

CONCLUSION

Entre culture et politique L'espace problématique d'une anthropologie de la santé

Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin

Une double opération, de dévoilement et de critique, sous-tendait le projet de cet ouvrage. Reconnaître que la santé publique est un phénomène culturel et montrer comment elle construit son rapport aux autres cultures, c'était en effet prendre quelque distance par rapport à un monde qui paraît uniquement commandé par les savoirs et les progrès biomédicaux et par le souci supérieur, donc supposé unanimement partagé, de préserver et d'améliorer la vie humaine. Mais en l'appréhendant de la sorte, il ne s'agissait pas d'aller dans le sens de ceux qui, particulièrement en France, considèrent qu'il n'y pas assez de « culture de santé publique » : notamment pas assez de campagnes de prévention susceptibles de soutenir les gens dans leur quête de longévité et de rationalité, c'est-à-dire de leur inculquer, par l'information et l'éducation, des « changements de comportement et des saines habitudes de vie ¹ ». Car, le fait que l'on puisse en dénoncer le manque ou l'insuffisance, mais surtout le fait que les problèmes relatifs à la santé occupent de plus en plus la scène publique et médiatique, au point de redéfinir les rapports entre gouvernants et gouvernés constituent autant d'indices que nous évoluons désormais bien

1. Pour reprendre une formule de Raymond Massé dans *Culture et santé publique*, Montréal-Paris, Gaëtan Morin, 1995.

dans une culture sanitaire. Comme en témoigne le recours au principe de précaution qui, bien au-delà des politiques de prévention² adossées aux certitudes de la biomédecine et de l'épidémiologie, met à l'épreuve les capacités de jugement et de décision des gouvernants et de leurs experts dans des situations où le risque sanitaire ne représente qu'une possibilité non scientifiquement démontrée.

Les tensions historiques de la santé publique

Des fondations enfouies

Pour prendre la réelle mesure de cette culture de santé publique, qui ne saurait par conséquent se réduire ni aux « avancées » de la science ni à l'amélioration de la « rationalité » du sens commun, il aurait fallu, davantage que nous ne l'avons fait, revisiter cet espace mental qui s'est constitué au XVIII^e siècle en Europe, particulièrement en France, autour de l'idée de régénération³. Idée cardinale des Lumières où l'exercice bien compris de la Raison devait guider une entreprise tout à la fois physique, morale et politique et s'appliquer à une population particulière, en l'occurrence la population française, comme à l'espèce humaine en général. Qu'en la matière l'hygiénisme, la périculture, l'éducation des enfants aient été contemporains d'une requalification de l'Homme en termes de droits naturels, d'une condamnation des despotismes et de l'esclavage où qu'ils sévissent, indique assez bien l'unité d'ensemble de cet espace mental où les questions de santé collective étaient indissolublement liées à l'édification d'une nouvelle humanité et de nouveaux liens politiques.

De même aurait-il été nécessaire de poursuivre l'inventaire en s'attardant sur le siècle qui a suivi et qui, à rebours du mouvement des Lumières, a plutôt développé l'idée de dégénérescence⁴. Idée singulièrement moins rayonnante que la précédente qui a coïncidé avec la montée des nationalismes et des impérialismes européens, comme avec le développement de théories raciologiques et eugénistes, mais qui n'en a pas moins, à sa manière, relancé cette volonté régénérante du XVIII^e siècle et participé de l'édification de la santé publique. En

2. Voir notamment Pierre Lascoumes, « La précaution, un nouveau standard de jugement », *Esprit*, 1997, 237, p. 129-140.

3. Lire sur ce thème l'ouvrage de Mona Ozouf, *L'Homme régénéré. Essai sur la Révolution française*, Paris, Gallimard, 1989.

4. Se reporter à l'article de Marc Renneville, « De la régénération à la dégénérescence : la science de l'homme face à 1948 », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, 1997, 2, p. 7-19.

effet, avec l'émergence de nouvelles disciplines scientifiques et techniques administratives (bactériologie, anatomo-pathologie, statistique morale, médecine sociale, etc.), on évalua l'importance des maladies mentales, vénériennes, de l'alcoolisme, de la tuberculose, mais aussi les conséquences particulièrement délétères pour le monde ouvrier de leurs mauvaises conditions d'habitat et de travail, et l'on en déduisit que, sans de vigoureuses interventions de la puissance publique, le corps social courait immanquablement à sa perte.

