

## **Théories voyageuses. Foucault, Grant, la Chine et la régionalisation des soins de santé**

David Paul Lumsden

Volume 20, numéro 1, 1996

Savoirs et gouvernementalité

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/015394ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/015394ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (imprimé)

1703-7921 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lumsden, D. P. (1996). Théories voyageuses. Foucault, Grant, la Chine et la régionalisation des soins de santé. *Anthropologie et Sociétés*, 20(1), 27–58. <https://doi.org/10.7202/015394ar>

Résumé de l'article

Théories voyageuses

Foucault, Grant, la Chine et la régionalisation des soins de santé

Actuellement, de nombreux gouvernements aux prises avec une crise fiscale cherchent des moyens de limiter et de restructurer les services de soins de santé offerts à leurs citoyens. Cet article présente les positions à ce sujet de deux penseurs : Michel Foucault (sur la sécurité sociale) et le Dr John Black Grant de la Fondation Rockefeller (sur la régionalisation des soins de santé), dont les travaux sont considérés comme des « théories voyageuses ». En effet, il est indispensable d'étudier les vicissitudes spatiales et temporelles du savoir pour mieux comprendre les usages et les effets du savoir scientifique. La première partie présente des réflexions que fit Foucault peu avant sa mort sur l'État-providence et les processus décisionnels démocratiques. La deuxième traite Foucault comme une marchandise intellectuelle en transit, notamment en Chine. Dans la troisième partie, l'auteur examine la contribution de Grant aux politiques et aux pratiques de santé en Chine et ailleurs et montre la convergence entre son projet de décentralisation et celui que propose Foucault (mais qui est moins détaillé). La vision qu'avait Grant de la régionalisation visait à promouvoir la réalisation d'une société civile; en termes foucauldien, il s'agit d'un exercice de gouvernementalité à l'intérieur d'une nouvelle « technique du soi », qui peut devenir une « pratique de liberté ».

Mots clés : Lumsden, santé, régionalisation, théorie, Foucault, Grant, Chine.

# THÉORIES VOYAGEUSES

## Foucault, Grant, la Chine et la régionalisation des soins de santé<sup>1</sup>



David Paul Lumsden

---

Cet article explore le commerce international du savoir à travers une étude des aléas de la marchandise intellectuelle *Foucault*, notamment en Chine; j'attire aussi l'attention des lecteurs sur les remarques de Foucault à propos de la nécessité de repenser les « stratégies de santé » et l'organisation des soins de santé. Ce texte s'inscrit dans le contexte de mes recherches sur les activités transnationales de la Fondation Rockefeller et du réseau de l'Université Johns Hopkins dans le domaine de la santé et des soins biomédicaux depuis le début du siècle jusqu'aux années 1960, ainsi que sur leurs effets et conséquences. Mais dans cet article, je mets surtout l'accent sur la résonance très actuelle — en Amérique du Nord comme ailleurs — de l'idée maîtresse d'un médecin œuvrant pour la Fondation Rockefeller, le Dr Grant, à savoir la « régionalisation » ou « décentralisation » des services de santé, comprise comme ensemble de discours et « régime de pratiques ».

### Michel Foucault et le souci des populations

Au fil des années, et en partie parce que Foucault était une sorte de « métis » interdisciplinaire (Jones et Porter 1994 : 7), ses travaux ont fait l'objet de nombreuses critiques, par exemple à propos de son eurocentrisme, de son manque d'attention au point de vue des femmes, de ses erreurs historiques, etc. Ces critiques varient en ton et en qualité; plusieurs sont sérieuses et productives (par exemple Bevis, Cohen et Kendall 1993; Gutting 1994; Said 1983, 1986, 1994a; Spivak 1988; Zhang 1988 et certains chapitres de Goldstein 1994 et Jones et Porter 1994), d'autres originales mais décevantes (Dean 1994) et certaines acides (Eagleton 1990; voir la réponse de Tang 1991 : 299, note 28); celle de Paglia est pathétique et carrément minable (1994; mais elle avait fait un effort plus sérieux en 1991). La façon dont Foucault utilisa certains concepts étroitement associés à son nom fut soumise à des analyses sans pitié, comme celle de Freundlieb (1994) à propos du concept de discours et celle de Sangren (1995) dans le cas du pouvoir (Said l'avait déjà fait dans 1983 : 244-247; voir aussi Giddens 1995).

---

1. Merci beaucoup à Marie-Andrée Couillard et à Florence Piron de m'avoir invité à participer à ce numéro. Tous mes remerciements aussi à Florence Piron à la fois pour sa traduction et pour sa gouvernementalité sur mon texte.

Said (1984 : 4-5) identifie trois phases dans la manière dont Foucault traita la notion de savoir au cours de sa carrière : un engagement enthousiaste pour le savoir dans les années 1960, une prise de distance et une hostilité grandissante à son endroit au début des années 1970 alors que dans la dernière décennie de sa vie, « knowledge has clearly been transformed into an antagonist ». Toutefois, dans ses derniers textes, Foucault indiqua lui-même qu'il existait une continuité dans l'ensemble de son travail (1988 : 784-786; voir aussi 1984a, 1984b, 1984c; voir Jones et Porter 1994 : 48). Dans un passage plus personnel, il explique qu'il a voulu comprendre les « techniques spécifiques que les hommes utilisent afin de comprendre qui ils sont » (Foucault 1988 : 784); il précise ensuite que « ces techniques se répartissent en quatre grands groupes [...] 1) les techniques de production [...]; 2) les techniques de systèmes de signes [...]; 3) les techniques de pouvoir [...]; 4) les techniques de soi » (Foucault 1988 : 785). Dans cette discussion, il indique que son travail a peut-être « trop insisté sur les techniques de domination et de pouvoir. [Maintenant, il s']intéresse de plus en plus à l'interaction qui s'opère entre soi et les autres, et aux techniques de domination individuelle, au mode d'action qu'un individu exerce sur lui-même à travers les techniques du soi » (1988 : 785).

