

De la médecine des addictions au débat sur l'amélioration technique de l'être humain : dimensions éthiques et enjeux philosophiques

A titre préliminaire, il convient de signaler que, malgré le titre qui semble évoquer au premier abord un sujet à double volet : celui des addictions et celui de l'amélioration de l'être humain, le thème principal de la thèse réside dans le fait d'apporter une pierre – aussi humble soit-elle – à l'édifice philosophique de l'Enhancement (terme anglais équivalent à amélioration dans le cadre du débat sur l'avenir biologique de l'Homme).

En effet, il s'agit ici d'une réflexion sur le futur biologique et technique potentiel de l'être humain, en traversant inéluctablement des dimensions philosophiques majeures telles que la liberté, l'identité, la dignité, la normativité ou l'essence. Dès lors de quoi parle-t-on ? D'un débat qui s'est structuré à partir des années quatre-vingts plus particulièrement dans le monde anglo-saxon et de manière pratiquement globale à partir des années deux mille. Schématiquement nous pouvons relever trois positions en présence : les transhumanistes, appelant de leurs vœux une nature humaine revisitée, capable de transcender les limites classiques de notre réalité biologique actuelle selon le schème d'une évolution choisie, d'un côté, et bioconservateurs ou bioluddistes, attachés à la valeur normative intrinsèque de cette même nature, de l'autre. Enfin, oscillent dans ce que l'on pourrait qualifier de « voie médiane », toute une série de penseurs libéraux, s'intéressant particulièrement aux rapports entretenus avec la notion de liberté individuelle, tout en voulant conserver comme garde-fou éthique minimal le principe du tort, tel qu'énoncé par John Stuart Mill et développé par Ruwen Ogien¹.

La possibilité de plus en plus proche d'un au-delà de l'humain, d'un posthumain diront certains, recoupe malgré toute sa nouveauté, les trois questions éthiques fondamentales : Que puis-je faire ? Ce qui renvoie notamment au champ des possibles. Que dois-je faire ? Dimension déontologique d'un humain se voulant pourtant de plus en plus libre, à la fois vis-à-vis des normes sociales et à la fois vis-à-vis des normes naturelles. Que puis-je espérer ? Traduction d'un espoir parfois utopique versé dans le progrès, face aux craintes que celui-ci ne manque pas non plus de causer. Ces trois interrogations ramènent toutes à la question synthétisante suprême : Qu'est-ce que l'Homme ? Laquelle, dans sa formulation universelle constitue probablement la colonne vertébrale de tout le débat que le thème de l'amélioration traverse. Le déterminisme de ce qui pouvait un jour sembler être le destin de l'espèce, a progressivement laissé la place à la liberté démiurgique de l'autocontrôle. L'ombre de l'évolution darwinienne risquerait peut-être alors de s'estomper sous une requête visant à installer une évolution voulue et décidée unilatéralement par l'homme.

¹ Ogien, Ruwen, *L'éthique aujourd'hui*. Maximalistes et minimalistes, Paris, Gallimard, 2007

Après quasiment quatre siècles de cartésianisme et de volonté de maîtrise de notre environnement, c'est à notre nature interne, biologique, humaine, que l'on entrevoit de s'attaquer. Un tel projet ne peut engendrer que de vives réactions. Ainsi et sans rentrer dans un examen théorique, il convient néanmoins d'analyser les lignes de fractures entre positions conflictuelles afin de pouvoir y construire l'architecture du raisonnement.

Le contexte général part du postulat selon lequel l'évolution technoscientifique contemporaine s'inscrit dans le cadre d'une évolution sociale totalisante charriant dans son sillage le culte du résultat, de l'efficacité, de l'immédiateté et de la performance dans pratiquement tous les secteurs de l'existence. Le mouvement transhumaniste s'estimant digne héritier de l'Humanisme traditionnel des Lumières prône l'avancement perpétuel du progrès, intellectuel, rationnel mais également en termes de capacités d'intervention sur le monde par autopoïèse. De ce fait, la nature humaine est considérée comme une « œuvre en chantier ² », modulable à souhait selon un processus visant à affirmer de manière toujours plus exponentielle, le contrôle de l'individu sur sa propre vie. Du côté bioconservateur en revanche, la nature humaine consiste en une essence immuable dont, par définition, il ne convient pas de disposer. La démarche méliorative incarnerait donc une transgression, transgression de la frontière entre nature externe et nature interne, comme le laisse sous entendre Jürgen Habermas dans son livre *L'avenir de la nature humaine*³. Il y critique très virulemment l'eugénisme libéral : à savoir la possibilité pour les parents de modifier librement le génome de l'enfant à naître, ôtant par la même occasion à celui-ci, son droit à l'indéterminé. Pour le citer, il estime par exemple que : « Le phénomène préoccupant, c'est la disparition de la frontière entre la nature que nous sommes, et l'appareil organique que nous nous donnons. »⁴. Selon lui, l'égalité dialogique essentielle aux échanges entre individus serait rompue lorsqu'une autre personne intervient dans le « récit de vie » d'un être en devenir.

