance. Reconnaître l'humanité des êtres en les rendant visibles comme objets de soins, alors qu'ils sont censés d'en être exclus, constitue en soi une mutation de la grammaire hégémonique. Cependant, étant donné la nature génétiquement coloniale de la médecine moderne²¹⁶, toute intervention médicale acritique par rapport à son propre rôle implique un processus de colonisation du corps et de la vie.

La remise en cause de l'étiologie de la syphilis pour démontrer que la contamination ne prouve pas une faute morale dans la thèse de Francisco est un exemple d'engagement politique à l'intérieur des limites de la pratique quotidienne des médecins. Sa recherche constitue une stratégie concrète d'humanisation des non-êtres en les construisant comme

²¹⁶ Voir aussi le chapitre I.

des êtres moraux et donc dignes d'être soignés. Bien que son engagement personnel ne soit pas explicite, on peut le supposer car il accorde une place centrale dans son texte à la description de la souffrance des gens à partir d'un regard très proche. Son texte témoigne d'un contact personnel entre le médecin et les gens dont les souffrances ne sont pas censées devenir problématiques. C'est ce contact qui amène l'auteur à une action engagée par rapport à ce qu'il considère le bien-être des personnes qu'il essaie de protéger. Dans ce cas, l'engagement n'est pas le produit de l'appartenance de l'auteur à un mouvement spécifique.

L'approche rationnelle de la maladie développée par Francisco dans la rédaction de sa thèse est imbriquée à l'approche émotionnelle générée par le contact direct avec les souffrants. Aborder l'agir de Francisco avec les catégories dichotomiques émotion/raison reproduit une illusion optique qui ne correspond pas à la façon dont il a effectivement interagi avec le monde. En revanche, le concept *sentipenser* permet une approche plus précise. Ce concept a été forgé par une communauté de pêcheurs de la région caraïbe colombienne pour critiquer le cadre rationnel des sociologues de la capitale qui venaient y étudier la vie de la communauté. Ce concept fournit un cadre pour aborder les comportements des gens comme un ensemble entre la raison et l'émotion. Dans cette perspective, ce que le regard moderne sépare comme étant de nature différente est abordé comme étant un ensemble indissociable (Comunidad ribereña del río Grande de La Magdalena en el caribe colombiano, 1986)²¹⁷. Ceci correspond beaucoup plus à la pratique de Francisco (et en général à celle des médecins interviewés) que la dissociation entre raison et émotion

Néanmoins, la stratégie *sentipensante* de Francisco répond aux souffrances des non-êtres à travers leur inclusion dans le système de disciplinement et contrôle du corps qui sont normalement réservés aux corps privilégiés. Rester à l'intérieur du cadre hégémonique pour imaginer le corps souffrant l'empêche de penser l'imbrication entre les rapports de pouvoir

²¹⁷ Le concept *sentipenser* est présenté par Eduardo Galeano de la façon suivante : « Célébration des noces de la raison et du cœur. Pourquoi écrit-on donc, sinon pour recoller ses morceaux ? Dès que l'on entre dans l'école ou l'église, l'éducation nous déchire en morceaux : elle nous enseigne à divorcer l'âme du corps et la raison du cœur. Quels sages docteurs en éthique et morale que ces pêcheurs de la côte colombienne qui ont inventé le terme *sentipenser* pour définir le langage qui dit la vérité. » (Galeano, 2013)

et la prise en charge des souffrances. Mais le pouvoir ne parle que le langage du pouvoir et se maintenir à l'intérieur du cadre hégémonique permet aussi de stimuler des mutations du pouvoir. Entre autres cela a été le cas du *Movimento Sanitarista Brasileiro*²¹⁸ et du *Health Activisme of the black panthers*²¹⁹. Dans le premier cas, dans le contexte des négociations post-dictature les militant-e-s, auparavant persécuté-e-s par le régime militaire, ont profité du contexte de victoire politique pour imposer à l'élite coloniale un système de santé universel et gratuit à la place du système de monopolisation de l'accès aux médecins qui opérait jusqu'aux années 1990. Dans le deuxième cas, élargir l'accès au savoir médical hégémonique a fait partie des stratégies de lutte réussies. Par exemple, ceux-celles blessé-e-s par la police blanche dans les manifestations des rues pouvaient avoir accès aux médecins et les communautés afro-américaines pouvaient avoir accès à des soins donnés par les gens ayant de l'empathie pour la cause²²⁰.

Sans nier les potentialités de l'activisme sanitaire, les actions des médecins qui ont l'intention de gérer la souffrance des non privilégiés finissent par être récupérées par le système d'intérêts qui est à la base de cette souffrance. L'imbrication entre les émotions du médecin et la problématisation rationnelle de la souffrance des patients est un élément récurrent dans les thèses de médecine et dans les entretiens. Malgré leurs intentions critiques, suscitées principalement par l'identification ou la proximité, cela ne suffit pas pour transformer la grammaire moderne du social. La compassion exprimée par les médecins reste confinée dans leurs propres limites de l'imaginable, tel que la thèse de Manuel l'exemplifie. La façon dont Manuel exprime la compassion pour la souffrance des femmes parle plus de Manuel et de sa place sur l'échelle des privilèges que de la souffrance dont il est témoin.

Dans la gestion de la souffrance, il y a deux éléments qui s'imbriquent constamment et qui finissent par maintenir l'action médicale dans la sphère d'intérêts hégémoniques. D'abord,

²¹⁸ Mouvement sanitaire brésilien. Voir : (Garrafa, Cunha, & Manchola, 2018).

²¹⁹ Activisme sanitaire des Black Panthers. Voir : (Morabia, 2016).

²²⁰ Voir : (Nelson, 2011).

c'est que le médecin est une personne qui rend intelligible la réalité à partir de la grammaire moderne dont le fonctionnement normal lui donne une position de privilège. Ensuite, plus qu'une personne, le médecin est la figure dont le comportement se limite à des normes standardisées qui véhiculent la grammaire hégémonique du social.

La gestion du corps souffrant et la naturalisation de l'économie de la cruauté

La gestion du corps souffrant montre comment le pouvoir moderne est dépendant d'une distribution de la souffrance très précise, voire coloniale. L'essentiel de cette gestion consiste à faire souffrir différemment les gens en fonction de l'échelle moderne de validation de la vie, en même temps que cette exposition différenciée avilit différemment les corps, rendant ainsi réelle cette échelle. Les deux principaux éléments de cette gestion sont la naturalisation de la répartition coloniale de la souffrance et la banalisation d'un dosage également colonial de la cruauté. Le cadre hégémonique pour rendre intelligible la souffrance, le corps souffrant, définit la frontière entre la souffrance normale de celle anormale, voire tolérable et intolérable, en correspondance avec une répartition coloniale de l'exposition à la souffrance. La gestion de la souffrance par l'institution médicale avilit systématiquement les corps, à des degrés variables, en fonction des hiérarchies ontologiques modernes en construisant des personnes pour devenir des pièces institutionnelles – des médecins, dont le propre bien-être dépend de la canalisation systématique de la cruauté vers « l'inférieur ». En bref, la construction du corps souffrant naturalise une économie de la cruauté, tandis que sa gestion véhicule cette économie.

La codification du corps souffrant enceint est un bon exemple pour illustrer les enjeux de visibilité de la souffrance propres à sa gestion moderne. La catégorie *mortalité maternelle* définit la frontière entre la souffrance qui est susceptible d'intervention institutionnelle et celle qui ne l'est pas, normalisant ainsi une répartition coloniale de l'exposition à la souffrance. Cette catégorie invisibilise la souffrance intrinsèque à la condition subalterne, en même temps qu'elle la transforme en preuve de subalternité. L'effet concret de cette

codification du corps est la naturalisation de l'exposition systématique à la souffrance des subalternes et la fixation d'un statut ontologique moindre à travers cette même exposition.

Par ailleurs, les dynamiques à l'œuvre dans la construction des médecins illustrent comment la gestion de la souffrance distribue des degrés d'exposition à la souffrance selon un dosage très précis, correspondant à la valeur ontologique reconnue à la personne visée. Le cas de la construction des médecins montre comment s'institutionnalise l'économie de la cruauté et aussi comment elle opère dans les rapports sociaux : il s'agit d'actes banals où l'action de faire souffrir passe assez souvent inaperçue ou est perçue comme normale ou inévitable. Être normal c'est être cruel et ne pas l'être c'est devenir anormal, donc devenir soi-même l'objet de la cruauté. D'ailleurs, l'action de faire souffrir reste banale tant qu'elle continue d'être dirigée contre un « inférieur ». Cette cruauté, dont l'exercice passe assez souvent inaperçu, est celle qui façonne les gens en permanence en accord avec les catégories modernes de subjectivation.