Ce nouvel intérêt indique qu'il avait alors reconnu la possibilité de la construction culturelle du soi et laisse entrevoir une ouverture dans sa pensée pour la notion de capacité humaine d'agir<sup>2</sup> (*agency*), de citoyenneté et peut-être même de « résistance » (1978a, 1984a). Alors que, dans ses premiers travaux, il évoquait la naissance, dans l'Europe du 18<sup>e</sup> siècle, d'une « technique de la population » qui constitua la santé publique et la promotion de la santé en discours et en pratiques à l'intérieur d'une « "police" générale de la santé » (1976a : 17; voir 1963 : chapitres 2 et 3; 1978b et 1976b sur le biopouvoir), il se mit plus tard à s'intéresser à l'« art » ou à la technique du gouvernement, à la gouvernementalité et aux domaines de conduites, à la façon dont « le gouvernement de soi s'intègre à une pratique du gouvernement des autres » (Foucault 1984a : 670; voir aussi 1978b, 1984b et 1984c; Burchell 1991; Gordon 1991).

Pour ce dernier Foucault, il existe une « série [soi]-sécurité-population-gouvernement » (1978 : 635 et 655), c'est-à-dire une connexion très étroite, mutuellement constitutive et bienveillante entre ces termes (voir Burchell 1991 : 48). La notion de gouvernementalité est bien plus riche de conséquences que celles d'espace et de pratiques disciplinaires ou panoptiques qu'il privilégiait auparavant. Elle manifeste, selon moi, un authentique « souci » pour la population et une appréciation plus nuancée et explicite, de la part de Foucault, des devoirs et des responsabilités de l'État envers la santé et le bien-être de ses citoyens (on retrouve ici de véritables relents de « contrat social »). Si l'État assure une sécurité sociale, cela implique qu'il a une responsabilité et que les citoyens ont des droits et peuvent faire des choix.

Dans une entrevue que donna Foucault en 1983, il explique que « le fait "santé" est un fait culturel au sens le plus large du terme, c'est-à-dire à la fois politique, économique et social, c'est-à-dire lié à un certain état de conscience

2. Voir aussi ce qu'en disent Goldstein (1994 : 110-111) et Szokolczai (1994).

individuelle et collective » (1983 : 381). Par conséquent, la définition propre à une culture des normes et des « besoins de santé », la machinerie de la sécurité sociale et la nature, perçue et sentie, de la relation de l'individu avec le gouvernement ou l'État, se transforment au cours de l'histoire d'un « corps social » (1983 : 371). Idéalement, l'appareil de la sécurité sociale doit offrir un juste appui à tous les membres d'une société sans créer de dépendance nuisible ni imposer une marginalisation sociale ni exposer les gens à des risques pour leur santé : un degré de « réelle autonomie » devrait être permis ou négocié par « chacun [...] par rapport à des dangers et à des situations qui seraient de nature à l'inférioriser ou à l'assujettir » (1983 : 368). Les risques pour la santé seraient l'objet de choix, de compromis et d'accommodements. L'« objectif », pour Foucault, est « une couverture sociale optimale conjugée à un maximum d'indépendance » (1983 : 372); toutefois, cette position privilégie un soi culturel égocentrique et néglige les systèmes et modèles sociocentriques. Foucault affirme qu'en fait, les individus doivent avoir un véritable « droit d'accès à [des] "moyens de santé" » sociétaux (1983 : 377). Cependant, ce droit humain et la gouvernementalité des soins ne sont pas « indéfinis » ni illimités : les « besoins » perçus et ressentis peuvent épuiser les ressources limitées qui sont disponibles localement ou au niveau du gouvernement et qui permettent de dispenser les soins et de promouvoir la santé de la population ou de la communauté. En raison de l'augmentation de la demande et de la crise économique, ainsi que du manque concomitant « d'instruments intellectuels » pour résoudre le problème (1983 : 373), cet « appareil fait pour assurer la sécurité des gens dans le domaine de la santé a [du moins en France] atteint un point de son développement où il va falloir décider que telle maladie, que tel type de souffrance ne bénéficieront plus d'aucune couverture » (1983 : 378); ce qui est évoqué ici est la constitution d'une nouvelle « normalité » et de nouvelles pratiques en rapport avec une nouvelle définition de la santé, d'un accès limité aux soins et de l'exposition personnelle et collective à certains risques (1983 : 378-379).

Une telle situation entraîne des compromis au plan personnel et au plan des politiques publiques. On peut espérer que cette redéfinition et cette restructuration ne prendront pas la forme d'un « rationnement » grossier et imposé, mais seront plutôt l'amorce d'une nouvelle « stratégie de santé » (1983 : 378), « qui devrait être l'effet d'une espèce de consensus éthique » (1983 : 380), de décisions prises localement, de façon active et démocratique. Foucault n'est pas certain de la manière dont ce consensus pourrait se réaliser. Il préfère clairement que le « nuage de décisions » qui s'ensuivrait ne soit pas décrété par un « comité de sages », et ne devienne pas un système de règles strictes, bureaucratiques et indifférentes. Il préférerait plutôt un processus décisionnel qui « soit aussi représentatif que possible d'un certain état de la conscience des gens, c'est-à-dire de la nature de leur demande et de ce qui peut faire l'objet d'un consentement de leur part » (1983 : 380). Le consensus qui en résulterait produirait des décisions qui seraient « acceptables, même si tel ou tel proteste et regimbe » (1983 : 380).

Foucault cherche des réponses pouvant conduire à une nouvelle approche de la sécurité sociale des collectivités à une époque de contraintes fiscales, comme c'est le cas pour nombre de nos gouvernements aujourd'hui; mais il se sent seulement capable de déplorer la situation : « on peut se demander à présent quels

seront les foyers d'où pourront sortir des nouvelles formes d'analyse, des cadres conceptuels nouveaux » (1983 : 373). Pourtant, il existe depuis longtemps au moins un modèle pertinent de politique et de pratiques de santé, que d'ailleurs Foucault commence ironiquement à réinventer dans cette entrevue de 1983 : le modèle de régionalisation proposé par John Black Grant (1890-1962), un médecin canadien longtemps employé par la Fondation Rockefeller. Ce modèle se fonde sur celui que prône un rapport anglais de 1920 (le rapport Dawson), que Grant avait découvert pendant ses études à l'Université Johns Hopkins. Il l'avait affiné ensuite pendant ses années de pratique en santé publique en Chine, en Inde et à Porto Rico et l'avait recommandé au reste du monde en dépit des résistances de l'Association médicale américaine à ce qu'elle considérait être une médecine « socialisée »...