On perçoit ici parfaitement les dialectiques en tension entre amélioration et dénaturation, altruisme et hétérodétermination, paternalisme parental et autonomie de l'individu ou encore liberté et dignité. La référence au naturel représente bel et bien le bastion suprême d'interdiction et de protection pour les conservateurs, puisqu'il est un indiscutable. Chez les penseurs de l'éthique libérale - plus modérés que les transhumanistes mais plus ouverts que les bioconservateurs - le naturel n'est pas normativement figé et est subordonné à l'expression de la liberté individuelle, à charge toujours de ne pas causer de tort à autrui. Toutefois, au-delà des divergences de forme qui sont prégnantes dans leur radicalité, nous pensons que la question méta-structurelle qui se pose vise à déterminer afin de la protéger, la part d'humanité en l'homme.

La seconde ligne d'opposition majeure s'apparente à ce que l'on pourrait qualifier de « critère de normalité ».

² <http://www.nickbostrom.com/ethics/values.html> (traduction personnelle de « work in progress »)

³ Habermas, Jürgen, *L'avenir de la nature humaine – Vers un eugénisme libéral?*, Paris : Gallimard, 2002.

⁴ Ibidem, p.39

Il est possible d'affirmer que, classiquement, ce qui est « normal » est valorisé. La mission de la médecine a toujours consisté à rétablir un état de santé supposé normal par rapport aux caractéristiques typiques de l'espèce. On peut toutefois se demander si, en raison de la transformation fulgurante du monde, la notion elle-même ne mérite pas d'évoluer. La distinction entre le fonctionnement normal et sa déficience pathologique est bien connue, puisque Georges Canguilhem nous y avait déjà sensibilisé en 1943⁵, emboîté par le débat médical entre conceptions naturalistes et normativistes de la santé mais l'impérieuse nécessité de clarifier d'un côté, le lien entre normal et mélioratif et de l'autre, la relation particulière permettant le passage du pathologique à l'amélioration, demeure. (Ce dernier cas par exemple, serait celui où une personne amputée, donc en situation « d'incapacité », se retrouverait grâce à des prothèses plus performantes que des jambes normales, en position de « surcapacité »). La possibilité concrète d'un au-delà du soin permet de reposer la question de la finalité de la médecine et d'y comparer le rôle que pourraient jouer les biotechniques de demain. Il n'existe pas de consensus clair sur ce qui représente un état de santé optimal, ni un état pathologique qui mériterait intervention. Il n'y a pas non plus d'accord sur les finalités, intrinsèquement thérapeutiques ou non de la médecine, comme le prouvent les multiples sauts d'une catégorie à l'autre : dopage sportif à des fins de performance, chirurgie esthétique dans un but d'amélioration de l'apparence et non afin de limiter les effets d'un accident ou d'une maladie, dopage cognitif à la Ritaline en lieu et place d'un traitement contre l'hyperactivité, dopage sexuel au Viagra, dopage thymique pour lutter contre la timidité⁶, et les exemples de telles offres à des personnes non-malades pourraient être multipliés.

Or c'est bien à un brouillage total des catégories, des définitions et des traditions que se résume en définitive la difficulté de perception du problème. Mais alors au fond, quel mal y-a-t-il véritablement à vouloir être « mieux que bien », à chercher des avantages non présents naturellement et qui par conséquent, sortent (du moins pour le moment) de la définition de la normalité ? Faut-il réduire le normal au naturel et l'au-delà du normal à l'artificiel ? Faut-il cloisonner outrancièrement les disciplines dans un monde qui pourtant, est de plus en plus ouvert vers la multitude des savoirs et des interactions ? Doit-on bannir les améliorations sous prétexte qu'elles sortent de l'état présentement défini comme normal ou doit-on plus simplement estimer que ces interventions relèvent d'un domaine technique, parallèle à la médecine traditionnelle ? Finalement, si le but de la médecine n'est autre que l'optimisation de la santé, ne devrait-on pas considérer avec sérieux les promesses sanitaires que ces techniques laissent entrevoir ? René Descartes déjà, en exhortant l'humain à se rendre comme « maître et possesseur de la nature », signifiait avant toute autre chose la conservation de la santé qu'il jugeait être le bien premier. Dès lors, jusqu'où pourrait aller la « conservation de la santé » ? Devrait-elle résulter de techniques uniquement réparatrices, autrement dit thérapeutiques ou pourrait-elle aussi, en tant que bien intrinsèque, être le fruit d'une amélioration ?