La reconnaissance de la souffrance comme susceptible d'intervention par l'institution médicale et l'accès à cette intervention sont des éléments de la construction du statut ontologique des créatures comme plus ou moins humaines. Le fait que les deux principales caractéristiques de la gestion de la souffrance soient sa naturalisation et sa banalisation indique l'existence d'une forme de pouvoir dépendant du *faire souffrir*. Encore plus, le fait que le principal effet de cette gestion soit le dosage de la souffrance en fonction des catégories modernes de classification de la vie indique l'existence d'une forme de pouvoir qui repose non seulement sur le *faire souffrir*, mais aussi sur le *faire souffrir différemment* et même sur le dosage du degré précis d'exposition à la souffrance. Par exemple, une personne qui habite le monde social à partir d'un corps homosexuel, féminin, migrant, noire, indigène, pauvre, sera systématiquement plus exposée à la cruauté dans tous les rapports sociaux banals et la souffrance induite par ces rapports sera inintelligible pour les catégories médicales. Donc ses souffrances resteront systématiquement à l'extérieur du cadre d'intelligibilité de la souffrance intolérable à partir d'où le corps souffrant est construit et

devient objet d'intervention par l'institution médicale, les États et les autres institutions modernes qui gouvernent le corps. En même temps, les rapports qui se tissent dans le rituel de soins constituent un continuum dans la canalisation de la cruauté qui opère dans toutes les autres interactions, exposant les corps à un dosage systématique de cruauté dans le rituel de soins lui-même.

La souffrance n'existe pas en soi et elle n'a pas une valeur intrinsèque non plus. Au contraire, son importance a émergé du contexte de réajustement géopolitique global post conquête de l'Amérique au XVIII^e siècle. Échapper à la nature humaine est l'essence du projet moderne²²¹ et échapper à la mort et à la souffrance en est l'expression maximale²²². C'est dans ce contexte que la souffrance a émergé comme axe d'organisation du sens. C'est notamment au XVIII^e siècle que le corps souffrant a commencé à être le produit de *l'hybris du point zéro* et non plus des théories de l'église, ce qui a transformé la souffrance dans un problème naturel comme les autres et comme tel contrôlable par la raison. Avoir accès à la médecine a commencé à signifier avoir accès à l'illusion d'échapper à la souffrance. Vivre sans souffrir est devenu un objet de désir²²³. Cela a impliqué une transition d'une éthique basée sur la résignation face à la souffrance sur terre (comme condition pour accéder au *repos sans souffrances* après la mort) vers une éthique de la soumission à la science, comme condition pour une vie sans souffrance ici-bas²²⁴.

La monopolisation des moyens pour avoir accès à l'illusion d'échapper à la souffrance inclut la monopolisation des médecins. Dans la vice-royauté de la Nouvelle-Grenade, devenue l'actuelle Colombie, à partir de l'importation du corps souffrant francocentrique au XVIII^e siècle, les élites ont commencé à avoir intérêt à produire leurs propres médecins et à les monopoliser²²⁵. Ce phénomène perdure jusqu'à aujourd'hui, tout en se radicalisant depuis les réformes néolibérales de la santé de 1993 quand l'accès aux médecins

²²¹ Voir: (Arendt, 2011).

²²² Voir: (Illich, 1975).

²²³ Voir: (Illich, 1975).

²²⁴ Voir chapitre II.

²²⁵ Voir chapitre II.

recommence à être strictement conditionné par la capacité économique des gens. Cette forme d'accumulation coloniale de soins médicaux est un problème global. Les médecins se concentrent dans les régions habitées par la population blanche²²⁶. Par exemple, l'Europe et les États-Unis ont environ trois fois plus de médecins que la moyenne globale²²⁷. Dans des républiques coloniales comme la Colombie et le Brésil, les médecins sont concentrés dans les régions avec la plus grande présence de population blanche, telles les grandes villes. Au contraire, dans les régions avec une plus grande concentration d'habitants non blancs, la présence des médecins est la plus réduite : la côte pacifique en Colombie et le Nord-Est au Brésil²²⁸. En ce qui concerne les États anciennes métropoles, la forte présence des médecins provenant des anciennes colonies contraste avec le manque de médecins dans leurs pays d'origine²²⁹. Par exemple, au Kenya, au Niger et dans la République du Malawi la fuite des médecins est un grave problème de santé publique et économique²³⁰. Les médecins formés avec les impôts locaux migrent vers le Royaume-Uni, l'ancienne métropole, ou vers d'autres pays riches, aggravant le manque de médecins dans leurs propres pays. C'est aussi le cas de la France où un quart des nouveaux médecins ont été formés à l'étranger. Beaucoup d'entre eux viennent des anciennes colonies, notamment des pays maghrébins, mais aussi de la Roumanie²³¹.

La gestion de la souffrance naturalise et participe de l'accumulation par aliénation des moyens d'accès à l'illusion d'échapper à la souffrance à l'échelle globale. Dans cette perspective, *l'économie de la cruauté* ne parle pas de la souffrance ressentie mais du fonctionnement d'une forme de pouvoir qui configure les rapports sociaux de sorte à monopoliser l'accès à un objet construit comme précieux au sein du projet moderne. Le privilège ne permet pas de réchapper effectivement à la souffrance mais il monopolise les moyens d'accès à l'illusion d'y échapper. La phobie de la souffrance, intrinsèque au projet

²²⁶ Voir: (World Health Organization, 2014, pp. 132-137).

²²⁷ Voir: (World Health Organization, 2014, pp. 132-137).

²²⁸ Voir: (Matallana Gómez, 2013) et (Portal Brasil, 2016).

²²⁹ Voir: (Hagopian, Thompson, Fordyce, Johnson, & Hart, 2004).

²³⁰ Voir: (Kirigia, Gbary, Muthuri, Nyoni, & Seddoh, 2006), (Muula & Panulo, 2007) et (Mills et al., 2011).

²³¹ Voir: (Breton-Lerouvillois, 2014) et (Séchet & Vasilcu, 2012).

moderne, fait que les actions de *faire souffrir, exposer à la souffrance* ou *laisser souffrir* sont des actions dont la circulation a une importance majeure dans la configuration d'une forme spécifique de pouvoir.

Conclusion

« – Comment un homme s'assure-t-il de son pouvoir sur un autre, Winston ?

Winston réfléchit :

– En le faisant souffrir, répondit-il.

– Exactement. En le faisant souffrir. L'obéissance ne suffit pas. Comment, s'il ne souffre pas, peut-on être certain qu'il obéit, non à sa volonté, mais à la vôtre ? Le pouvoir est d'infliger des souffrances et des humiliations. Le pouvoir est de déchirer l'esprit humain en morceaux que l'on rassemble ensuite sous de nouvelles formes que l'on a choisies.

Commencez-vous à voir quelle sorte de monde nous créons ? C'est exactement l'opposé des stupides utopies hédonistes qu'avaient imaginées les anciens réformateurs. Un monde de crainte, de trahison, de tourment. Un monde d'écraseurs et d'écrasés, un monde qui, au fur et à mesure qu'il s'affinera, deviendra plus impitoyable. Le progrès dans notre monde sera le progrès vers plus de souffrance. L'ancienne civilisation prétendait être fondée sur l'amour et la justice. La nôtre est fondée sur la haine. Dans notre monde, il n'y aura pas d'autres émotions que la crainte, la rage, le triomphe et l'humiliation. Nous détruirons tout le reste, tout.

« Nous écrasons déjà les habitudes de pensée qui ont survécu à la Révolution. Nous avons coupé les liens entre l'enfant et les parents, entre l'homme et l'homme, entre l'homme et la femme. Personne n'ose plus se fier à une femme, un enfant ou un ami. Mais plus tard, il n'y aura ni femme ni ami. Les enfants seront à leur naissance enlevés aux mères, comme on enlève leurs œufs aux poules. L'instinct sexuel sera extirpé. La procréation sera une formalité annuelle, comme le renouvellement de la carte d'alimentation. Nous abolirons l'orgasme. Nos neurologistes y travaillent actuellement. Il n'y aura plus de loyauté qu'envers le Parti, il n'y aura plus d'amour que l'amour éprouvé pour Big Brother. Il n'y aura plus de rire que le rire de triomphe provoqué par la défaite d'un ennemi. Il n'y aura ni art, ni littérature, ni science. Quand nous serons tout-puissants, nous n'aurons plus besoin de science. Il n'y aura aucune distinction entre la beauté et la laideur. Il n'y aura ni curiosité, ni joie de vivre. Tous les plaisirs de l'émulation seront détruits. Mais il y aura toujours, n'oubliez pas cela, Winston, il y aura l'ivresse toujours croissante du pouvoir, qui s'affinera de plus en plus. Il y aura toujours, à chaque instant, le frisson de la victoire, la sensation de piétiner un ennemi impuissant. Si vous désirez une image de l'avenir, imaginez une botte piétinant un visage humain... éternellement. » (Orwell, 2015)

« Lucha lucha lucha... no dejes de luchar, por un orgasmo libre colectivo y popular
Lutte, lutte, lutte... ne cesse pas de lutter pour un orgasme libre collectif et populaire »

Feminismos populares de Nuestra-América
Féminismes populaires de Notre-Amérique.

Résultats

Le corps souffrant est une catégorie clé pour saisir la généalogie de la frontière entre êtres supérieurs et inférieurs qui a structuré l'ontologie qui sous-tend la modernité. Les cadres d'intelligibilité de la souffrance instaurés par les plus forts ont joué un rôle crucial dans la configuration des rapports de domination qui structurent le monde moderne et le récréent constamment. Cette recherche a proposé d'identifier la relation entre cette catégorie et le pouvoir telle qu'elle s'est exprimée dans le développement de la médecine moderne en Colombie. Le travail de recherche autour de cette question se structure en trois chapitres thématiques. D'abord, une analyse dans le contexte national des cadres utilisés par les médecins pour rendre intelligible la souffrance ; ensuite, cette analyse s'élargit aux rapports entre la médecine nationale et la circulation internationales des idées ; et, finalement, l'analyse des rapports entre les catégories médicales et la pratique des médecins a permis de démontrer le continuum entre le local et le global, le personnel et l'institutionnel.