De sorte qu'à l'appui de cet examen historique la culture de santé publique serait plus nettement apparue comme le produit de cet espace mental, polarisé autour des figures antithétiques et complémentaires de la régénération et de la dégénérescence, qui appartient en propre à la constitution de la modernité occidentale. Mais qu'aurions-nous exactement gagné à nous livrer à pareil exercice généalogique ? D'abord, la confirmation de l'idée que cette culture trouve son origine dans un réformisme à visée universaliste à partir duquel les pouvoirs politiques comme les savoirs scientifiques prétendaient œuvrer en tous domaines aux progrès de l'humanité. Que l'Organisation mondiale de la santé, dans sa charte fondatrice, ait pu définir la santé comme un « état global de bien-être physique, moral et social » et qu'elle ait affirmé vouloir faire advenir celui-ci partout dans le monde sous le leitmotiv « la santé pour tous en l'an 2000 », en constitue certainement, même sous cette forme pour le moins rhétorique (dont on a vu qu'elle était précisément un élément constitutif de la culture de santé publique), un point d'aboutissement particulièrement édifiant. Ensuite, et en contrepoint de cette irrésistible filiation, on aurait montré que la culture de santé publique, comme l'universalisme qui l'accompagne, a en quelque sorte besoin, pour fonctionner et pour se diffuser, de se donner des pôles négatifs, c'est-à-dire de construire des mondes particuliers (des nations, des classes, des colonisés, des races, et aujourd'hui des groupes à risque), contraires ou non conformes à ses idéaux, ses normes et ses savoirs, de manière à pouvoir agir sur eux et à les transformer. L'idée de dégénérescence appelant une impérative régénération fut précisément exemplaire de ce besoin de négativité, comme en France au XIX^e siècle où elle fructifia d'abord à l'adresse de la nation entière alors même que celle-ci était censée porter haut le flambeau de l'universel, mais également dans ses nouvelles conquêtes coloniales auxquelles elle servit abondamment de justification.

Deux récits de la modernité

Vue sous cet angle, la culture de santé publique se présente moins comme l'une des composantes centrales d'un grand récit progressiste sur lequel a pu s'établir un large consensus que comme un système de pensée et d'action qui a partie liée avec la puissance et avec la domination⁵. C'est précisément ce que voulut dire Michel Foucault en pointant le déploiement en Europe, depuis le XIX^e siècle, d'un biopouvoir, c'est-à-dire d'un ensemble de technologies de gouvernement qui visait à discipliner les corps (anatomo-politique) et à réguler les populations (bio-politique)⁶. Biopouvoir qui, au-delà de l'affichage humaniste d'une volonté de travailler à la réalisation du bien commun, conduisit à une médicalisation et à une normalisation croissantes de la vie individuelle et collective. Ces phénomènes, essentiellement décrits pour le monde occidental, prirent en terres coloniales un tour encore plus explicite, puisque la question de la régénération des races indigènes, notamment par la mise en œuvre d'une médecine de masse et de programmes de lutte contre les grandes endémies⁷, fut directement liée à des pratiques d'infériorisation et de soumission, c'est-à-dire à la constitution de rapports politiques spécifiques où le colonisateur s'installa dans la position du fort assignant aux colonisés le rôle du faible par l'imposition de ses savoirs médicaux et de ses contrôles sanitaires. Finalement, la culture de santé publique serait assez nettement apparue comme une vaste entreprise d'acculturation menée par les États occidentaux à l'endroit de leurs propres populations, comme à celui de leurs indigènes d'outre-mer, mêlant à des doses variées techniques de contrainte et techniques de persuasion.

Qu'à ce compte elle ait eu quelques difficultés à s'imposer, qu'elle ait fait l'objet de multiples résistances populaires, voire qu'elle n'ait été qu'une utopie régulièrement contrariée⁸, requérant du même coup des appels toujours plus pressants au développement d'une véritable culture de santé publique, ne devrait avoir rien pour surprendre. Car, par les échecs ou les obstacles rencontrés, elle ne ferait précisément que révéler ce qui, en elle, semble procéder, non d'un

5. Sur cette histoire longue et ses contradictions, on peut se référer au livre de Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, 1996.