⁵ Réédité et augmenté 23 ans plus tard : Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris : PUF, 1966

⁶ Goffette, Jérôme, *Modifier les humains: anthropotechnie versus médecine*, pp. 55-56, dans J.-N. Missa (éd.) et. al., « Enhancement » : éthique et philosophie de la médecine d'amélioration, Paris : Vrin, 2009

Doit-on conférer un statut moral supérieur au donné naturel ou peut-on juger uniquement les effets d'une technique sur le bien-fondé du résultat final qu'elle permet de consacrer ?

Doit-on s'attacher à une conception strictement structurelle et biologique de l'être humain ou peut-on favoriser une théorie de la personnalité ? Distinction déjà présente chez Locke. Dans ce contexte, doit-on considérer que l'identité personnelle, au travers des diverses modifications techniques serait nécessairement discontinuë ou peut-on considérer qu'elle demeurerait inchangée, voire qu'elle serait amplifiée ? De telles questions sont au centre de la démarche réflexive que nous engageons et méritent d'être interconnectées afin d'en dégager toute leur complexité.

Le statut à réserver au normal, prolonge la lutte décrite précédemment sur le sort à réserver au naturel dont la définition de la normalité dépend de manière quasiment statistique. Pour les conservateurs, défenseurs d'une approche déontologique de la mission médicale, le « normal » est un concept limite. Etant donné que la médecine a pour objectif la restauration de l'état normal et ne peut s'octroyer dans sa visée thérapeutique d'aller au-delà, la démarche même de l'amélioration, désireuse de rendre ses requérants potentiels « mieux que bien » ou « plus que normaux », s'en trouve frappée d'interdiction. Comme le fait remarquer Jérôme Goffette, quatre groupes de problèmes se posent : « un problème social d'interrogation sur la conformité aux mœurs « normales », un problème conceptuel sur cet au-delà de la tension du normal et du pathologique, un problème déontologique puisqu'en l'absence de justification de santé le rapport bénéfice-risque en est problématique, et un problème éthique et politique sur ce qu'on doit autoriser, interdire ou prendre en charge. »⁷, raison pour lesquelles, plutôt que de s'arrêter à l'argument conservateur en bannissant même les techniques supposément bénéfiques d'amélioration, il propose la définition d'un nouveau champ d'action, parallèle à l'intervention médicale thérapeutique, qui serait amené à forger ses propres règles, principes ou critères, et qu'il nomme « anthropotechnie ». Il la définit comme « art ou technique de transformation extra-médicale de l'être humain par intervention sur son corps »⁸.

Ainsi, ce que l'on nomme le « critère de normalité » ne devrait pas constituer un obstacle à toute velléité de modification de l'humain mais bien demeurer un étalon de distinction et une limite supérieure d'action, entre ce qui relève du médical et ce qui relève de l'extra-médical. On pourrait également visualiser, sur base de cette distinction, le point de fracture entre la santé et le bien-être, voire le mieux-être, lesquels ne recourent pas et ne se limitent pas à la réalité de la première. La santé en effet, dans une vision classique dite « naturaliste », se définit par rapport à un état supposé normal, déterminé statistiquement par rapport aux caractéristiques typiques de l'espèce. Dans une approche dite « normativiste » de la santé, l'état ne se mesure pas objectivement et statistiquement mais subjectivement en rapport aux buts et projets que la personne s'est fixés et à sa capacité corrélative à les remplir. Dans cette seconde dimension on peut donc prendre en considération le mal-être de la personne et la

⁷ Goffette, Jérôme, *Modifier les humains: anthropotechnie versus médecine*, p.51, dans J-N. Missa (éd.) et. al., « Enhancement » : éthique et philosophie de la médecine d'amélioration, Paris : Vrin, 2009. Pour de plus amples développements, voir : *Naissance de l'anthropotechnie : de la médecine au modelage de l'humain*, Paris : Vrin, 2006

⁸ *Naissance de l'anthropotechnie : de la médecine au modelage de l'humain*, Paris : Vrin, 2006, p.69

requête d'un mieux-être, alors même qu'elle ne se trouve pas dans une situation qui serait décrite par les normes médicales comme étant pathologique⁹.