L'échelle nationale. Les corps à faire vivre et les Autres, éléments du territoire

Le premier objectif était d'identifier les principaux éléments dans la construction et la gestion du corps souffrant vers la fin du XIX^e et pendant la première moitié du XX^e siècle. Cette période correspond à la consolidation de l'État colombien indépendant, à la transition vers l'industrialisation et à l'émergence de la nation métisse. Le principal constat effectué c'est que la construction du corps souffrant et la consolidation des techniques de gouvernement de l'État-Nation ont été des processus imbriqués. Le discours médical a surtout apporté à l'État le cadre pour délimiter une frontière entre les habitants qui constituent sa population, ayant un statut ontologique qui leur est propre, et les habitants dont le statut ontologique est équivalent à celui du territoire, tels des éléments de l'environnement naturel parmi d'autres.

Il y a eu trois éléments qui ont déterminé la nature de la relation entre le discours médical sur le corps souffrant et la configuration de l'État-Nation. Dès le XIX^e siècle, le discours sur la

syphilis a opéré une division majeure : d'une part, des ventres dont le statut d'objets de soins est reconnu et dont le bien-être est associé au « progrès » de la Nation ; et, d'autre part, des ventres dont le bien-être est construit, par opposition, comme dépourvu d'intérêt pour l'État. Ensuite, à partir des années 1940, le discours sur la biologie « type » du *Colombien moyen* a construit le « corps colombien métis » comme une version subalterne de l'ouvrier blanc et pour lequel la souffrance est un trait typique. Ce discours a naturalisé la souffrance comme étant un trait typiquement colombien. Ce discours a également apporté un cadre pour focaliser les politiques hygiéniques de l'État vers les habitants urbains susceptibles d'être intégrés à l'industrie, par opposition aux Autres (principalement des habitants ruraux). Plus qu'élargir l'accès aux soins, ces politiques se sont de fait focalisées sur la construction des corps capables d'incarner la modernité industrielle à travers l'effacement de tout élément incarnant un projet historique différent. Ainsi, le principal effet de cette focalisation a été l'émergence d'une frontière invisible entre des corps blanchis, qui ont constitué la population à faire vivre, et les Autres, assimilés par opposition à un statut ontologique de ressource naturelle. Cette frontière a été renforcée par le discours médical sur les peuples indigènes et noirs, développé en parallèle à la construction du « corps colombien type ». Sous l'action conjointe de ces deux discours médicaux, les peuples indigènes et noirs sont réifiés comme l'Autre de la nation en tant qu'antithèse tacite du « métis colombien ».

Les actions de soigner et de coloniser sont imbriquées dans la gestion hégémonique du corps souffrant. Cela est dû principalement à trois dynamiques dans la construction du corps souffrant : l'universalisation de l'expérience de souffrance des colons et des élites ; la production des étiologies qui délient les processus civilisateurs de leurs effets sur les corps ; l'imbrication entre les concepts de normalité, de civilisation et d'hygiène.

L'imbrication entre l'échelle nationale et l'internationale. Corps souffrant, géopolitique impériale et nation métisse

Un deuxième objectif de recherche a été d'explorer les connexions entre la construction et la gestion du corps souffrant en Colombie et la circulation globale des idées médicales. À ce propos, le deuxième chapitre montre que, dès la création de l'Amérique, la circulation

globale des cadres pour construire et gérer le corps souffrant est un processus interconnecté à la configuration de la géopolitique impériale et à la construction standardisée à l'échelle globale de groupes sociaux ontologiquement différents. D'ailleurs, l'insertion plus ou moins soumise des intellectuels subalternes dans le circuit global des idées sur le corps souffrant a été déterminante dans la consolidation des rapports coloniaux de domination, tant à l'échelle internationale que locale. Cette interconnexion forme un continuum qui rend interdépendante la configuration des rapports les plus anodins à soi et aux autres de celle des rapports entre les États et les institutions globales.

L'Espagne, la France et les États-Unis se sont succédés comme les principaux producteurs de discours sur le corps souffrant. Les périodes de transition correspondent aux moments de réajustement de la géopolitique globale : la médecine française s'est superposée à la théologie espagnole comme cadre hégémonique pour rendre intelligible la souffrance dans le contexte de la paix d'Utrecht et de la consolidation de l'hybris du point zéro au XVIII^e siècle ; le modèle flexnérien de la médecine étasunienne a remplacé le modèle anatomo-clinique français dans le contexte de l'après-guerre au XX^e siècle. Malgré ces ruptures, il y a eu trois grandes continuités. Le concept de souffrance a persisté comme axe majeur de l'organisation sociale. Ainsi, les discours hégémoniques successifs sur le corps souffrant se sont toujours constitués comme des mécanismes de naturalisation de la division des individus en groupes plus ou moins humains en traçant la frontière entre le normal et ce qui reconnaissable comme étant un objet de soins. Ensuite, la gestion du corps souffrant a toujours constitué un mécanisme pour concrétiser cette division entre groupes ontologiquement différents, notamment à travers une échelle d'inclusion/exclusion différentielle dans l'accès aux soins.

Pendant la consolidation des État-Nations en Amérique latine, pendant la seconde moitié du XIX^e et la première moitié du XX^e siècle, l'influence du cadre francocentrique de construction du corps souffrant a marqué la géopolitique régionale et l'émergence du modèle de Nation-métisse. Les territoires perçus à travers ce cadre comme ayant un climat sain, apte pour

acclimater la civilisation, ont reçu plus de migrants européens et ont ainsi entretenu une relation plus étroite avec l'Europe, sur les plans commercial, intellectuel, etc. Tel a été le cas de l'Argentine, qui est devenue vers la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle l'enclave des institutions européennes en Amérique latine, comme le Mexique l'avait été à l'époque de l'Empire espagnol. Dans la première moitié du XX^e siècle, l'emplacement géopolitique privilégié de ces deux pays s'est traduit par une moindre soumission dans l'adoption des idées médicales hégémoniques. Cela a abouti à l'émergence des deux approches eugéniques régionales qui se sont traduites par les deux modèles de Nation-métisse : le modèle mexicain basé sur le génocide culturel et le modèle argentin basé sur le génocide physique. Les intellectuels colombiens, doublement subalternes, dans le contexte régional et global, ont produit un discours hygiéniste proche du modèle mexicain tout en le légitimant via une référence soumise à la médecine française et au discours argentin, plus fidèle que le mexicain au discours hégémonique sur le corps souffrant.

C'est à travers la soumission envers la science produite dans les pays mieux placés géopolitiquement que l'intelligentsia colombienne s'est stratégiquement placée comme détentrice locale de l'hybris du point zéro. Or, tout en réifiant un emplacement géopolitique subalterne, cela les a également projetés comme la représentation de l'Europe à l'échelle nationale.

Le continuum entre le local et le global. Faire souffrir est l'action qui structure la modernité

Le troisième objectif était de dévoiler les liens entre la construction du corps souffrant en Colombie et l'idée moderne de souffrance. En réponse à cette question, le troisième chapitre démontre que dans la configuration du monde moderne l'action de *faire souffrir* est plus déterminante que *faire vivre* ou *faire mourir*. Les êtres dont la modernité a besoin pour exister sont le produit de rapports sociaux qui acheminent systématiquement de la cruauté, selon une échelle d'exposition différentielle à la souffrance. Cela implique que l'ontologie moderne est dépendante d'une *économie de la cruauté* qui achemine la souffrance vers les corps inférieurs, définis comme tels à travers une classification raciale et sexuelle des

individus, appliquée à l'échelle globale. La médecine, en tant que productrice du cadre scientifique pour rendre intelligible et gouvernable la souffrance, a un rôle majeur dans la fixation de cette économie. Les catégories médicales, en particulier, divisent les souffrances entre les visibles et les invisibles, de sorte à naturaliser les souffrances dont l'ontologie moderne est dépendante.

Le corps souffrant et le pouvoir

Cette recherche étudie la relation entre la configuration du corps souffrant et le pouvoir telle qu'elle s'exprime dans le développement de la médecine moderne en Colombie. Le principal constat c'est l'imbrication entre le corps souffrant et la modernité qui opère à partir d'une hiérarchie ontologique définie sur une échelle allant d'humain à objet. Dans les rapports sociaux normaux, la cruauté circule de sorte à recréer constamment et de façon dynamique une ligne invisible entre la reconnaissance et la négation de l'humanité. Cela est valable pour la configuration des rapports sociaux les plus anodins, mais aussi pour le fonctionnement de l'État. Ainsi, le monde moderne est dépendant d'une distribution très précise du faire souffrir.

Les cadres hégémoniques pour rendre intelligible le corps souffrant ont eu principalement deux rôles dans la configuration d'une forme proprement moderne du pouvoir. D'abord, ils ont construit des différences ontologiques entre les individus en leur attribuant des différences à l'égard de leur capacité à incarner la civilisation. Ensuite, ces cadres se sont constitués comme les mécanismes par excellence de naturalisation du dosage colonial de la souffrance, dans le gouvernement étatique de la vie comme dans les rapports sociaux les plus anodins. Cela implique, entre autres, que les mécanismes de production et de concentration capitalistes de richesses sont incompréhensibles sans prendre en considération les cadres hégémoniques d'intelligibilité du corps souffrant. D'ailleurs, une expression absolue du privilège dans ce système est le niveau d'accès aux soins médicaux, compris comme accès à l'illusion d'échapper à la souffrance.