6. Thèse développée, comme on le sait, dans la célèbre dernière partie de son *Histoire de la sexualité*, I. *La volonté de savoir*, Gallimard, 1976.

7. Une description de ces pratiques est donnée dans l'article de Jean-Pierre Dozon, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*, 1985, 5 (3-4), p. 543-546.

8. En reprenant l'expression de Lion Murard et Patrick Zylberman, *L'Hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée, 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996.

discours humaniste susceptible de susciter un large consensus, mais d'un rapport politique où la figure d'un « sujet rationnel », soucieux de sa santé, serait avant tout celle d'un sujet normalisé.

En regard de cette lecture, une autre vision de l'histoire occidentale s'est édifiée, à la fois proche et contradictoire, inscrivant les transformations sociales des derniers siècles dans un « procès de civilisation », dont Norbert Elias s'est attaché à montrer les cheminements et les logiques complexes⁹. Vision proche de la précédente en ce qu'elle se situe dans une temporalité longue et dans une approche structurelle du changement social, les mécanismes de contrainte sociale et d'auto-contrainte déplaçant sans les contredire les phénomènes de normalisation et de discipline de soi. Mais vision contradictoire également, en ce que l'horizon de pacification du monde qu'elle se donne, même si l'analyse éliásienne récuse par avance tout raisonnement téléologique, suggère un regard plus positif, voire plus optimiste sur les mutations en cours. Pour autant, dans une telle approche, les progrès scientifiques et les avancées médicales n'entrent pas en ligne de compte dans l'interprétation. Il s'agit bien de processus sociologiques dans lesquels se trouvent mis en relation, d'un côté, la légitimité croissante de l'État comme détenant le monopole de la régulation sociale, et de l'autre, l'intériorisation toujours plus grande de valeurs privilégiant la maîtrise de soi.

Le discours de la santé publique trouve ici sa place, non en tant qu'il fonderait de nouveaux modèles de comportements visant à améliorer la situation sanitaire, mais en tant qu'il rationaliserait *a posteriori* des modifications des pratiques et des relations sociales engagées dans des transformations plus globales de la société¹⁰. Autrement dit, la santé publique serait d'autant mieux associée au mouvement des sciences et de la démocratie qu'elle relaierait, en les élargissant à sa manière, ces processus d'hétéro- et d'auto-contrôle des pulsions et des affects qui avaient été antérieurement amorcés. De ce point de vue, le fait par exemple de ne plus fumer pourrait non seulement s'interpréter comme une intériorisation de ce que nous dit l'épidémiologie quant au risque de cancer ou d'accident cardio-vasculaire, mais aussi, et peut-être surtout, comme une façon de cesser aussi bien de se faire violence que de faire violence à autrui. De la même façon, l'action humanitaire et la manière dont elle s'empare de la souffrance humaine

9. Dans les deux tomes de *Über den Prozess der Zivilisation*, traduits en français : *La Civilisation des mœurs* et *La Dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1973 et 1975 (1^{re} édition 1939).

10. Thèse développée notamment par Patrice Pinell dans « Modern medicine and the civilising process », *Sociology of Health and Illness*, 1996, 18 (1), p. 1-16.

dans l'espace public en intervenant dans des situations de famine, de catastrophes ou de guerre, travaillerait en fait à l'approfondissement des droits de l'homme par la reconnaissance d'un « droit naturel des victimes ¹¹ » susceptible d'autoriser la communauté internationale à mettre en cause la souveraineté des États qui font violence à leurs populations.

L'anthropologie comme critique de la santé publique

Entre ces deux versions de notre modernité et leurs implications en termes d'engagement dans l'espace social, l'anthropologie de la santé publique semble se trouver confrontée à un difficile dilemme. Doit-elle participer par son expertise savante d'un mouvement qui vise à produire de saines habitudes de vie, tout en y instillant de plus en plus de la responsabilité et du droit, ou bien adopter la position inverse en se faisant peu ou prou le porte-parole de tout ce qui résiste à un monde discipliné et le témoin vigilant des moments où ce monde ne protège la vie que pour la réduire à sa pure expression biologique ? Plutôt que de trancher entre les deux positions, dont on conçoit qu'ainsi formulées elles tendent à faire prévaloir un discours normatif sur une approche analytique, nous voudrions suggérer une forme de dépassement ou plus exactement de déplacement qui prendrait une double direction, plus conforme, nous semble-t-il, à l'exigence de distanciation critique qui est la sienne.