Mais avant de présenter le modèle de Grant — pour en montrer ensuite les points de convergence avec la position de Foucault en 1983 —, je vais aborder une question qui concerne ces deux auteurs. Je considère ici les idées de Grant et de Foucault comme des marchandises intellectuelles qui font aujourd'hui partie d'un commerce international du savoir mais aussi, dans le cas de Foucault, d'un commerce interdisciplinaire. Leur pensée a été proposée dans différents « emballages » (incomplets et brouillons, voir Said 1983 : 241-242) à plusieurs consommateurs potentiels, dont les besoins sont variés et l'obédience politique diversifiée. Comme la pensée de ces deux hommes a voyagé en Chine (et bien sûr en Amérique du Nord), c'est là le terrain que j'explore dans la partie suivante de mon enquête qui porte sur la marchandise *Foucault*.

### ***Foucault, théorie voyageuse***

En utilisant les expressions « théorie transplantée » ou « théorie voyageuse », Said (1983 : chapitre 10; 1994a : 321) fait référence à la nature diasporique, aux carrières et aux effets des « savoirs », de même qu'aux conditions et aux conséquences du retour de ces théories dans leur patrie d'origine, celle qui les avait exportées (voir aussi Clifford 1989; Zhang 1992; Foucault 1968; Jameson 1993 : 4). Ce commerce local et global du savoir demande à être analysé et compris en profondeur. Les usages et les effets sociaux d'un savoir scientifique doivent être visualisés, évalués, négociés, « indigénisés » ou « contrés » dans le contexte de ses vicissitudes et de son histoire, dans l'espace comme dans le temps. Ses voyages doivent être repérés; ses sources de financement, ses agents de change et ses « porteurs » doivent être identifiés, et les bagages qui l'accompagnent doivent être déballés et scrutés. Alors seulement les usages et les effets du savoir pourront être mieux ou enfin compris et on pourra agir en conséquence.

Said nous donne comme principal exemple le traitement réservé à la pensée du théoricien hongrois Georg Lukács par son « disciple » Lucien Goldmann à Paris puis, via Goldmann, par Raymond Williams à Cambridge, à savoir une mise en sourdine, une « domestication » et une dégradation; ce traitement a été différent selon la situation historique et sociale spécifique de ces penseurs<sup>3</sup>. Said affirme

3. Les commentaires sur la réception de Kant en France et en Chine par Hesse (1994), Li Zehou (in Liu 1992) et Liu (1993) sont également pertinents à cet égard.

ensuite que la pensée de Foucault a été sujette à une semblable « dégradation systématique de la théorie » (1983 : 243-245), l'objet de cette attaque étant Ian Hacking. Il distingue alors, bien que de façon sommaire, quatre étapes au sein du « mouvement » de toute théorie voyageuse (1983 : 226-227; comparer avec Lumsden 1992-1993b et 1995).

Jones et Porter (1994 : 182) ont insisté sur l'importance de faire un « examen comparatif systématique » de la réception accordée à la pensée de Foucault par différentes « écoles nationales ». En utilisant le vocabulaire de la théorie de la réception (voir Lumsden 1995; Wang 1991a, 1991b et 1993), Holub (1992) et surtout Dinges (1994) ont étudié l'importation et le commerce de *Foucault* en Allemagne. Dans le milieu universitaire américain, Paglia (1991 : 210, 214) a attaqué « the Parisian import craze of the Seventies », qui a amené là-bas *Derrida*, *Foucault* et *Lacan*. Notons que Foucault lui-même a voyagé et a donné des conférences en dehors de l'Europe, en Tunisie, en Amérique du Nord, au Brésil (cinq visites) et au Japon lors de deux voyages.

Foucault s'est toujours intéressé à la culture japonaise et, notamment à la fin de sa vie, au bouddhisme zen (Macey 1993 : 146, 237, 399-400); mais son intérêt relève de l'« orientalisme » décrié précisément par Saïd (1979). Pour Foucault, « the Orient is for the West all that the West is not, even though it is there that it must seek its primitive truth » (cité in Macey 1993 : 146); d'où l'ironie imprévue de la comparaison positive que fait Saïd (1983 : 222-223) entre les analyses foucauldienne du discours du système carcéral et celles de l'orientalisme ! En fait, l'imaginaire oriental comme expérience-limite de la raison occidentale structure et imprègne l'*Histoire de la folie* (Foucault 1961; voir Macey 1993 : 146; Spivak 1988 : 281)<sup>4</sup>.

Toutefois, le Japon et la Chine sont deux mondes différents. Comme le raconte Macey (1993; voir Foucault 1972, Sartre 1972), le Foucault des années 1960 et du début des années 1970 accepta certes de travailler aux côtés des maoïstes français dans certains cas, mais garda toujours ses distances. De plus, selon son partenaire Daniel Defert (in Miller 1993 : 58; voir Sartre 1975 : 62), Foucault « scorned the widespread infatuation with Communist China » en France et refusa d'accompagner Defert à Beijing pendant la révolution culturelle. Mais si Foucault refusa d'aller en Chine, *Foucault* s'y rendit plus tard.

Les rencontres de la Chine avec les théories venues de France sont particulièrement intéressantes<sup>5</sup>; pourtant, les implications, les conséquences et les

4. Zhang (1988) attaque l'orientalisme de Foucault dans *Les mots et les choses* (1969) mais semble ignorer qu'il s'était manifesté dans des ouvrages antérieurs.