Si l'on admet que nous vivons dans des sociétés du loisir, de la performance et du bien-être, nous pourrions combiner les deux observations précédentes, en disant que la santé au sens naturaliste du terme, demeurerait l'objectif de la médecine, alors que la quête du bien-être et du mieux-être, relèverait du champ anthropotechnique et cela, même si la santé (toujours dans le sens classique) s'en trouve partiellement altérée.

Du côté progressiste, la normalité ne peut se concevoir dans son intégralité à un moment figé dans le temps, il s'agit d'un processus évolutif. De ce fait, elle serait incapable d'incarner un grief moral réhibitoire à la transformation de l'homme. Leur approche majoritairement conséquentialiste ne s'attache qu'à mesurer les effets supposés d'une technique, afin de déterminer si elle doit être moralement réprimée ou éthiquement encouragée, à charge bien sûr, de ne pas causer du tort à autrui. Alors que les conservateurs entendent utiliser la référence à la normalité comme obstacle additionnel venant renforcer l'argumentation du respect dû au naturel, les progressistes tentent de balayer cette manœuvre en répondant qu'en fait, il ne s'agit là que d'une répétition détournée de leur seule ligne de défense : ce qui est « plus-que-normal » n'est pas naturel. Or, si le référent déontologique du normal puise sa source dans le naturel, il risque de souffrir par contagion de toute déconstruction qui toucherait la question de la nature humaine. Cette illustration est un exemple supplémentaire de l'extrême complexité du débat et de l'inétanchéité des catégories.

Dans nos sociétés actuelles (dans l'Occident et l'Orient technologiquement avancés du moins), ce que Jacques Ellul nommait le « système technicien »¹⁰ - c'est-à-dire un cadre global au sein duquel la technique est passée d'outil objectivé à une réalité autonome fonctionnant selon ses propres lois – a finit par remplir tout l'espace, à déstructurer les représentations sociales et à déconstruire les normes symboliques. Notre organisation démocratique, libérale et capitaliste, a propulsé un culte exacerbé de la compétition et de la performance. Voilà pourquoi le sujet, catapulté dans la bulle de l'individualité est passé d'un partage entre le permis et le défendu à un déchirement entre le possible et l'impossible¹¹. La gamme des horizons ouverts a drastiquement augmenté la responsabilité des choix posés et de leurs conséquences, horizons précisément rendus réalisables par le progrès technoscientifique. Le caractère matériel du réel, a de la sorte pris le pas sur le royaume idéal de nos constructions théoriques. Il y a donc une nécessité de les repenser dans un souci d'adaptation au monde perpétuellement changeant.

Nous tâchons pour ce faire d'éclairer les liens entre les addictions (en tant qu'exemple paradigmatique de la mouvance des normes et de l'évolution sociétale) et la prospective de

⁹ Voir à ce sujet l'article de Jean-Yves Goffi: *Thérapie, augmentation et finalité de la médecine*, dans J.-N. Missa (éd.) et. al., « *Enhancement* » : éthique et philosophie de la médecine d'amélioration, Paris : Vrin, 2009, PP 97-121

¹⁰ Ellul, Jacques, *Le système technicien*, Paris : Calmann-Lévy, 1977

¹¹ Ehrenberg, Alain, *La fatigue d'être soi – dépression et société*, Odile Jacob, Paris, 1998, P.14

l'amélioration, pouvant toutes deux être comprises comme des formes de réponse à une triple injonction au bonheur, au plaisir et à la performance¹². En ce sens donc, elles participent d'une problématique commune que nous questionnons. La notion même d'addiction et la réalité théorique d'une perspective future de l'amélioration, n'ont pu émerger que dans un monde dé-transcendentalisé et postmoderne. Il fallait bien évidemment que l'individu ait acquis un statut de néo-sacralité pour qu'il puisse souffrir d'une pathologie de la volonté comme peut l'être la dépression selon les termes d'Ehrenberg, d'une pathologie de la liberté comme peut l'être l'addiction (perte de la liberté de s'abstenir) et pour qu'il puisse formuler une demande d'auto-modification de sa nature interne.