Vers un déplacement des objets de la critique

D'une part, il s'agira moins de s'interroger sur les bienfaits ou les périls de la santé publique que sur les conditions de sa mise en œuvre, les logiques qui la sous-tendent et les effets qu'elle produit. Ainsi, il est certainement oiseux de se demander si l'accès universel aux soins médicaux et aux programmes préventifs est souhaitable, mais il est en revanche crucial d'examiner la manière dont il se réalise concrètement dans les politiques nationales et internationales de santé publique. Que l'on considère le coût prohibitif des antirétroviraux dans les pays africains où vivent pourtant la majorité des personnes infectées par le virus du sida, le renoncement général au traitement des tuberculoses multirésistantes aux antibiotiques dans les milieux défavorisés ou l'abandon par les firmes pharmaceutiques non

11. Comme l'écrit François Ewald dans « Droit naturel des victimes », in Mario Bettati et Bernard Kouchner (éds), *Le Devoir d'ingérence. Peut-on les laisser mourir ?*, Paris, Denoël, 1987.

seulement de la recherche mais également des molécules elles-mêmes permettant le traitement de certaines endémies touchant des populations non solvables du tiers-monde, on constate qu'en contradiction avec l'invocation d'un droit universel au bien-être, les institutions et les agents de la santé publique recourent de fait à des procédures d'évaluation qui fonctionnent selon des échelles de valeur implicitement différenciées entre les hommes. La question de l'accès aux médicaments ne joue d'ailleurs ici que comme le révélateur d'une réalité plus large et plus préoccupante encore, à savoir les disparités des conditions structurelles d'existence qui déterminent, par la médiation de la pauvreté, de la violence, de l'absence d'éducation, de la précarité du quotidien, des niveaux très éloignés d'espérance de vie¹². À cet égard, on ne saurait considérer les inégalités observées dans les taux de mortalité ou de morbidité entre les nations ou entre les classes simplement comme des différences quantitatives se mesurant par des écarts de durée de vie moyenne : elles traduisent aussi des différences qualitatives s'appréciant en fonction de la valeur de la vie humaine implicitement produite. C'est dire, par conséquent, qu'avant de reprendre à son compte la dénonciation de la normalisation ou de la médicalisation ou, à l'inverse, l'apologie des progrès de la science et de la démocratie, l'anthropologie se doit de partir du constat que, parmi tous les droits de l'homme dont notre époque est si prolifique¹³, le droit à la santé est sans doute celui qui demeure le plus rhétorique, lorsque l'on se situe à l'échelle planétaire.

D'autre part, il s'agira aussi de moins s'interroger sur les dangers de l'idéologie ou les insuffisances de l'utopie dont on accuse tour à tour la santé publique que sur la signification du transfert symbolique et politique qui s'opère aujourd'hui sur les objets sanitaires. Que l'on s'intéresse à la manière dont certaines maladies infectieuses, du sida à l'encéphalopathie spongiforme bovine, sont devenues des affaires d'État et même d'États, à la façon dont les collectivités territoriales s'emparent de questions de santé, telles que le saturnisme infantile et les infections virales, afin de se saisir de problèmes de société jusqu'alors délaissés, comme le logement des immigrés et la souffrance des toxicomanes, ou plus généralement à la place qu'occupent les enjeux sanitaires dans le règlement des rapports locaux ou des relations internationales, on ne peut que constater que le gouvernement

12. Comme le montre Paul Farmer dans *Infections and Inequalities. The Modern Plagues*, Berkeley, University of California Press, 1999.