5. Il est évident que la « Chine » et la « France » ont été et sont simultanément en transaction coconstitutive avec d'autres participants au système-monde. Les deux ne sont pas non plus des « notions unitaires » allant de soi (Spivak 1988 : 291); pour les différences à l'intérieur de « la » Chine, voir Gladney (1991, 1994). L'histoire complète des activités de la Fondation Rockefeller en France ou en relation avec la France mérite qu'on s'y arrête (voir Nowell 1994). Ainsi, la Fondation appuya financièrement une campagne de santé publique contre la tuberculose pendant la Première Guerre mondiale; des restes de cette « malheureuse » expérience furent plus tard utilisés dans l'éducation publique au Québec (Farley 1994; voir aussi Fee 1987 à propos de la carrière de Farrand).

résonances constitutives de cette situation historique ont été négligées par Zhang (1992) qui met surtout l'accent sur l'attitude très sélective des Chinois envers ces marchandises occidentales, comme ce fut le cas, par exemple, avec les appels de l'écrivain réputé Yue en faveur d'une « empoignade » prudente. Mais ce n'est là que de la continuation au 20<sup>e</sup> siècle du mouvement d'auto-renforcement du siècle dernier (voir Liu 1992 : 39; Spence 1990), dont relève le modèle « trier et sélectionner » de Yue (1993; voir Wang 1993 : 12; Liu 1993). L'insistance extrême de Zhang sur une seule des parties impliquées dans ces transactions perpétue la mise à distance et l'éloignement dont, précisément, il se plaint : « China and the West — need we be reminded once again ? — are two different worlds » (1992 : 120).

Mais *Foucault* ne devint pas une marchandise intellectuelle en circulation entre « deux mondes » sans qu'il n'y ait eu auparavant des contacts, des événements communs ou des chimères partagées; *Foucault* ne fut pas non plus le produit le plus marquant ou le plus apprécié parmi les importations chinoises récentes. En effet, différents types de contacts entre la Chine et la France ont eu lieu depuis plusieurs siècles. Les termes, utilisés par Said (1994b), de mélange (*intermingling*) des cultures et d'hybridité intellectuelle sont plus adéquats pour en rendre compte, bien qu'il y ait certainement eu des limites à ces contacts, à leur « profondeur », aux catégories sociales impliquées, etc., et bien qu'ils n'aient pas toujours été les bienvenus. Mais on peut effectivement y lire une réelle constitution de chaque culture dans l'histoire et la pensée de l'autre. Quelques vignettes suffiront à illustrer ce point et à contextualiser ainsi les voyages de *Foucault*.

Depuis Montaigne et Voltaire (Blue 1993; Spence 1990), la Chine a fait partie des chimères et des réflexions des intellectuels français, tout en étant, depuis la fin du 17<sup>e</sup> siècle, l'objet d'activités missionnaires, éducatives (Hayhoe 1987) et de recherche de profit. La collection chinoise de la Bibliothèque royale de France a pris de l'ampleur au début du 18<sup>e</sup> siècle (Spence 1989 : 52-53). À cette époque, les Chinois présents en France n'étaient pas que des voyageurs de passage (Spence 1989); Sahllins (1994 : 88-89) rapporte que plusieurs « lettres de naturalisation » avaient été délivrées à des Chinois en France entre 1660 et 1789. Le 18<sup>e</sup> siècle français connut la mode des chinoiseries et le 19<sup>e</sup> vit une intervention militaire française en Chine (O'Connor 1973; Spence 1990; sur le rôle de l'opinion publique française, voir English 1987). La Révolution française et la Commune de Paris ont toutes deux eu des résonances dans la vie politique chinoise au 20<sup>e</sup> siècle (Meisner 1994; Harding 1993; Berenson 1995). De plus, le fait que 1989 ait été l'année du bicentenaire de la Révolution française influença explicitement les étudiants chinois et le gouvernement lors des événements de la place Tiananmen (voir Chong 1990 : 110). La France devint un refuge pour certains leaders étudiants (Chong 1990; Ma 1993). Plus récemment, la Déclaration des droits de l'Homme a été invoquée contre le régime de Beijing par des intellectuels chinois dissidents (*The Globe and Mail* 1994); toutefois, quelques mois plus tard, pendant la visite officielle du Président Jiang Zemin en France en 1994, près de 2,5 milliards de dollars américains de contrats furent signés (*Far Eastern Economic Review* 1994; Rosenbaum 1994).

Sun Yat-sen, le premier leader de la République chinoise, avait non seulement lu Montesquieu et Rousseau et réfléchi à la Révolution française (Twohey s.d.), mais il participa à l'aventure politique des expansionnistes français en Indochine (Barlow 1979). Pendant la Première Guerre mondiale, le Chinese Labour Corps, avec ses liens canadiens, envoya près de 200 000 travailleurs chinois sur les lignes françaises au nom de l'effort de guerre des Alliés (Austin 1986; Gewurtz 185; Levine 1993; Mitchell 1985; Summerskill 1982). Cet épisode a un lien direct avec le travail en santé publique du Dr Grant en Chine et ailleurs. En effet, c'est son expérience d'alphabétisation — comme travailleur pour le YMCA — parmi ces travailleurs chinois en France qui inspira à James Yen, né au Sichuan puis formé à Yale et Princeton, l'idée de créer le Mouvement d'éducation de masse (MEM) en Chine (avec l'aide financière de la famille Rockefeller (Hayford 1990 : 79-80; sur les liens avec le YMCA, voir aussi Garrett 1970). Or, c'est dans le projet-modèle de développement communautaire de Ting Hsien (maintenant Dingxian), mis en œuvre par le MEM dans une région proche de Beijing peuplée de 400 000 habitants, qu'avant même 1932 (Anonyme 1932) le Dr Grant et ses étudiants du Peking Union Medical College (financé et géré par la Fondation Rockefeller; Bullock 1980) choisirent de s'impliquer; et c'est l'expérience administrative pratique que Grant acquit à Dingxian qui lui permit d'affiner le modèle de régionalisation des services nationaux et communautaires de soins de santé dont il se fera le promoteur ailleurs.