A l'origine, l'addiction vient du mot latin « addictus » qui signifie « être dit à », concept de droit romain qui assignait un esclave pour dette à une autre personne. Ce n'est que par la suite que la langue française a prolongé cette notion par la « contrainte par corps » d'un débiteur pour l'astreindre à s'acquitter de sa dette. Par extension on est passé du juridique au médical et on était donc « dit à la drogue », devenant en quelque sorte l'esclave d'un produit ou d'un comportement. Le passage du juridique ou du moral au médical est extrêmement significatif car il traduit, par la chute progressive des métarécits, le passage de la loi à la science. On le voit bien, le mot englobe donc une réalité issue de la perte de liberté, de contrôle sur son propre corps, sur sa direction de vie. Toutefois, l'intention première est bien souvent poursuivie dans un but « thérapeutique » par le sujet lui-même, afin de sauvegarder son économie psychique par rapport à un trouble sous-jacent dont il n'a pas forcément conscience. Les addictions traduisent cette potentialité humaine de se libérer, pour partie du moins, des contraintes biologiques et instinctuelles pour s'abandonner aux affres de l'excès, point sur lequel elles rejoignent sur le plan conceptuel, la démarche de l'amélioration.

L'addiction en tant que théorie générale cherche encore à s'affirmer pleinement et a déjà connu de nombreuses évolutions. Néanmoins le terme d'addiction aujourd'hui, opère un regroupement à la fois, intellectuel et théorique mais aussi pratique, clinique et « thérapeutique » qui favorise progressivement une approche globale des troubles rencontrés. C'est cette approche globale et les enseignements qu'elle fournit en termes de rapport aux normes médicales mais aussi sociales qui nous intéresse pour penser sur une base, certes spéculative mais cependant critique et solide, la perspective de l'amélioration de l'être humain.

L'histoire des addictions traduit une autonomisation du droit de regard médical sur ce qui relevait précédemment des autorités morales ou religieuses. C'est précisément la raison pour laquelle, les frontières entre vice, transgression et maladie, qui sont des composantes très importantes dans l'analyse de la situation, sont extrêmement difficiles à discerner ou définir et qu'elles sont en évolution constante. En raison de la porosité des lignes de démarcation entre mauvaise habitude et véritable conduite addictive et puisque le concept semble graduellement s'étendre au « dérapage » de toute conduite quotidienne, leur classement en pathologie pourrait faire tomber sous la coupe des médecins, un ensemble de comportements qui relevaient jusque là de la liberté.

¹² Tel que le montre Bruckner, Pascal, dans *L'euphorie perpétuelle*, Paris : Grasset, 2000

L'enjeu est immense car il consiste en une prérogative du pouvoir et même, de biopouvoir¹³, c'est-à-dire une capacité d'intervention sur les corps, devant servir à édicter des normes, des critères de santé et de maladie et ainsi, modifier les lignes de saisine médicale, tout comme la possibilité d'agir sur les comportements sociaux. Certaines pratiques qui auparavant étaient prohibées en raison de motifs moraux ou de prescrits religieux peuvent à présent l'être sur base d'un critère de santé. Au-delà d'une stricte définition de la santé, ne doit-on toutefois pas considérer un critère plus large mais tout aussi opérant dans sa sphère et qui serait, tel que nous l'avons évoqué plus haut, celui du bien-être. Les conduites addictives comportent toutes un lien étroit avec le rapport au plaisir et au désir, au droit à la jouissance et à l'autonomie et se rapportent ainsi, à la sphère intime de l'existence privée.

La problématique de l'amélioration connaît des similitudes en ce sens que ce qui y est prôné par les « techno-progressistes » vise une liberté de disposer de soi, de son corps, de son esprit et de son identité. Il existe, en tout cas, un défi très marqué des « entrepreneurs de morale »¹⁴ afin de définir par de nouveaux référentiels, le bien et le mal, ce qui peut influencer autant sur les principes aprioriques d'une nouvelle forme de moralisme que sur les rapports éthiques entre individus. Or, la réflexion accrue sur les structures du vivre-ensemble dans une société qui serait prête à s'ouvrir, au minimum, à certaines techniques dites « d'amélioration » se trouve au sommet de la recherche qui nous occupe.

La société des surhommes ?

Diverses positions sont possibles face à l'exigence du « tout bien tout de suite ». Le sociologue Alain Ehrenberg, ayant travaillé à la fois sur le prescrit de performance et sur la dépression, montre que certains développent une « manière d'être se présentant comme une maladie de la responsabilité dans laquelle domine le sentiment d'insuffisance. Le déprimé n'est pas à la hauteur, il est fatigué d'avoir à devenir lui-même¹⁵ ». D'autres par contre choisissent d'être adaptés en recourant à ce que Michel Hautefeuille nomme le « dopage au quotidien »¹⁶. Les liens entre l'instauration d'une dépression suite à une fatigue existentielle et la consommation de substances ou la poursuite de comportements impulsivement répétés qui peuvent, suite à la dégénérescence en dépendance pathologique, se transformer en addictions, sont à la fois fréquents et visibles.