En conclusion, la modernité opère à partir d'une hiérarchie ontologique, définie sur une échelle allant d'humain à objet, qui s'est matérialisée à travers une économie coloniale de la cruauté. Tandis que la construction du corps souffrant naturalise cette économie, sa gestion la canalise vers les individus à travers des actions concrètes qui façonnent le corps. Le statut ontologique de l'être est le produit des actions très concrètes telles que laisser/faire souffrir, réduire à cobaye, etc. Ainsi, l'importance majeure de l'accès aux soins dans les disputes autour du pouvoir s'éclaircit une fois prise en considération l'importance du corps souffrant et de la circulation de la souffrance dans le modelage des êtres qui incarnent la modernité. En effet, l'accès au statut d'objet de soins, et aux soins, opère la frontière entre les *corps-humains à faire vivre* et les *corps-ressources à être consommés*.

Comment penser la vie au-delà de l'État ? Le défi de la prise en charge de la souffrance

Étendre le privilège d'avoir accès à des soins médicaux aux individus qui ne sont pas censés y avoir accès constitue en soi un défi lancé à l'ontologie moderne. Cela est vrai même si rien d'autre n'est altéré dans le cadre hégémonique. En effet, la négation de l'accès au statut d'objet de soins, et donc aux soins, a été un mécanisme majeur des dominants pour déshumaniser les êtres. Cela explique le caractère subversif de l'activisme sanitaire des Black Panthers, du Mouvement sanitaire brésilien (Movimento sanitaria brasileiro) ou du Mouvement des sans-terre (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra). Pourtant, tant que le rapport aux soins, à la souffrance et à autrui dans les revendications sanitaires se maintient à l'intérieur des limites de l'imaginable hégémonique, ces revendications seront limitées à défier l'ontologie moderne tout en renonçant à la subvertir.

Tant que l'accès aux soins médicaux a un rôle majeur dans l'humanisation et la déshumanisation des êtres, la question prioritaire sera plus la réinvention de la prise en charge médicale de la souffrance que la démedicalisation. Cette dernière est un horizon qui peut sembler défiant uniquement depuis la perspective des individus qui sont gouvernés en les faisant vivre. Paradoxalement, avoir l'accès à l'illusion d'échapper à la souffrance à travers les soins médicaux est une expression majeure du privilège. Alors, la question qui se pose

c'est la réinvention du rituel de soins et des cadres d'intelligibilité de la souffrance. Cette réinvention touche toutes les sphères de la vie, touche à la réinvention de soi, de nous et du rapport aux autres. La réinvention du rituel de soins implique nécessairement la mise en question de la médecine et des médecins, et notamment du marché et de l'État. Bien que la vraie question soit de savoir *comment penser la vie au-delà de l'État*, ce dernier ne peut pas être ignoré car il est déjà là. Tout en acceptant que l'État ne peut être que colonial, l'ignorer dans la construction de stratégies de lutte n'est pas une possibilité car à son tour il n'ignore pas les défis qu'il rencontre. L'État est le garant de la canalisation coloniale de la souffrance, donc toute stratégie tendant à déstabiliser son bon fonctionnement est valide et nécessaire, bien qu'insuffisante aussi. Dans ce sens, les stratégies d'activisme sanitaire visant la santé publique et la gestion hégémonique de la souffrance pourrait se constituer comme des compléments aux luttes plus profondes qui se passent ailleurs que dans la sphère étatique.

Le concept de la *détermination sociale de la santé*, du mouvement de la Médecine sociale latino-américaine, constitue un exemple de redéfinition contre-hégémonique de la frontière du corps souffrant. Ce courant met en avant l'injustice sociale²³², au lieu de la biologie, pour construire une étiologie sociale de la souffrance. D'où le choix de la santé publique comme champ d'action, pour intervenir de l'intérieur de l'appareil d'État sur les mécanismes de domination mis en œuvre dans la gestion de l'accès aux soins. Dans cette optique, l'étiologie hégémonique de la souffrance est altérée en déplaçant l'explication de la maladie de la biologie vers les rapports sociaux capitalistes. De ce point de vue, ce sont les rapports sociaux capitalistes qui déterminent le processus morbide et la distribution inéquitable de la maladie entre les groupes sociaux (définis comme tels à partir de la prééminence de la catégorie de classe sociale). L'épidémiologie critique proposée par ce courant constitue un outil de résistance aux mécanismes de naturalisation de la souffrance en rendant visible et gouvernable une partie de la souffrance qui autrement serait censée rester invisible et non quantifiable. Mais cet outil reste insuffisant pour saisir les enjeux de pouvoir qui dépassent la classe sociale et qui sont tout aussi importants dans la détermination sociale de la santé.

²³² Identifiée comme telle par une approche marxiste.

Ainsi, l'horizon de transformation de cette approche se limite à étendre le privilège d'être assujetti en tant qu'humain, sans questionner l'échelle ontologique sur laquelle le capitalisme repose dans son ensemble.

La bioéthique de l'intervention au Brésil constitue une autre manière de défier la gestion hégémonique du corps souffrant. Ce courant aborde la question de la délibération morale dans les conflits éthiques qui émergent de la gestion hégémonique de la souffrance. Au lieu de résoudre ces conflits par des principes fixes, cette approche propose d'inclure dans la délibération l'analyse des rapports de pouvoir qui sont en jeu dans des conflits éthiques concrets. Contrairement à d'autres formes d'activisme sanitaire d'origine marxiste, la bioéthique d'intervention s'est caractérisée pour son ouverture, notamment à l'égard des études décoloniales. L'ouverture vers le pluralisme moral et l'émergence du concept de *colonialité de la vie*²³³ ont également introduit la possibilité d'ouvrir la délibération morale vers la considération des rapports de domination à l'œuvre dans la gestion coloniale du corps souffrant. Récemment, la construction créative de narrations, basé sur l'outil *Investigación Acción Participativa* (IAP)²³⁴, a été proposée comme méthodologie à privilégier dans la délibération morale²³⁵. Cela vise à inclure le point de vue des individus, des collectivités et des communautés dans le cadre qui rend gouvernable leurs souffrances. De mon point de

²³³ Définie par le philosophe Wanderson Flor do Nascimento comme « une ontologie de la vie qui autorise à penser que certaines vies sont plus importantes que d'autres » (Nascimento & Garrafa, 2011, p. 292).

²³⁴ En anglais *Participatory action research* (PAR). Il s'agit d'une méthodologie qui combine l'investigation et l'action, qui a été élaborée par la communauté de pêcheurs du Rio Grande du Magdalena et le sociologue Eduardo Fals Borda. « [The PAR] differs from most other approaches to public health research because it is based on reflection, data collection, and action that aims to improve health and reduce health inequities through involving the people who, in turn, take actions to improve their own health. PAR has a number of antecedents. 1. It reflects questioning about the nature of knowledge and the extent to which knowledge can represent the interests of the powerful and serve to reinforce their positions in society. 2. It affirms that experience can be a basis of knowing and that experiential learning can lead to a legitimate form of knowledge that influences practice. 3. Adult educators in low income countries drew on these intellectual perspectives to develop a form of research that was sympathetic to the participatory nature of adult learning. This perspective was strongly supported by the work of Freire, who used PAR to encourage poor and deprived communities to examine and analyse the structural reasons for their oppression. From these roots PAR grew as a methodology enabling researchers to work in partnership with communities in a manner that leads to action for change » (F, C, & D, 2006).

²³⁵ Voir « Bioética, imaginación y acción: hacía una bioética narrativa, práctica y comprometida » (Manchola, 2007).

vue, cette perspective a le potentiel de déplacer l'hybris du point zéro de la certitude typique de la science moderne, qui transforme la personne souffrante en objet, vers l'incertitude d'un corps souffrant indéfini, recréé constamment à travers l'écoute d'autrui.

L'analyse des flux de cruauté proposé dans cette thèse peut devenir opérationnelle comme outil de la bioéthique d'intervention pour la délibération morale. Le concept d'économie de la cruauté pourrait être abordé comme un cadre pour rendre visible la systématisme dans la distribution de la souffrance, à partir de critères plus ou moins fixes dérivés de la colonialité de la vie. Dans cet ordre d'idées, la création de « barrières » contre la circulation normale de la souffrance des institutions vers les individus et les communautés peut devenir un critère d'évaluation des actions comme étant éthiquement souhaitables ou pas. Dans cette perspective, l'objet visé par l'intervention ce ne serait plus les individus et les communautés mais l'État lui-même. Critère qui peut s'encadrer dans la méthodologie de l'IAP afin d'ouvrir l'État à l'interaction avec les communautés, en les intégrant à la population en tant que peuples. Une telle action, outre le fait de rendre visible la circulation de la cruauté, défierait deux mécanismes mis en œuvre par le pouvoir moderne pour préserver son intangibilité : empêcher systématiquement toute forme de vie non atomisée d'interagir avec les institutionnalisations, notamment l'État ; et empêcher des éléments appartenant aux projets historiques différents de celui qui occupe une position hégémonique de pénétrer dans des espaces institutionnels.