13. Phénomène dont Hannah Arendt a fait la critique dans le dernier chapitre de son ouvrage *Les Origines du totalitarisme. 2. L'impérialisme*, Fayard, 1982 (1^{re} édition 1951).

des corps est devenu une réalité incontournable des sociétés contemporaines. Le contraste de cette observation avec celle faite précédemment sur la relative inefficacité de la santé publique suggère que ce à quoi l'on assiste relève moins de l'avènement d'un dispositif de biopouvoir que de l'extension d'un régime de biolégitimité¹⁴. Le domaine sanitaire, s'il manifeste de plus en plus sa présence dans l'espace public, ne se traduit pas par une puissance accrue de ses divisions, mais par une reconnaissance croissante de ses objets et des actions qui s'en réclament. Ainsi la gouvernementalité tend-elle à procéder par une régulation de la vie biologique, ou mieux encore de la vie nue, telle qu'elle se manifesterait par des taux de mortalité ou de morbidité, au détriment de l'expression d'une vie sociale, ou politique, celle d'un citoyen qui serait libre de donner une autre signification à son existence que sa longévité physique¹⁵. Sous cet aspect, l'anthropologue mettrait moins en cause les bénéfices de la santé publique que son bien-fondé en regard d'autres définitions possibles de ce qu'est un être humain, non réductible à la mesure d'une espérance de vie.

Pour une anthropologie politique de la santé

En prenant ainsi d'abord à son compte le problème des inégalités inscrites dans les corps et du sens de l'action sanitaire, l'anthropologie de la santé opère un singulier déplacement en se démarquant notamment d'une anthropologie médicale ou d'une ethnomédecine qui avaient pour vocation première de rendre raison à d'autres types de savoirs médicaux, à d'autres manières d'expliquer et de soigner la maladie, de surcroît volontiers énoncée au singulier. Certes, les médecines, savantes ou populaires, de tradition écrite ou orale, utilisant les plantes ou recourant à la divination, qu'ont produites les sociétés non occidentales, font-elles beaucoup mieux que résister à l'expansion de la biomédecine avec laquelle elles entrent en concurrence et inventent-elles des formes inédites de bricolages empiriques ou de syncrétismes symboliques¹⁶. Certes, des médecines, alternatives ou douces, d'origine lointaine ou proche, se référant à des corpus anciens ou à des innovations récentes, se sont-elles multipliées avec succès dans

14. Selon l'expression proposée par Didier Fassin dans « Politique des corps et gouvernement des villes », in *Les Figures urbaines de la santé publique*, La Découverte, 1998, p. 7-46.

15. On retrouve bien entendu ici la distinction aristotélicienne entre *zoé* et *bios* développée par Giorgio Agamben dans *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Seuil, 1997 (1^{re} édition 1996).

16. Les « tradipraticiens » en constituent l'idéal-type, ainsi que l'a montré Jean-Pierre Dozon dans « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique africaine*, 1987, 28, p. 9-20.

le monde occidental, y compris dans l'exercice des praticiens de la biomédecine¹⁷. Les savoirs médicaux ne sont pas seuls en lice et nombre de mouvements religieux, ici charismatiques, là messianiques, font de la guérison la résultante banalement fabuleuse de la prière et du miracle. Sans doute, un tel foisonnement thérapeutique, qui met en cause aussi bien le désenchantement du monde que sa médicalisation, fournit-il une riche matière à la recherche anthropologique, qu'elle se dise médicale ou religieuse. Mais le risque est malgré tout grand pour elle de n'y voir que l'expression baroque d'une certaine postmodernité ou la concrétisation d'un relativisme culturel qui rendrait équivalents le médecin et le guérisseur, l'antirétroviral et la prière de délivrance¹⁸. Car, à suivre cette pente, on se mettrait en situation d'occulter tout ce qui fait que ces équivalences n'opèrent en réalité que sur fond d'inégalités et de dissymétries croissantes.

Dans ces conditions, que les populations du tiers-monde soient de plus en plus réceptives à une interprétation sorcellaire, diabolique ou fataliste de la réalité constitue une façon somme toute assez cohérente d'en exprimer la vérité, l'imaginaire ainsi mis en jeu n'étant au fond qu'une manière toute pragmatique de la rendre à la fois pensable, supportable et possiblement modifiable¹⁹. Mais cette vérité est à l'évidence corrélatrice d'une autre, à savoir que le succès grandissant des religions de guérison est à la mesure de l'extension de la pauvreté et inversement proportionnel aux moyens mis en œuvre pour tenter de la freiner. On conviendra donc que l'anthropologie de la santé ne peut se dispenser de mettre en relation ces divers ordres de réalité²⁰, se gardant du même coup d'un relativisme moral qui, par respect ou par souci de valorisation de l'altérité, oublie trop souvent d'en contextualiser les modes réels d'existence et de repérer les processus inégalitaires de grande ampleur qui y sont concrètement à l'œuvre.