La dépression comme les addictions mais aussi, plus que probablement les techniques d'amélioration – et c'est là un des points essentiels que nous désirons pointer et creuser par la suite – sont des réponses différentes issues d'un processus identique de lutte contre une problématique philosophique commune qui broie l'individu. On peut dire que le dépressif est fatigué d'avoir à lutter activement pour devenir ce qu'il est amené à être, c'est-à-dire lui-

¹³ Nouvel, Pascal, *L'histoire des amphétamines*, Paris : Presses Universitaires de France, coll. Science, histoire, et société, 2009

¹⁴ Becker, Howard S, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press. 1973, pp. 147–153.

¹⁵ Ehrenberg, Alain, *La fatigue d'être soi – dépression et société*, Odile Jacob, Paris, 1998, p.10

¹⁶ Hautefeuille, Michel, *Le dopage au quotidien*, Paris : Payot et rivages, 2009

même ; l'addicté peut se trouver étranger à lui-même car il subit par le biais de la dépendance une forme d'aliénation, qui devait pourtant à l'origine être le siège de son autonomisation ; alors que celui qui cherche à être « amélioré » vise à devenir plus-que-lui-même par l'agrégation de capacités nouvelles, tout en désirant révéler son véritable « moi »¹⁷.

La révolution chimique et le brouillage des catégories

La maîtrise de la chimie et de la pharmacochimie ont révolutionné le statut du médicament. De produit exclusivement thérapeutique, il a été étendu à diverses substances d'adaptation à la nouvelle réalité sociale, puis à des outils favorisant l'amélioration des performances. Potentiellement tout secteur de la vie, toute activité humaine, peut désormais connaître l'élaboration d'une molécule qui permettra d'assumer pleinement et avec une efficacité entière, le rôle que la tâche requiert¹⁸. La frontière entre médicament, drogue et produit d'amélioration est donc de plus en plus mince et dépend bien souvent d'une décision de « biopolitique ». Comme nous l'avons évoqué plus haut, la position bioconservatrice, entend précisément s'appuyer sur cette frontière afin de déduire le rôle exclusivement thérapeutique de la médecine, là où les enseignements contemporains tendent à montrer que le processus de désagrégation de celle-ci est déjà engagé. Élément que nous pointons et questionnons.

L'exemple des amphétamines est à cet égard relativement éloquent : en effet, pendant une quarantaine d'années, de 1932, date de leur entrée sur le marché américain, jusqu'en 1971, date de leur interdiction globalisée¹⁹, ces molécules ont été présentées sous les atours d'une véritable révolution chimique pouvant aller jusqu'à soigner l'âme. En tant que produits supposés augmenter la rapidité, la volonté, l'énergie et la capacité à éprouver du plaisir, ils servirent de traitement contre la dépression, tout autant que comme produit d'adaptation au stress des cadres surmenés ou comme annihilateur de fatigue pour les pilotes de chasse devant effectuer de longues missions aériennes sans dormir. Les éloges ne manquaient pas et il fut même affirmé sans preuve scientifique fiable que ces substances « supra-humaines » ne pouvaient pas créer d'addiction. C'est pourtant précisément lorsque les amphétamines ont été liées à des soupçons de toxicomanie qu'elles commencèrent à chuter, puis à être interdites²⁰. Une décision politique, forcée par une opinion changeante qui ne fait que confirmer une nouvelle fois le prescrit de l'efficacité : tant qu'elles demeuraient en touche avec les valeurs dominantes d'énergie, de rapidité et de performance, elles étaient plébiscitées et dès qu'il y eut un doute quant à la capacité de désocialisation ou de rupture radicale du souci de l'autre,

¹⁷ Voir dans le même ordre d'idées : Elliott, Carl, *Better than well : american medicine meets the american dream*, WW Norton and co., 2003. Dans cette fine analyse sociologique et philosophique, l'auteur y décrit notamment la façon dont un individu complexé par sa maigreur va se lancer aveuglément dans le bodybuilding afin de pouvoir faire enfin coïncider son véritable « moi interne » avec son apparence extérieure.