Nouveaux horizons de recherche : la souffrance au-delà de la médecine

Surtout ne pas souffrir

Cette thèse a montré que l'accès aux soins est un mécanisme de classification et d'hiérarchisation des êtres. Mécanisme qui semble fonctionner indépendamment de l'efficacité des soins pour empêcher la souffrance ou la mort. En effet, plus que réellement éviter la souffrance, ce qui semble être en jeu c'est l'accès aux moyens pour avoir accès à l'illusion d'y échapper, établis comme tels du point de vue du dominant. Cela ouvre plusieurs questions : comment la monopolisation des soins est devenue une question centrale dans

l'organisation des rapports entre dominants et dominés ? Comment, quand et pourquoi échapper à la souffrance est devenu un horizon de désir ? Quel rapport entre la phobie de la souffrance et la construction des sujets modernes ? Quel rapport entre la monopolisation de l'accès aux soins par la médecine moderne et la dépossession des femmes du savoir-soigner (le cas des sorcières, des sages-femmes etc.) ? Quel rapport entre la monopolisation de l'accès aux soins par la médecine moderne et la dépossession des peuples colonisés du savoir-soigner (le cas de l'Inquisition, l'hygiénisme, etc.) ? Ou encore, la question de fond pourrait être : quel est le rapport entre la souffrance, le capitalisme et la modernité ?

Mon hypothèse est que l'accès aux soins médicaux serait l'élément central qui ressort lors d'une première lecture des rapports entre le monde moderne, le pouvoir et la souffrance. Toutefois, cette relation pourrait être encore plus profonde. La monopolisation des soins médicaux ne serait qu'une expression particulière d'un phénomène plus ample de monopolisation de ce que le discours hégémonique construit comme étant un moyen pour échapper à la souffrance. L'illusion d'échapper à la souffrance serait *la Valeur* ultime à accumuler et dont la monopolisation globale chez les uns impliquerait la dépossession chez les Autres. Ainsi, faire souffrir les uns serait la condition pour entretenir chez d'autres l'illusion d'échapper à la souffrance. Dans cet ordre d'idées, l'accumulation capitaliste reposerait sur l'aliénation du savoir-soigner, la phobie de la souffrance et l'économie de la cruauté.

Une généalogie coloniale de la médecine moderne en Colombie permettrait d'approfondir cette problématique comme ses enjeux dans cette direction. Généalogie qui devrait aborder les rapports entre l'Inquisition et les peuples conquis entre le XVII^e et le XVIII^e siècle, l'Expédition royale botanique au XVIII^e, le Système national de santé entre la fin des années 1930 et la fin des années 1970, et les rapports entre la gestion néolibérale de la santé (Loi 100/1993) et le paramilitarisme à partir des années 1990.

Deux versants de l'accumulation coloniale : les corps-population et les corps-ressources

Le questionnement sur le rapport entre la construction du corps souffrant et le pouvoir a conduit cette recherche à se focaliser sur la période de consolidation de l'État-Nation colombien. Le virage vers le néolibéralisme au début des années 1990 a été brièvement abordé dans le chapitre trois. C'est le moment où la Loi 100/1993 a mis fin à la prééminence de l'État dans l'administration de la santé. Bien que l'État continue à être le principal financeur, désormais la gestion de la santé revient à des entreprises privées. C'est aussi la période où des milices paramilitaires, financées par des capitaux nationaux et transnationaux, ont conquis les territoires habités pour la plupart par des communautés qui n'avaient pas été auparavant pleinement intégrées à la nation²³⁶ ; des églises évangéliques se sont installées dans ces mêmes territoires et des grands investisseurs étrangers y sont également arrivés.

Une des principales sources de financement des paramilitaires a été le détournement de fonds destinés par l'État à la santé²³⁷, facilité par les systèmes de versement aux particuliers rendus possibles par la loi 100/1993. Cette loi a été présentée au Congrès par Alvaro Uribe Velez, sénateur à l'époque, devenu par la suite président de la République, et actuellement enquêté par la justice colombienne à propos de ses liens avec le paramilitarisme. Il semblerait y avoir un lien au moins de coïncidence chronologique entre l'implantation de la gestion néolibérale du corps souffrant et l'amplification du phénomène du paramilitarisme. D'ailleurs, les territoires visés par les milices paramilitaires coïncident pour la plupart avec des territoires qui n'avaient pas été couverts par les politiques hygiéniques au début du XX^e siècle. C'est pour le moins paradoxal que ces milices soient financées, ne serait-ce qu'en partie, par l'argent public destiné à la santé. De l'argent que précédemment l'État avait refusé de payer pour ces régions au moment où des politiques hygiéniques avaient été mises en place dans les grandes villes. Cela soulève une série de questions. Pourquoi le marché finance des paramilitaires dans les territoires où l'État ne finance ni l'éducation ni la santé,

²³⁶ Voir la section deux du chapitre 3.

²³⁷ D'après les rapports de la Commission colombienne de mémoire historique, cités dans le chapitre 3.

des piliers typiques du façonnement institutionnel de l'être ? Comment la transition vers l'État néolibéral a altéré les mécanismes de gouvernement des corps-population et des corps-ressources ? Comment cela a affecté la frontière entre ces corps ? Quel rapport entre le côté légal et le côté illégal du marché avec les frontières ontologiques entre les corps-population et le corps-ressources ? Quel est le rapport entre la gestion néolibérale du corps souffrant, les groupes paramilitaires et le gouvernement des corps-population et des corps-ressources ?

De mon point de vue, une généalogie du paramilitarisme en Colombie aiderait à répondre à ces questions. Cela pourrait être fait à travers les cinq étapes suivantes : Une analyse à long terme à partir de la littérature publiée ayant comme but d'identifier des continuités et des ruptures entre l'administration des corps de l'Empire espagnol jusqu'à l'administration néolibérale. Ensuite une analyse du processus de consolidation des églises évangéliques fondées après des conquêtes paramilitaires permettra d'avoir accès aux effets de ces processus de conquête dans les communautés et aux processus de construction des subjectivités post-conquête. Une analyse comparative entre les activités économiques des membres des communautés envahies, les investissements arrivés dans les régions et les politiques économiques destinées à ces régions avant et après les conquêtes donnerait accès aux dynamiques qui connectent ces territoires aux flux globaux de capitaux. Une analyse des cadres utilisés par la commission de mémoire historique pour reconstituer la conquête paramilitaire permettra d'identifier comment la mémoire étatique sur ces conquêtes s'articule aux intérêts globaux. Et finalement une analyse de la gestion médicale du corps souffrant sous la loi 100 permettra d'avoir accès aux dynamiques hégémoniques de gestion de la vie.

Mon hypothèse c'est que les corps-population sont gérés à travers des institutions libérales tandis que les corps-ressources sont gérés à travers la violence directe. La différence ontologique entre les corps-population et les corps-ressources se traduirait par des systèmes de gouvernement de la vie parallèles, mais interdépendants. Dans le néolibéralisme, les

populations seraient gouvernées par le façonnement institutionnel de l'être, la discipline du corps et le côté légal du capitalisme²³⁸ ; tandis que les Autres seraient relégués à être intégrés de force au marché, à habiter le côté illégal du capitalisme et à être gouvernés par des armées paraétatiques, des armées étrangères et des armées des organisations internationales.

Dans cet ordre d'idées, l'aliénation des éléments incarnant des projets historiques différents à celui moderne, opérée par les institutions étatiques chez certains habitants au moment de construire la Nation, serait opérée chez les Autres par des armées paraétatiques dans le néolibéralisme. L'État-Nation aurait fabriqué des corps-population pour incarner le capitalisme, tandis que l'État sous le néolibéralisme veille pour que le côté légal du marché intègre directement ces corps. En ce qui concerne les corps-ressources ce sont des armées paraétatiques qui façonnent leur corps pour les intégrer au marché, notamment du côté illégal.

²³⁸ Voir le chapitre 3 et l'article « Entre la Femme et la Femelle. L'économie moderne de la cruauté » (Bello-Urrego, 2018).

Références

Abadia-Barrero, C., Góngora Sierra, A. L., Melo Moreno, M. A., & Platarrueda Vanegas, C. P. (Eds.). (2013). *Salud, normalización y capitalismo en Colombia* (Primera edición). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Facultad de Ciencias Humanas, Centro de Estudios Sociales - CES, Grupo de Antropología Médica Crítica : Editorial Universidad del Rosario : Ediciones Desde Abajo.

ABC News. (2007, junio 26). Murder Is One of Top Causes of Death for Pregnant Women. *ABC News*.

Abu-Lughod, L. (2012). As mulheres muçulmanas precisam realmente de salvação? Reflexões antropológicas sobre o relativismo cultural e seus Outros. *Estudos Feministas*, 20(2), 451-470. <https://doi.org/10.2307/24328140>

Agostoni, C. (2002). Discurso médico, cultura higiénica y la mujer en la ciudad de México al cambio de siglo (XIX –XX). *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, 18(1), 1-22. <https://doi.org/10.1525/msem.2002.18.1.1>

Albornoz Medina, C. (1945). *Peso, talla y perímetro torácico de los 7 a los 12 años en Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Angel-Arcos, M. (1945). *Sanidad en el Choco*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Anzola, P. P. (1904). *De la locura moral*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia.