Une autre connexion importante entre la France et la Chine de 1919 à 1922 fut un programme conjoint travail-études qui amena près de 1 600 étudiants chinois en France où ils firent l'expérience du travail dans des usines françaises, rencontrèrent en général les membres du Parti communiste français et se mirent à envisager des changements sociaux pour la Chine à leur retour. Plusieurs de ces étudiants occupèrent par la suite des positions de pouvoir dans la Chine communiste, notamment Zhou Enlai et Deng Xiaoping qui passa cinq ans en France (voir leur biographie et en particulier Levine 1993). Mao Zedong n'a pas lui-même fait partie de ce groupe d'étudiants, mais les membres et les recrues de sa Société des citoyens nouveaux en étaient. En 1923, Mao participa comme enseignant à l'une des campagnes d'alphabétisation du Mouvement d'éducation des masses de James Yen (Hayford 1990 : xiii). Durant le règne de Mao à partir de 1949, et en particulier pendant sa haineuse Révolution culturelle (1966-1976), les travaux et les idées en provenance de l'Occident n'étaient pas les bienvenues et ne pouvaient entrer (à l'exception d'ouvrages russes dans les premières années).

En fait, à la fin des années 1960 et au début des années 1970, les maoïstes français et certains intellectuels firent un peu de commerce avec Mao et la Chine *révolutionnaire* (Depierre 1987; Lowe 1994; Macey 1993; Miller 1993; Sartre 1972; Spivak 1981). Mais en Chine, ce fut la politique de la « porte ouverte » menée par Deng Xiaoping au cours des années 1980 qui, malgré le souci occasionnel exprimé par le régime au sujet de l'importation d'une « pollution spirituelle », entraîna un véritable torrent de théories occidentales importées et de traductions locales; ce mouvement fut appuyé par les nombreux étudiants chinois inscrits à l'étranger. Comme l'a remarqué un spécialiste américain (Gunn 1993 : 4; voir Tang 1991 : 282,



288; Zha 1995 : 43-44), « Chinese literary criticism in a decade or less raced over two centuries of Western theory, from Immanuel Kant to Fredric Jameson ». Le *Foucault*<sup>6</sup> qui fut ainsi importé n'était qu'un « voyageur » parmi d'autres dans ce qui devint une compétition dominée par *Freud* (voir par exemple Wang 1991a et 1991b; Yue 1993 : 10). Quand les conservateurs chinois se mirent à blâmer les importations occidentales pour le « cultural nihilism [and] the warped attitudes and extremism of some young intellectuals » (He 1990 : 54) et pour les 2,8 millions d'étudiants qui manifestèrent démocratiquement dans 80 villes en 1989 (Baum 1993), c'était *Freud*, *Nietzsche* et même *Sartre* qui étaient visés (He 1990, Hua 1990). Mais les choses étaient plus complexes que ne l'admettait cette attaque idéologique : un des « salons » étudiants de Beijing pré-Tienanmen était une « Société d'étude confucéenne » alors qu'un autre était apparemment influencé par les travaux de *Popper* (Chong 1990 : 116) et, bien sûr, il y avait des motifs chinois derrière ces manifestations.

Néanmoins, même s'ils n'étaient pas les principales stars ni les importations les plus pratiques pour l'action politique locale, les membres du trio « Foucault, Derrida et Lacan » étaient devenus des héros pour plusieurs jeunes théoriciens au début de 1989 (Zhang Yiwu, cité dans Tang 1991 : 288). Tang suggère que ces « critiques » importés ont joué un rôle important à l'époque — rôle latent à défaut d'être clairement politique — dans la conscience et les aspirations des jeunes intellectuels chinois (1991 : 292). Mais ironiquement, Tang suggère que l'exemple d'engagement donné par ces auteurs compta plus que leurs discours théoriques.

Quels textes *foucauldien*s étaient alors en circulation ? Les plus anciens, portant sur le « discours » panoptique et sur les rapports entre pouvoir et savoir, ou les travaux les plus récents sur la gouvernementalité, la résistance et la responsabilité gouvernementale ? Et aujourd'hui, six ans après les salons et la tragédie de 1989, quels sont les « voyageurs » issus de cette Nouvelle théorie qu'on peut trouver en Chine (voir Zha 1995 : 8-9) ? Que sont et seront leur durabilité, leurs usages et leurs effets ? Un auteur de la Nouvelle théorie ne reste que peu de temps en vogue; les modes changent et, en Chine, il n'existe aucun espace civil qui pourrait les appuyer (voir Tang 1993 : 399).

*Derrida* a attiré l'attention dans les cercles littéraires (Wang 1993 : 10; voir Tang 1991 : 290), mais à ma connaissance — certainement incomplète —, *Foucault*, dans la Chine des années 1990, n'est enseigné que dans des départements de littérature étrangère, dans des cours sur la critique littéraire, sur le poststructuralisme et le 20<sup>e</sup> siècle, ou en littérature comparée, comme c'est le cas au département d'anglais dirigé par le professeur Wang Ning et à son Research Institute for Post-modern Studies (Université de Beijing) et au département d'anglais de son collègue Zhang Zhaojin à l'Université Shandong de Jinan (communication personnelle 1993, 1994); *Foucault* est alors présenté comme étant une figure parmi d'autres. Il faudra faire des recherches dans l'avenir pour comprendre si cette répartition aura eu

6. Malheureusement, l'*index translationum* de l'Unesco ne donne aucune information sur la Chine pour cette période.

l'effet d'un germe ou celui d'un ghetto, ou si c'est tout simplement l'endroit le plus sûr politiquement.

Quels sont les obstacles à la circulation de *Foucault* vers la Chine et en Chine<sup>7</sup> ? La diffusion du produit *Foucault* dépend nécessairement de l'existence d'un milieu universitaire. Or, en Chine, pendant 10 ans, la Révolution culturelle a fermé le pays aux importations étrangères, tenté de détruire les travaux existants, empêché toute nouvelle traduction et toute distribution, fermé les universités, interrompu les recherches et les carrières des professeurs d'université, éparpillé les étudiants potentiels vers les campagnes de l'intérieur pour qu'ils prennent des leçons de la paysannerie et aussi empêché les étudiants d'aller à l'étranger pour étudier avec des « maîtres ». Il n'y avait ni subvention, ni infrastructure ni marché pour *Foucault* (et les autres), ni non plus de médias et de public intéressés par ses déclarations, comme c'était le cas en France à l'époque.