¹⁸ Hautefeuille, Michel, op. cit., p.10

¹⁹ Nouvel, Pascal, op. cit., p.178

²⁰ Ibidem p.135

par la mise en abîme qu'induit la dépendance pathologique, elle fut interdite à l'échelle mondiale. La question philosophique des catégories est ici extrêmement prégnante et révèle par la difficulté et l'opportunité de la distinction entre médicament et drogue, des critiques analogues entre consommation normale et consommation pathologique, entre thérapeutique et conduite de confort, de jouissance ou de performance, entre ce qui est naturel (lorsque cela fonctionne) et ce qui devient subitement artificiel (lors de son rejet) ou enfin, dans la façon dont s'articule la légitimité médicale et la puissance biopolitique sur la direction de la société. Tous ces éléments sont à creuser plus avant mais se révèlent d'une richesse réelle et pour beaucoup, inexplorée dans leur interactivité, en vue d'un avancement conceptuel au sein du débat de l'amélioration.

Les bioconservateurs, tels que Léon Kass et Francis Fukuyama par exemple, semblent se tromper tant sur le plan théorique que sur le plan pragmatique, lorsqu'ils affirment le primat absolu et immuable du naturel sur l'artificiel et qu'ils en déduisent intrinsèquement un rôle restreint de la médecine à la restauration de l'état antérieur, soit à une mission exclusivement thérapeutique. Le toxicomane apparaît comme le premier à avoir chamboulé la procédure classique entre patient et médecin, ce qui établit un lien puissant entre addiction et évolution des normes médicales. Eu égard à la répartition des disciplines du soin, la prise en charge des toxicomanes ne pouvait relever que de la psychiatrie. Néanmoins, les troubles addictifs ne pouvaient pas être considérés comme des maladies ordinaires car ne rentrant dans aucune des quatre grandes catégories psychiatriques. Le modèle paternaliste et unilatéral qui plaçait automatiquement le médecin en position d'autorité va se trouver changé par la rencontre avec des personnes qui, certes, réclament une prise en charge mais qui possèdent également une connaissance aigüe des produits, de leurs effets et de l'expérience procurée par ceux-ci. La teneur de cette prise en charge sera donc non-classique puisqu'intervenant sur des personnes qui refusent l'étiquette de malade et que les spécialistes eux-mêmes rechignent finalement à considérer totalement comme tels²¹. Les implications réelles de cette observation ne semblent pas encore avoir été comprises pleinement. Il ne s'agit plus de « réparer » un trouble objectif de l'unique manière possible par la voie thérapeutique mais d'être à l'écoute d'une demande subjective en tâchant de fournir une offre adaptée. Dans une période où une quantité sans cesse grandissante de molécules et de comportements atypiques, se situent pourtant en dehors du champ pathologique, le rôle du médecin dans ce nouveau supermarché se pose avec force.

Le passage d'une médecine thérapeutique à une médecine de confort largement développée (chute des cheveux, migraines, embonpoint, cholestérol, impuissance, ménopause, etc.), laquelle semble se prolonger dans une médecine de la jouissance et du plaisir²² marque un tournant majeur dans l'évolution des normes et pave probablement la route d'une médecine de la performance et de l'amélioration potentielle. Il est nécessaire de montrer qu'il s'agit là d'un processus, une sorte de continuum. Les premières techniques amélioratives ne seront probablement que l'extrapolation et la complexification de recherches en cours dans la plupart

²¹ Hautefeuille, Michel, op. cit., pp.66-67

²² Hautefeuille, Michel, op.cit., p.72

des secteurs technoscientifiques de pointe aujourd'hui, ce que l'on nomme les NBIC (Nano, Bio, Info, Cognito-technologies).

C'est parce que la vie est, par essence, source de frustration et que cette frustration est considérée par notre époque comme insupportable, que nous voyons se développer le rapport à une médecine d'accompagnement quotidienne, sensée occulter ou faire disparaître toutes les sensations désagréables, en procurant de nouveaux plaisirs, de nouvelles jouissances.