Ardila, D. G. (2010). La Colombie et Haïti, histoire d'un rendez-vous manqué entre 1819 et 1830. *Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin*, N° 32(2), 111-128.

Arendt, H. (2011). *La condición humana*. (R. Gil Novales, Trad.). Buenos Aires: Paidós.

Aristizábal, M. (2007). *Madre y esposa: silencio y virtud ; ideal de formación de las mujeres en la provincia de Bogotá, 1848 - 1868* (1a ed). Bogotá: Univ. Pedagógica Nacional.

Barona Betancourt, R. (2007). Duracion consulta medica general. *Revista Médico Legal*, 34.

Bello-Urrego, A. (2011). *HOMICIDIO EN MUJERES GESTANTES: UN ESTADO DEL ARTE EN CLAVE DE DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES* (Tesis de Maestría). Bogotá D.C.

Bello-Urrego, A. (2018). Entre la femme et la femelle : L'économie moderne de la cruauté.

Comment s'en sortir?, En proceso de publicación.

Bély, L. (Ed.). (2003). *La présence des Bourbons en Europe: XVIe-XXIe siècle* (1re éd). Paris: Presses universitaires de France.

Beorlegui, C. (2008). *Historia del pensamiento filosófico latinoamericano*. Universidad de Deusto.

Bethell, L. (1991). *Historia de América Latina*. Barcelona: Crítica.

Blay, E. A. (2008). *Assassinato de mulheres e direitos humanos* (1a ed). São Paulo, SP, Brasil: Editora 34 : Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo.

Blum, R. W., & Qureshi, F. (2011). Morbidity and mortality among adolescents and young adults in the United States. *Baltimore, MD*.

Botero, A. (1943). *Ensayo sobre antropometria militar. «La marcha en infanteria»*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Brading, D. A. (1971). Las minas de plata en el Perú y México colonial. Un estudio comparativo. *Desarrollo Económico*, 11(41), 101-111. <https://doi.org/10.2307/3466185>

Breton-Lerouillois, G. L. (2014). *LES FLUX MIGRATOIRES ET TRAJECTOIRES DES MÉDECINS SITUATION EN 2014*. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. Recuperado a partir de https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/flux_migratoires_trajectoires_des_medecins_2014.pdf

Bruyn, M. (2003). *La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública*. (Segunda). Carolina del Norte: Chapel Hill- Ipas.

Burgos Silva, G. (2009). *Estado de derecho y globalización: el Banco Mundial y las reformas institucionales en América Latina* (Primera edición). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Instituto Unidad de Investigaciones Jurídico-Sociales Gerardo Molina : Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos.

Cabal Barona, G. (1945). *Geografía medica, patologia regional y algunas consideraciones generales sobre la sanidad en la comisaria del Putumayo*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Campero, L., Walker, D., Hernández, B., Espinoza, H., Reynoso, S., & Langer, A. (2006). La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud Pública de México*, 48, s297-s306. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000800010>

- Campos Posada, A. (1933). *Iniciación al estudio de la patología del alto Putumayo*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Cañar, P., & Andrés, C. (2014). Formation and Medicine: The transition from the French anatomical-clinical model to the American biomedical model in Colombia. *Iatreia*, 27(3), 255-266.
- Carmona Marulanda, F. (1953). *PARAFRENIAS E HISTERIA I EL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH*. Universidad Nacional de Colombia.
- Carrasco, J. (1919). *Informe oficial de la intendencia del Choco al gobierno national*. Choco.
- Castro-Gómez, S. (2005). *La hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Cataño, G. (2017). Historia intelectual: El pensamiento colombiano en el siglo XIX. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 44(1), 71-83. <https://doi.org/10.15446/achsc.v44n1.61216>
- Centro de Memoria Historica. (2016). El placer: mujeres, coca y guerra en el bajo Putumayo. Recuperado a partir de <http://repository.oim.org.co/handle/20.500.11788/1018>
- Cerdan, F. (1846). Disertación médico-clínica-político-forense, por la que se manifiestan las principales materias en las que deben ser instruidos los practicantes de medicina antes de ejercer dicha facultad. En A. Chinchilla (Ed.), *Anales históricos de la medicina en general: Historia de la medicina Española*. Valencia: Lopez y compañía.
- Cheng, D., & Horon, I. L. (2010). Intimate-partner homicide among pregnant and postpartum women. *Obstetrics and Gynecology*, 115(6), 1181-1186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181de0194>
- CLAM. (2011, septiembre 21). MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA. Recuperado 25 de octubre de 2017, a partir de <http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?infoid=8676>
- Combes, M. (1945). *Roulin y sus amigos. Burguesía desvalida y arriesgada. 1796-1874*. Bogotá: Biblioteca Popular Colombiana. Recuperado a partir de <http://banrepcultural.org/sites/default/files/88295/brblaa905459.pdf>
- Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación. (2009). *La masacre de El Salado: esa guerra no era nuestra*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM-Misión

Colombia).

Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (Colombia) (Ed.). (2011). *Mujeres y guerra: víctimas y resistentes en el Caribe colombiano* (Primera edición en Colombia). Bogotá, Colombia: Taurus.

Comunidad ribereña del río Grande de La Magdalena en el caribe colombiano. (1986). Sentipensante. Orlando Fals Borda.

Congreso de la Republica de Colombia. (1840). «Sobre organización y arreglo de la instrucción pública». Capítulo VII. En *Cuerpo de leyes de la república de Colombia: que comprende todas las leyes, decretos y resoluciones dictados por sus congresos desde el de 1821 hasta el último de 1827*. V. Espinal.

Costa, A. A. R., Ribas, M. do S. S. de S., Amorim, M. M. R. de, & Santos, L. C. (2002). Maternal mortality in Recife. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(7), 455-462. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000700005>

Davila Pau, G. (1946). *Contribución al estudio de pesos y medidas de órganos normales en Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

De Sainte-Croix, L. (1897). *Onze mois au Mexique et au Centre-Amérique*. Paris: Librairie Plon. Recuperado a partir de <https://archive.org/stream/onzemoisaumexiq00saingoog#page/n316/mode/2up/search/Climat>

Defert, D., & Ewald, F. (Eds.). (2001). *Dits et écrits. 1954 -1988* (Vol. II). Paris: Gallimard.

Domínguez, I. M. (1999). *La llamada del Nuevo Mundo: la emigración española a América (1701-1750)*. Universidad de Sevilla.

Donghi, T. H. (1980). *Proyecto y construcción de una nación: Argentina, 1846-1880*. Fundación Biblioteca Ayacucho.

Elliott, J. H. (2015). *El Viejo Mundo y el Nuevo (1492-1650)*. Madrid: Alianza Editorial.

Eslava, J. C. (1996). El influjo norteamericano en nuestra educación médica a mediados de siglo. *Revista de la Facultad de Medicina*, 44(2), 110–113.

Esteban, F. O. (2003). Dinámica migratoria argentina: inmigración y exilios. *América latina hoy: Revista de ciencias sociales*, (34), 15–34.

Estrada Urroz, R. (2006). La lucha por la hegemonía francesa en la medicina mexicana: el caso de los medicamentos para combatir la sífilis. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Nouveaux*

mondes mondes nouveaux - Novo Mundo Mundos Novos - New world New worlds.
<https://doi.org/10.4000/nuevomundo.3115>

F, B., C, M., & D, S. (2006). Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(10), 854-857.

Fajardo, C. (2016). Colombia y su interminable paternalismo feudal. *Artelogie. Recherche sur les arts, le patrimoine et la littérature de l'Amérique latine*, (9).
<https://doi.org/10.4000/artelogie.344>

Fajardo, H. (1994). Breve historia del Hospital San Juan de Dios y la educación médica en la Universidad Nacional de Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 42(3), 166-169.

Figueroa, J. D. (2016). *Conquista-dores e coronistas. As primeiras narrativas sobre o Novo Reino de Granada (1539-1552)* (Doctorado en Historia). Universidad de Brasilia, Brasilia.

Fino Sandoval, D. E. (2007). *MORTALIDAD RELACIONADA CON EL EMBARAZO COLOMBIA 1985-2005: ORINOQUIA, AMAZONIA Y CHOCÓ*. Universidad de Antioquia, Medellín.

Fino Sandoval, D. E. (2016). *Mujeres: retos a la formación médica y praxis en salud Reflexiones sobre género, interculturalidad, decolonialidad y derechos humanos*. Universidad Pedagógica, Bogotá D.C.

Flores, F. A. (1888). *Historia de la Medicina en México. Desde la época de los indios hasta el presente*. (Vol. III). México: Oficina tipográfica de la secretaría de fomento.

Floria, P. N. (1999). Un país sin indios: La imagen de la Pampa y la Patagonia en la geografía del naciente Estado argentino. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, (3), 51.

Franco Rubio, G. A. (2005). El ejercicio del poder en la España del siglo xviii. *Mélanges de la Casa de Velázquez. Nouvelle série*, (35-1), 51-77.

Gaitan Hurtado, J. (1915). *Higiene de Barrios Obreros*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Galeano, E. (2013). *El libro de los abrazos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

García Guerra, D. (1978). La asistencia hospitalaria en la España moderna: el Hospital Real De Santiago. *Estudios de Historia Social*, 7, 289-327.

García Márquez, G. (2006). *Vivre pour la raconter*. (A. Morvan, Trad.). Paris: LGF.