Même si Foucault avait accompagné Defert à Beijing, il est peu vraisemblable qu'il aurait eu là-bas d'authentiques échanges avec des étudiants ou avec des collègues et les moyens de diffuser sa pensée. Lorsque la Révolution culturelle prit fin et que l'infrastructure intellectuelle restaurée de la Chine s'ouvrit à l'Occident, Foucault n'avait que peu d'années à vivre. Une apparition en personne en Chine aurait sûrement beaucoup contribué à ce qu'on s'intéresse à sa pensée<sup>8</sup>; cela aurait aussi pu amener ses disciples occidentaux à s'intéresser à la *Chine*. La mort prématurée de Foucault, au moment où le flux de théories voyageuses vers la Chine ne faisait que commencer, aura certainement freiné l'intérêt pour sa pensée et en aura limité les effets; en effet, *Foucault* se retrouva noyé dans le torrent de tous les autres courants de pensée occidentale qui arrivèrent en Chine dans la même courte période de temps et qui rivalisaient pour trouver des consommateurs et des défenseurs locaux, certains ayant un style plus « digeste » ou étant précédés d'une immense réputation (*Freud* était encore sexy à Chongqing en 1990 !).

Il reste beaucoup à apprendre sur les usages et effets actuels de *Foucault* dans les cercles intellectuels chinois et dans les milieux de la santé et de la recherche (par exemple Lin 1995 : 484). Quoi qu'il en soit, il est frappant de constater que de nombreux chercheurs basés aux États-Unis qui, dans les années 1980 et 1990, avaient appliqué les textes et concepts foucauldien à leurs données chinoises, semblent totalement ignorer le *Foucault* présent dans le discours intellectuel chinois, ne pas le voir ou ne pas en être conscients. Leur *Foucault* est exclusivement franco-américain et essentiellement constitué par les traductions de ses ouvrages des années 1960 et 1970.

Par exemple, tous les collaborateurs du livre dirigé par Zito et Barlow (1994) font brièvement référence à *La naissance de la clinique*, à *Surveiller et punir* et au premier volume de *l'Histoire de la sexualité*, alors qu'un seul cite un essai de

7. À ce propos, voir aussi Lumsden 1992-1993b : 235-237.

8. Il est intéressant de noter l'impact dans les cercles littéraires et intellectuels chinois de la visite de Fredric Jameson en 1985 et de la traduction en 1987 de ses conférences sur (et pour) le postmodernisme.

Foucault datant de 1982. L'anthropologue Sangren consacre une note (1995 : 28, note 3) à quatre chercheurs basés aux États-Unis dont les réflexions sur le pouvoir ont été influencées par Foucault. Lorsque Sangren « compare » la conception du pouvoir de Foucault à la pensée chinoise traditionnelle<sup>9</sup>, son objectif est d'attaquer Foucault, et non de débattre avec des chercheurs basés en Chine : son *Foucault* est occidental. L'anthropologue Mayfair Yang, qui s'inspire de l'analyse foucauldienne de l'Occident moderne (1994 : 43), utilise dans son étude des pratiques *guanxi* (le don, etc.) l'*Histoire de la folie, Surveiller et punir*, le premier volume de l'*Histoire de la sexualité* mais aussi l'essai de 1978 sur la gouvernementalité (Foucault 1978b) ainsi qu'un autre texte de 1982. L'anthropologue médicale Judith Farquhar (1994), elle aussi basée aux États-Unis, s'intéresse aux textes et aux pratiques de la médecine chinoise : le *Foucault* qui apparaît dans son livre provient de sa propre lecture attentive de *L'archéologie du savoir* et *Les mots et les choses*.

Les travaux que je viens de mentionner sont des contributions approfondies et légitimes à l'anthropologie, les auteurs choisissant le *Foucault* franco-américain, entre autres auteurs, car ils l'estiment utile. Mais ils ne débattent pas avec le *Foucault* chinois, même si, pour ces chercheurs, la langue ne constitue pas une barrière. Cette lacune peut être attribuée au manque de textes chinois pertinents facilement disponibles; mais elle peut aussi indiquer à quel point *Foucault*, en Chine contemporaine, est peu utilisé, superficiellement présent, famélique et enclavé. Farquhar, dans sa réflexion sur les « pratiques de connaissance » (par opposition à la division occidentale entre pratique et connaissance), travaille avec les docteurs de la médecine chinoise traditionnelle, pas avec les chercheurs chinois en littérature comparée. Ce que je veux simplement indiquer ici, c'est qu'il n'y a pas eu de retour de *Foucault* d'est en ouest, pour ainsi dire, pas de mouvement dans les deux sens opposés (voir Said 1994b : 59-60)<sup>10</sup>.

Foucault est maintenant mort depuis plus de onze ans et on peut se demander à quel point ses textes vont « durer ». Mon expérience de participant à un colloque sur « Michel Foucault et la littérature » qui s'est tenu en octobre 1994 à Toronto et ma lecture d'un compte rendu, non désespéré mais bougon, d'un autre colloque en Angleterre (Gane et Gane 1994) m'ont amené à m'interroger à ce sujet. Mais bien sûr, il faut s'attendre à ce que les théories voyageuses prennent à l'avenir des routes variées, convergentes ou divergentes, à travers le « paysage intellectuel » (*thoughtscape*, Appadurai 1990) global, dans le temps comme dans l'espace.