La tristesse, la fatigue, le malheur, l'incapacité, la laideur ou la vieillesse semblent aujourd'hui se rapprocher de maladies et participent donc à la « pathologisation » de la normalité. L'on va alors tenter des traitements par Prozac, Benzodiazépines ou amphétamines et si ceux-ci fonctionnent, alors c'est que l'on se trouve bien en présence d'une pathologie qui ne disait pas son nom. On observe donc une inversion du processus classique par lequel une maladie se voyait d'abord identifiée, codifiée et qualifiée dans son étiologie avant de lui proposer une thérapie éventuelle. En suivant la même démarche, on peut se demander si l'amélioration ne serait pas tout simplement une façon, un outil plus radical, afin de répondre à la frustration d'être « normal », d'être « simplement humain », en apportant de nouvelles capacités, de nouveaux talents, de nouveaux états, plus riches et surtout plus performants, à l'instar peut-être de la machine. En définitive, le confort du patient ou la prise en charge des sujets non-malades, au sens classique du terme, semble bien être la grande impulsion de ce début de vingt-et-unième siècle.

L'ordalie, un nouveau mode de vie ?

Les notions de risque et de danger représentent aussi un pont important entre addiction et amélioration et sont nécessaires à la compréhension des mécanismes comportementaux qui peuvent mener à l'une comme à l'autre. Dans un grand nombre de cas, l'addiction incarne une fuite permettant de cacher ou d'enfouir, les raisons sous-jacentes d'un trouble préexistant. C'est aussi en cela que son statut de maladie propre pose question. Cependant, elle est aussi un acte performatif, une prise d'initiative (elle se démarque fortement en ce sens de la dépression), qui vise à reprendre sa vie en main, à affirmer sa liberté et son autonomie, autant vis-à-vis d'un corps social qui peut être perçu comme hostile que vis-à-vis de blessures internes qui menacent l'intégrité du sujet. Lorsque l'addiction devient à ce point centrale, qu'elle semble pouvoir occulter toutes les autres dimensions de l'existence, alors elle devient également une identité. Bien que certaines conduites addictives commencent dans un but de normalisation ou d'adaptation, il existe très souvent une recherche marquée de « défi et de transgression de limites et de confrontation à l'absolu »²³. La conduite dite « ordalique », de prise de risque, ne doit en aucun cas être sous-estimée dans la compréhension du phénomène car elle possède une valeur de recherche de sens²⁴.

²³ Valleur, Marc et Matysiak, Jean-claude : *Les pathologies de l'excès*, Paris : JCLattès, 2006, p.92

²⁴ Ibidem, p.109

L'accès au plaisir, le culte de l'immédiateté, le repli sur soi et l'amour des risques²⁵ sont des traits amplifiés chez les personnes addictées, mais ne sont-ce pas les valeurs de la société en général ? Vivre pour le bien-être car la liberté et le prisme des possibles l'a permis, vivre dans l'instant car le destin se construit individuellement et en permanence, se replier tout en socialisant dans des contextes choisis en tant que substrats d'une atomisation radicale, intérioriser car le partage peut devenir une faiblesse et enfin afficher un goût du risque, être prêt à sacrifier, à s'exposer, pour obtenir le résultat escompté. Cette dernière dimension, essentielle à la compréhension des raisons profondes motivant des conduites de dépendance, l'est également dans la liaison supplémentaire à la question de l'amélioration, étant donné que dans l'éthique transhumaniste et dans une mesure plus nuancée mais néanmoins présente, de l'éthique libérale, le rejet de la finitude, l'excitation de l'inconnu et l'appel à une nature non-close, sont des principes fondamentaux. Quelles motivations pourraient donc pousser une personne à recourir aux techniques d'amélioration et ce, indépendamment des risques ? La réponse se trouve probablement également dans le culte de la performance et du résultat : il faut être bon, voire même « plus-que-bon », il faut être bien et même « mieux-que-bien », voilà pourquoi les risques importent peu si la promesse a une chance de réussir.

Nous avons vu que la problématique de l'amélioration ramène d'une façon ou d'une autre le débat vers cette question immémoriale visant à se demander ce qu'est l'homme, comment et de quoi se compose sa nature profonde. Pourtant, si l'on prend en considération le manque de consensus qui la frappe, on pourrait arriver à sa formulation technique prospective : quel type d'homme allons-nous construire ? Une construction de l'homme par l'homme qui, bien que longue et difficile, semble partiellement inéluctable. Si le processus ne pourra probablement pas être enrayé totalement, il conviendra cependant de déterminer son contenu, de décider où et comment doivent se déplacer les barrières, ce qui doit être protégé, banni ou vigoureusement encouragé. C'est bien là tout le rôle du cheminement éthique.

La question de l'amélioration technique de l'être humain, c'est l'expression même de la complexité postmoderne tout autant que le plus excitant défi de notre histoire en tant qu'espèce autonome.

²⁵ Valleur, Marc et Matysiak, Jean-Claude, op.cit., 2006, p.206