Garrafa, V., Cunha, T., & Manchola, C. (2018). Access to Healthcare: a Central Question

- within Brazilian Bioethics. (in press). *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*.
- Gomez J, H. (1933). *Apuntes sobre el Beri-Beri*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Gómez, L. (1970). *Interrogantes sobre el progreso de Colombia: conferencias dictadas en el Teatro Municipal de Bogotá*. Editorial Revista Colombiana.
- Gómez Muller. (2014). Políticas latinoamericanas de exclusión de las memorias culturales no occidentales: la violencia de los imaginarios nacionales. En L. Múnera Ruiz & M. de Nanteuil (Eds.), *La vulnerabilidad del mundo: democracias y violencias en la globalización* (1. ed). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Gómez Muller, A. (2011). Imaginarios de la «raza» y la «nación» en Rafael Núñez. Medellín: La Carreta Editores.
- Gomez, T. (2016). Chapitre 3 - L'affrontement. *U, 2e ed.*, 161-168.
- Gutiérrez, H. (1989). La inmigración española, italiana y portuguesa: Chile 1860-1930. *Notas de Población*. Recuperado a partir de <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12919>
- Hagopian, A., Thompson, M. J., Fordyce, M., Johnson, K. E., & Hart, L. G. (2004). The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain. *Human Resources for Health*, 2, 17. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-17>
- Helg, A. (1989). Los intelectuales frente a la cuestión racial en el decenio de 1920: Colombia entre México y Argentina. *Estudios sociales* 4, 39-51.
- Helg, A. (1990). Race in Argentina and Cuba, 1880-1930: theory, policies and popular reaction. En R. Graham, T. E. Skidmore, A. Helg, & A. Knight (Eds.), *The Idea of race in Latin America, 1870-1940*. Austin: University of Texas Press.
- Henao Cabal, O. (1996). *Crónica de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle*. Cali: Universidad del Valle.
- Hernandez, A. (1948). *687 casos de sífilis tratados por los procedimientos norteamericanos*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Hurtado Mejía, L. (1947). *Ideas para una encuesta popular acerca de cómo vive y que vale el hombre*. Bogotá, Colombia.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Jaramillo, C. A. (1923). *La higiene del hombre de letras*. Universidad Nacional de Colombia,

Bogotá, Colombia.

Jaramillo Uribe, J. (1982). *El pensamiento colombiano en el siglo XIX*. Bogotá: Editorial Temis.

Kirigia, J. M., Gbary, A. R., Muthuri, L. K., Nyoni, J., & Seddoh, A. (2006). The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Services Research*, 6, 89. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-89>

Kraus, H. (1945). *Tratamientos modernos de las enfermedades tropicales*. Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá, Bogotá D.C., Colombia.

La Parra López, E. (2004). Lucien Bély (dir.), La présence des Bourbons en Europe (xvii^e-xx^e siècle). *Mélanges de la Casa de Velázquez. Nouvelle série*, (34-1), 379-382.

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Recuperado a partir de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf?ref=driverlayer.com/web>

Lattes, A. E. (1987). Visión general de la emigración internacional en Argentina. En A. E. Lattes & E. Oteiza (Eds.), *Dinámica migratoria argentina (1955 - 1984): democratización y retorno de expatriados. 1: [...] (2. ed)*. Buenos Aires: Centro Ed. de América Latina.

L'ébriété et la grammaire moderne-coloniale : Gestion de l'ébriété par chicha à la Nouvelle-Grenade au XVIII^e siècle. (s. f.). En *Genealogie de l'ébriété*. Paris.

Leitner, R. M. C., Körte, C., Edo, D., & Braga, M. E. (2007). Historia del tratamiento de la Sífilis. *Revista argentina de dermatología*, 88(1), 6-19.

Lopez, M. (1893). *La sífilis en sus relaciones con el matrimonio*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Lorde, A. (2012). *Sister Outsider: Essays and Speeches*. Random House LLC.

Luque, M. J. (1919). *Observaciones medico-sociales sobre la sífilis y la prostitucion en Bogota*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Macías, R. M. (1995). *La emigración española a América, 1765-1824*. Universidad de Oviedo.

Madariaga, N. J. (1945). *Contribucion al estudio de la patologia de las selvas caucheras colombias*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia.

Manchola, C. (2007). *Bioética, imaginación y acción: hacia una bioética narrativa, práctica y comprometida*. (Bioetica). Universidad de Brasilia, Brasilia.

- Mantilla, G. G. (2016). La ociosidad natural del indio como categoría jurídica en el siglo XVI. *IUS ET VERITAS*, 7(12), 133-142.
- Mantilla Valbuena, S. (2012). Economía y conflicto armado en Colombia: los efectos de la globalización en la transformación de la guerra. *Latinoamérica. Revista de estudios Latinoamericanos*, (55), 35-73.
- Márquez, R. (1993). La emigración española a América en la época del comercio libre (1765-1824): el caso andaluz. *Revista complutense de historia de América*, 19, 233.
- Martínez, J. de J. (1898). *La lepra y su curacion: Contribución al estudio de esta enfermedad en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia.
- Martínez, R. M. (2009). FILOSOFAR SOBRE LA REALIDAD. ESTUDIO A PARTIR DE LAS CONCEPCIONES DE FILOSOFÍA DE AUGUSTO SALAZAR BONDY Y LEOPOLDO ZEA. *Solar*, 5(5), 83-91.
- Martínez Rodríguez, M. (2010). El proyecto colonizador de México a finales del siglo XIX: Algunas perspectivas comparativas en Latinoamérica. *Secuencia*, (76), 101-132.
- Matallana Gómez, M. A. (2013). *Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia* (No. Documento Técnico GPES/1682C-13) (p. 135). Bogota: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado a partir de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>
- Mazzordi Dias, G., & Marin Carvajal, I. (2016, marzo 31). La violencia sexual y de género: el continuum entre la guerra y la paz. Recuperado 31 de octubre de 2017, a partir de <http://www.ideaspaz.org/publications/posts/1308>
- Medina Cervantes, A. (1948). *Anotaciones sobre deontología en ginecología y otetricia. Segun la moral catolica y el derecho natural*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Meertens, D. (2001). Victims and Survivors of War in Colombia Three Views of Gender Relations. En *Violence in Colombia, 1990-2000: waging war and negotiating peace*. Wilmington, Del: SR Books.
- Mills, E. J., Kanters, S., Hagopian, A., Bansback, N., Nachega, J., Alberton, M., ... Ford, N. (2011). The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital

- analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343, d7031.
- Mogollon Fernandez, M. (1942). *Radiopelvimetria y antropometria. Pelvimetria y Clasificación pélvica según la técnica de THOM e investigación de algunas relaciones somáticas (50 Observaciones en la mujer colombiana)*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Morabia, A. (2016). Unveiling the Black Panther Party Legacy to Public Health. *American Journal of Public Health*, 106(10), 1732-1733. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303405>
- Muñoz, K. O. (2014). El debate sobre las y los amerindios: entre el discurso de la bestialización, la feminización y la racialización. *El Cotidiano*, (184), 13-22.
- Muula, A. S., & Panulo, B. (2007). Lost investment returns from the migration of medical doctors from Malawi. *Tanzania Health Research Bulletin*, 9(1), 61-64.
- Nascimento, W. F. do, & Garrafa, V. (2011). For a not colonized life: dialogue between intervention bioethics and coloniality. *Saúde e Sociedade*, 20(2), 287-299. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200003>
- Nations Unis. (1945). Charte des Nations Unies. Recuperado a partir de <http://www.un.org/fr/charter-united-nations/>
- Navia Cifuentes, F. (1926). *Contribucion a la lucha antivenerea y antisifilitica en Bogota*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Nelson, A. (2011). *Body and soul: the Black Panther Party and the fight against medical discrimination*. Minneapolis ; London: University of Minnesota Press.
- Noguera, C. E. (2003). *Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Universidad Eafit.
- Obregón, D. (2002). Physicians, prostitution, and venereal disease in Colombia (1886-1951). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9, 161–186.
- Oliveira Menicucci de, E., Carneiro, V., & Amaral, L. (1993). Violência conjugal na gravidez. *Revista de Estudos Feministas.*, Vol. 165,(No. 1.), 62-65.
- OMS. (2017). OMS | Objetivos de desarrollo de las Naciones Unidas. Recuperado 7 de octubre de 2017, a partir de <http://www.who.int/un-collaboration/health/development-goals/es/>
- ONU. (2012). Naciones Unidas Rio+20 El futuro que queremos. Recuperado 7 de octubre de 2017, a partir de <http://www.un.org/es/sustainablefuture/about.shtml>

Organisation mondiale de la santé. (2009). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

Ortiz Martínez, J. G. (2016). Hospitales universitarios en Colombia: desde Flexner hasta los centros académicos de salud. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25(1), 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.reper.2016.02.001>

Orwell, G., & Temprano García, M. (2015). *1984*. Barcelona: Debolsillo.

Ospina Ortiz, R. (2012). *Jorge Bejarano: un intelectual orgánico del Partido Liberal 1888-1966* (PhD Thesis). Universidad Nacional de Colombia.

Palmer, S. (2015). *Gênese da saúde global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina*. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ.

Parsons, L. H., & Harper, M. A. (1999). Violent maternal deaths in North Carolina. *Obstetrics and Gynecology*, 94(6), 990-993.