9. Il explique par exemple que « resistance is yin to power's yang » mais il ignore la question du genre.

10. Ces remarques peuvent s'appliquer à un autre objet. En effet, l'anthropologie, avec ses spécialisations variées, a elle-même été une « discipline voyageuse » dont il serait important de retracer soigneusement les voyages et d'analyser la globalisation et l'hybridation croissantes, au nom du « particulier ». Sur les voyages et les vicissitudes de l'anthropologie en Chine, voir Fei (1981), Meng (1989), Harrell (1991) et surtout Guldin (1991, 1992, 1993, 1994, 1990 dir.), Hsu (1971) étant un bon exemple d'un « riche » retour de ce voyage.

Dans la partie suivante, je présente mon autre exemple de théorie voyageuse, celle du Dr Grant sur les soins de santé publique, puis je décris comment, dans un de ses derniers textes, Foucault avait adopté la même position que Grant.

## Le Dr John Black Grant et la régionalisation des services de santé

Brown (1976) fait une critique surdéterminée du rôle des œuvres Rockefeller dans l'établissement des programmes de santé publique de plus de 60 pays et dans la promotion de la professionnalisation de la santé publique. Il y défend avec ferveur l'idée que toutes ces activités, intentionnellement ou non, ont multiplié et renforcé les intérêts économiques et politiques du capitalisme américain, de l'« impérialisme », et ce, même si de nombreuses populations ont été débarrassées de l'ankylostome, de la fièvre jaune ou de la malaria grâce à ces « transplantations biomédicales de civilisation occidentale ». Il serait stupide de nier complètement que le système-monde a bénéficié de ces activités (travailleurs en meilleure santé, etc.), mais il est également stupide d'évacuer totalement de cette histoire, comme le fait Brown, le rôle de l'idéalisme, de la foi baptiste, de la recherche et de l'engagement professionnels.

En fait, Brown semble insister sur le fait que *tous* les « professionnels de la santé » qui travaillèrent dans ces programmes financés par les Rockefeller « certainly shared the racist and ethnocentric ideologies that justify imperialism » (Brown 1976 : 902). À l'appui de cette affirmation, il cite une phrase pompeuse — datant de 1906 — du Dr William H. Welch (voir Fleming 1987), personnage très important de Johns Hopkins et de l'Institut Rockefeller ; on pourrait aussi évoquer en ce sens l'autobiographie de l'arrogant et remarquable proconsul des Rockefeller en Asie, le Dr Victor Heiser (1936). Cependant, non seulement Brown (1976, 1987) ignore les décennies d'activité du Dr Grant, mais la vie de ce dernier ne correspond pas à la démonisation que fait Brown des professionnels de la santé financés par les Rockefeller ; par exemple, Grant, qu'on a appelé le « bolchévique médical », a cherché à établir une collégialité moins « colonialiste » avec ses collègues autochtones, notamment dans sa période chinoise (Bullock 1980 : 135, 161). Il est vrai que la déclaration de Grant de 1957 selon laquelle « an experiment in regionalization is in effect health care services engineering to increase production efficiency » (cité dans Arbona et Ramírez de Arellano 1978 : 23) peut être interprétée à la manière de Brown ou du Foucault des années 1970, comme indiquant un régime de pratiques et un espace « disciplinaires ». Dans le contexte, cela reflète plutôt une tactique politique utilisée auprès du gouvernement local pour qu'il appuie, malgré l'opposition biomédicale, un authentique effort en vue d'améliorer la santé de la population de Porto Rico. Ceux qui ont lu le premier Foucault peuvent juger suspect et erroné mon intérêt pour la vie de Grant comme étant capable d'être un « sujet connaissant ». Pourtant, même Foucault n'a pas dénié « the validity of intellectual biographies, or the possibility of a history of theories, concepts or themes », même s'il exprima ensuite sa préférence méthodologique pour l'étude des « pratiques discursives » (1973 : xiii-xiv ; voir la critique que fait Said de ce passage en 1983 : 186-188). Mais les discours ne souffrent pas : ce sont les humains qui souffrent (voir Kleinman et Kleinman 1991 ; Liu 1992 : 49 ; Said 1983 : 188, 247 ;

Said 1994b : 43-45; Said et Barsamian 1994 : 168). Le déplacement ultérieur de la pensée de Foucault vers la capacité humaine d'agir, la responsabilité et les décisions prises au niveau communautaire a été décrit dans la première partie de ce texte.

Le père de Grant était originaire de St Stephen, au Nouveau-Brunswick, et sa mère de Fergus, en Ontario. En 1889, le YMCA de l'Université du Michigan envoya les Grant comme missionnaires médicaux en Chine; l'American Baptist Foreign Missionary Society leur choisit le port de Ningpo (ou Ningbo, province de Zhejiang) comme base<sup>11</sup>. John Black Grant est né là-bas en 1890 et est resté canadien presque toute sa vie, jusqu'à ce qu'il prenne la citoyenneté américaine dans sa soixantième année. Ce ne fut pas le premier changement de son identité officielle, car dans son enfance, son nom était Louis Milbery Grant, jusqu'à ce que son père le change en 1897.

La vie de Grant fut remplie d'expériences historiques remarquables : par exemple, il aida à trouver un cercueil de substitution pour le corps de Sun Yat-sen pour remplacer celui que les Russes avaient fourni et qui fut détérioré; il joua au ping-pong avec John Foster Dulles; il soupa à Paris avec James Joyce; il accompagna Charles Lindbergh en avion pour secourir des victimes d'une inondation en Chine; il plaisanta avec le Général Stilwell à Chungking (Chongqing) en temps de guerre; il obtint la participation de Nehru à une campagne de don du sang en Inde, ce qui la légimita; il suggéra une nomination essentielle pour la réforme des services hospitaliers en Saskatchewan sous le gouvernement de Tommy Douglas; et surtout, il aida à structurer les politiques de soins de santé de plusieurs gouvernements, touchant ainsi des millions de personnes. Tout au long de sa carrière, passée à promouvoir une véritable médecine sociale et des soins de santé adéquats (voir Grant 1948 : 381), Grant travailla sous les auspices de la Fondation Rockefeller et parfois pour les gouvernements chinois, indien ou américain, ou pour les Nations Unies; la Fondation lui ouvrit des portes, lui donna des ressources et des appuis et, en 1958, le protégea et le soutint contre les pressions de la puissante Association médicale américaine (à ce sujet, voir Grant 1960-1961 : 1147-1150; Arbona et Ramírez de Arellano 1978 : 56-58).