Politique, l'anthropologie de la santé, telle que nous avons essayé de la défendre et de l'illustrer dans cet ouvrage, devrait donc l'être doublement.

17. L'atteste l'enquête de Françoise Bouchayer, « Les voies du réenchantement professionnel », in *Les Métiers de la santé*, Pierre Aïach et Didier Fassin (éds), Anthropos, 1994, p. 201-226.

18. Ce que l'on trouve, par exemple, sous la plume de Tobie Nathan et Isabelle Stengers, dans *Médecins et sorciers*, Les empêcheurs de penser en rond, 1995.

19. Ainsi que l'écrivait Louis Althusser dans « Idéologie et appareils idéologiques d'État », in *Positions*, Éditions sociales, 1976.

20. Comme le font Michael Taussig dans *Shamanism, Colonialism and the Wild Man. A Study in Terror and Healing*, Chicago, University of Chicago Press, 1987, et Nancy Scheper-Hughes dans *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley, University of California Press, 1992.

Plutôt que de se focaliser sur une critique de la médicalisation ou de l'hégémonie planétaire de la biomédecine, elle en constate au contraire l'inégale distribution, et, du même coup, s'interroge sur les conditions effectives d'un *droit* à la santé. Elle est en cela moins prompte qu'une certaine anthropologie médicale à relativiser ce droit au motif que la santé comme les faits de maladie ressortiraient au premier chef à des systèmes de pensée et des arts de soigner. Non, bien sûr, parce qu'elle prétendrait dénier, par volonté d'imposition des systèmes biomédicaux, à des médecines autres le droit d'exercer et à leur clientèle celui de les fréquenter. En aurait-elle, du reste, ne serait-ce que l'intention, qu'elle se heurterait déjà à cette évidence massive que ces médecines ne cessent au contraire de se réinventer et de s'assortir entre elles, y compris dans les pays où la biomédecine occupe une position forte et dominante. Bien plutôt, en assumant l'universalité du droit, l'anthropologie de la santé entend simplement souligner que ceux pour lesquels on réclame le droit au relativisme sont généralement aussi des pauvres, des dominés, voire des exclus. Elle énonce ainsi que la défense des cultures et des alternatives qu'elle propose à la biomédecine ne saurait occulter l'accroissement manifeste des inégalités devant la maladie et la mort et que seule, précisément, la référence persistante à un droit universel peut mettre en cause.

Mais, dans le même temps, l'anthropologie de la santé se veut tout aussi politique en prenant ses distances à l'égard de processus qui convergent vers l'assignation d'un *devoir* de santé. Sous cet énoncé, elle ne prétend évidemment pas contester l'idée de prévention, établissant au contraire que cette idée participe d'un invariant cognitif propre à l'ensemble des sociétés et des cultures historiques. Elle vise bien plutôt à dire que, sous sa forme moderne, celle-là même qui s'efforce d'occuper tout le champ de la santé publique au travers d'une acculturation des comportements et des consciences, la prévention constitue tendanciellement un mode de subjectivation exclusif de tout autre. Car, dans la mesure où elle s'appuie désormais sur les savoirs des disciplines biomédicales, au demeurant évolutives, les techniques de soi qu'elle cherche à généraliser participent d'une science normative qui, en s'appliquant au monde de la vie, tend à en réduire les multiples formes d'expression. Mais tout autant que l'immanence de ces vérités scientifiques au nom desquelles on prétend transformer les comportements, c'est leur raison d'être qu'il s'agit de mettre en cause, dès lors que dans l'imposition de la santé publique comme bien commun et comme principe supérieur la signification même

de l'expérience humaine se trouve posée. Une signification que l'on ne peut rabattre sur la seule dimension biologique ou physique de l'existence et à laquelle il s'agit d'incorporer la vie en tant qu'elle est, précisément, politique.

J.-P. D., D. F., août 2001.