Pedraza Gómez, Z. (1999). *En cuerpo y alma: visiones del progreso y de la felicidad* (1. ed). Bogotá: Departamento de Antrpología, Universidad de los Andes.

Pena Lamus, J. M. (1950). *Estudio de patología general de la guajira*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Pérez Benavides, A. C. (2015). *Nosotros y los otros: las representaciones de la nación y sus habitantes, Colombia, 1880-1910*. Bogotá, D.C: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Piquer, A. (1846). Obras postumas de Andrece Piquerii. En A. Chinchina (Ed.), *Anales históricos de la medicina en general: Historia de la medicina Española*. Lopez y compañía.

Piquer, J. C. (1785). *Obras póstumas del doctor don Andrés Piquer, médico de cámara que fue de s.m. y protomédico de castilla. Las publica con la vida del autor su hijo el Dr. D. Juan Crisóstomo Piquer, presbítero, y capellán de s. m. en el real monasterio de la visitación de santa maría de Madrid*. Madrid: Joachin Ibarra impresor de cámara de s.m. Recuperado a partir de <https://ia601202.us.archive.org/27/items/b28754694/b28754694.pdf>

Podgorny, I. (1997). El Museo Soy Yo. *Ciencia Hoy*, (38). Recuperado a partir de <http://cienciahoy.org.ar/1997/03/el-museo-soy-yo/>

Portal Brasil. (2016). Sudeste e Sul concentram 72% dos médicos com especialidades [Notícia]. Recuperado 26 de diciembre de 2017, a partir de <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/04/sudeste-e-sul-concentram-72-dos-medicos-com-especialidades>

Quevedo, E., Hernández, M., Miranda, N., & Álvarez, Á. (1993). Ciencias médicas, estado y salud en Colombia: 1886-1957. *Historia social de la ciencia en Colombia. Medicina (2). La institucionalización de la Medicina en Colombia. Colciencias. Bogotá DC*. Recuperado a partir de <http://scholar.google.com/scholar?cluster=11539464154773832898&hl=en&oi=scholar>

Quevedo Vélez, E. (2013). *Historia de la Medicina en Colombia. Tomo IV: De la práctica liberal a la socialización limitada (1918-1975)* (Vol. IV). Bogotá: Norma.

Quevedo Vélez, E., Pérez R., G. E., & Miranda C., N. (Eds.). (2007). *Prácticas médicas en conflicto: (1492 - 1782)* (Vol. 1). Bogotá: Tecnoquímicas.

Quevedo Vélez, E., Pérez R., G. E., & Miranda C., N. (Eds.). (2008). *De la medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica (1782 - 1865)*. Bogotá: Tecnoquímicas.

Quijano, A., & Wallerstein, I. (1992). La Americanidad como concepto, o América en el moderno sistema mundial -. *Revista internacional de Cs Sociales*, 583-592.

Ramírez, M. H. (2006). *De la caridad barroca a la caridad ilustrada: mujeres, género y pobreza en la sociedad de Santa Fe de Bogotá, siglos XVII y XVIII* (1. ed). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Trabajo Social y Escuela de Estudios de Género.

Restrepo Zea, E. (2011). *El Hospital San Juan de Dios, 1635-1895: una historia de la enfermedad, pobreza y muerte en Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Historia, Centro de Estudios Sociales-CES.

Rey Don Carlos II (recopilador) (Ed.). (1791). Título Cuarto, Ley Primera, «De los hospitales y cofradías». En *Recopilación de leyes de los reynos de las Indias mandadas imprimir y publicar por la majestad catolica del Rey Don Carlos II Nuestro Señor* (p. 23). Madrid.

Richard-Jorba, R. (2004). ¿Echar raíces o hacer la América? Un panorama de la inmigración europea hacia la región vitivinícola argentina y algunos itinerarios económicos en la provincia de Mendoza, 1850-1914. *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM. Les Cahiers ALHIM*, (9). Recuperado a partir de <https://alhim.revues.org/435?lang=es>

Rivera Cusicanqui, S. (2010). *Ch'ixinakax utxiwa: una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Buenos Aires: Tinta Limón.

- Rodríguez, A. L. G. (2013). Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia: 142 años orientando el rumbo de la medicina en Antioquia y en Colombia. *Alma Mater*, 344.
- Rodríguez Piñeres, J. M. (1896). *Contribucion al estudio de las degeneraciones de evolucion. Idiotez*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Romero, M., Valencia Agudelo, L., & Alonso Espinal, M. A. (2007). *Parapolítica: la ruta de la expansión paramilitar y los acuerdos políticos*. Bogotá: CEREC : Corporación Nuevo Arco Iris.
- Rozo Sanmiguel, A. (1952). *Psicología y Psicoanálisis a la luz de la antropología funcional*. Universidad Nacional de Colombia.
- Ruiz Mora, J. (1935). *Contribucion al estudio de la climatología y patología de las regiones del Putumayo, Caqueta y Amazonas colombiano*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Salazar Bondy, A. (1988). *Existe una filosofía de nuestra América?* México: Siglo Veintiuno Editores.
- Samper, B. (1914). *APUNTES SOBRE HIGIENE DE LAS TIERRAS CALIENTES EN COLOMBIA*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Sarrailh, J. (1992). *La España ilustrada: de la segunda mitad del siglo XVIII* (4. reimpr). Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Saviano, R., Clavel, T., & Ramos Mena, F. J. (2010). *Gomorra*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Séchet, R., & Vasilcu, D. (2012). Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice. *Norois. Environnement, aménagement, société*, (223), 63-76. <https://doi.org/10.4000/norois.4203>
- Segato, R. L. (2010). Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial. *La cuestión descolonial*. Lima: Universidad Ricardo Palma-Cátedra América Latina y la Colonialidad del Poder. (En prensa.) *Pensando los feminismos en Bolivia*. Recuperado a partir de http://nigs.paginas.ufsc.br/files/2012/09/genero_y_colonialidad_en_busca_de_claves_de_lectura_y_de_un_vocabulario_estrategico_descolonial__ritasegato.pdf
- Segato, R. L. (2015). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos: y una antropología por demanda*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

- Segato, R. L. (2016). *La guerra contra las mujeres* (Primera edición). Madrid: Traficantes de Sueños.
- Selek, P. (2017). *Service militaire en Turquie et construction de la classe de sexe dominante: devenir homme en rampant*. Paris: l'Harmattan.
- Shaplen, R. (1964). *Toward the Well-Being of Mankind: Fifty Years of the Rockefeller Foundation*. Doubleday.
- Solano, N. (1909). *Tuberculosis en Colombia. Estudio sobre su etiología y su profilaxis*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Sotomayor, H. A. (1998). Historia geopolítica de las enfermedades en Colombia. *Maguaré*, 0(13), 73-84.
- Suarez Calderón, S. (1926). *La selección medico pedagógica de los nonos anormales y degenerados*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Tribis Biester, C. (1932). *Introducción al estudio de la antropología nacional*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Trifirò, A. (2003). *Mujeres que ejercen la prostitución: una historia de inequidad de género y marginación*. (Espacios de Mujer (Organization), Ed.) (1. ed). Medellín: Espacios de Mujer.
- UNESCO. (1969). Quatre déclarations sur la question raciale. ONU. Recuperado a partir de <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001281/128130fo.pdf>
- Urrego Mendoza, Z. C. (2016). *De protestas, violencias y otras fiebres tropicales: aportes para una historia sociopolítica de la salud pública en Colombia, 1974-2004* (1. ed). Bogotá, D.C., Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Vasconcelos, J. (2014). *La raza cósmica* (Séptima edición). México: Editorial Porrúa.
- Vásquez Ospina, L. (1955). *Industria y protección en Colombia, 1810-1930*. E.S.F.
- Velásquez Toro, M., Reyes Cárdenas, C., Rodríguez Jiménez, P., Kolumbien, & Kolumbien (Eds.). (1995). *Las mujeres en la historia de Colombia. T. 2: mujeres y sociedad* (1. ed). Santafé de Bogotá: Ed. Norma.
- Velázquez, M. E. (2011). Racisme, métissage et population d'origine africaine au Mexique : une perspective historique. *Revue européenne des migrations internationales*, 27(1), 129-145. <https://doi.org/10.4000/remi.5382>
- Venkatesh, S. A. (2008). *Off the books: the underground economy of the urban poor* (1.

Harvard Univ. Press paperback ed). Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.

Ventura Santos, R. (1996). Da morfologia às moléculas, de raça à população: trajetórias conceituais em antropologia física no século XX. En M. C. Maio & R. Ventura Santos (Eds.), *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro, RJ: Centro Cultural Banco do Brasil : Editora FIOCRUZ.

Villegas Vélez, Á. A., & Castrillón Gallego, C. (2006). Territorio, enfermedad y población en la producción de la geografía tropical colombiana, 1872-1934. *Historia Crítica*, 32. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/811/81103205/>

Wallerstein, I. M. (2010). *El moderno sistema mundial*. [I], [I],. Madrid; México, D.F: Siglo XXI de España ; Siglo XXI.

World Health Organization (Ed.). (2012). *The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium, IDC MM*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2014). Estadísticas sanitarias mundiales 2014.

Zweig, S. (2002). *Le Brésil, terre d'avenir*. (J. Goll & A. Mangin, Trads.). Paris: Libr. Générale Française.