Grant fut associé à la Fondation Rockefeller de 1918 à 1960 et, selon son récit (1960-61 : 1 220), 28 de ces 42 années furent passées en « prêt » à divers organismes publics (bien qu'il fut en général toujours payé par la Fondation Rockefeller). Pour emprunter une expression (qui déplairait à Brown) tirée d'une étude des activités de la Fondation en Amérique Latine (Cueto 1994; voir Valsiner 1995 : 6), Grant était vraiment un « missionnaire de la science ». Il fonda le département d'hygiène

11. Je remercie le Oral History Research Office de l'Université Columbia de m'avoir donné accès aux *Reminiscences* de Grant de 1960-1961, qui consiste en une transcription de 15 entrevues menées avec lui et en sa propre « histoire personnelle » écrite en 1961. Mes informations viennent aussi de ses articles, de ses textes publiés dans Seipp (1963) et des sources suivantes : APHA 1960, Anonyme 1968, Heiser 1936, Lamson 1935, *The New York Times* 1962, Arbona et Ramírez de Arellano 1978; Bullock 1980, Chen 1989, Hayford 1990. On trouvera d'importants rapports sur Dingxian dans le *Milbank Memorial Fund Quartely* : 8 (4) 1930; 9 (3) 1931; 10 (1) 1932; 11 (2) 1933; 12 (2) et (4) 1934; 14 ( 1) et (4) 1936 et 15 (4) 1937.

et de santé publique du Peking Union Medical College (PUMC) qui était financé par la Fondation. Les activités qu'il mena en Chine de 1921 à 1937, notamment les démonstrations d'amorçage de pompes qu'il organisa à Beijing et à Dingxian et ses conseils au gouvernement nationaliste en matière de santé et de reconstruction rurale, contredisent Cueto (1994 : 126, 143, 144; voir Chen 1989) lorsqu'il affirme que le PUMC s'intéressa peu à la diffusion des soins biomédicaux dans ce pays. Grant appliqua ailleurs les leçons apprises dans son expérience chinoise (par exemple Grant 1960-61 : 524-525, 562A-562C), en particulier dans le projet de régionalisation des soins de santé de Porto Rico (voir Arbona et Ramírez de Arellano 1978 : 77-80). Ce projet mit également en contact plusieurs médecins latino-américains de passage avec la notion de santé communautaire, ce qui incite à en savoir davantage sur l'affirmation de Cueto (1994 : 16) selon laquelle la Fondation Rockefeller en Amérique Latine n'a fait que créer puis léguer un système de soins biomédicaux élitiste, urbain et très coûteux.

Grant devint bachelier ès arts en 1912 de ce qui est maintenant l'Université Acadia (Nouvelle-Écosse); cette dernière célébra d'ailleurs sa carrière en santé publique en lui décernant un doctorat honorifique en 1954. Mais c'est en suivant les traces de son père à l'Université du Michigan qu'il s'épanouit intellectuellement, y recevant son diplôme de médecine en 1917 et faisant son internat dans l'hôpital affilié en 1917-1918. À cette époque, Frederick Gates, pasteur baptiste et influent conseiller de la Fondation Rockefeller, lut *The Principles and Practice of Medicine* (1892) du professeur William Osler (né en Ontario), de l'Université Johns Hopkins; cet événement contingent orienta les activités philanthropiques des Rockefeller vers le domaine des soins de santé et de l'éducation sanitaire (Cushing 1925 : vol. 1; Fleming 1987; Harvey et McKusick 1967; Harvey, McKusick et Stobo 1990; Lumsden 1992-1993a). Le père de Grant, un baptiste, avait été fier d'être l'un des premiers missionnaires en Chine à avoir utilisé le texte de Osler; Grant à son tour l'utilisa durant sa formation et sa pratique à Ann Arbor (Grant 1960-1961 : 3, 29).

Sous l'influence du professeur de son père, qui était l'un des directeurs scientifiques du International Health Board de la Fondation Rockefeller, Grant y entra en 1918; en 1920, il fut envoyé à l'Université Johns Hopkins pour y faire une maîtrise en santé publique. Fee (1987) décrit bien la façon dont William H. Welch s'empara des subventions de la Fondation Rockefeller pour créer l'école modèle d'hygiène et de santé publique de Johns Hopkins, mais elle néglige complètement de parler du premier professeur d'administration de santé publique qui y travailla, le vieil ami anglais de Welch, Sir Arthur Newsholme, qui appuyait fortement la « médecine socialisée » (1987 : 66-67, 88, 146-147; voir Eyler 1992). En fait, Sir Arthur eut un impact décisif sur la pensée de Grant en lui faisant connaître le rapport Dawson de 1920 et les propositions de réforme qu'il contenait (Grant 1960-1961 : 100-103 et 1094); il faisait lui-même partie du conseil consultatif du Milbank Memorial Fund (dont Welch était président) à l'époque du projet de Dingxian. Welch aida Grant à obtenir son poste au PUMC de Beijing (voir Grant 1960-1961 : 1215-1216); c'est alors que Grant lut intensivement les ouvrages des socialistes de l'école de Fabian (Grant 1960-1961 : 848-849, 851, 854).

Dans la deuxième partie, j'ai évoqué la participation de Grant et de ses étudiants aux activités de développement communautaire organisées par James Yen (parmi ces étudiants, notons C.C. Chen et Chen Zhiqian; voir Bullock 1980 : chapitre 7; Chen 1989; Hayford 1990 et, au sujet du rôle de Grant dans la province de Sichuan, Minden 1994). Cette participation commença sans sanction officielle (Grant 1960-1961 : 325b) et ne fut régularisée que plusieurs années plus tard, en 1932; Grant fut très impressionné par Yen (1960-1961 : 322-325b, 464-465, 742-744) et estima même qu'il pourrait un jour « become the successor of Sun Yat-sen as the political father of China ».

Les événements historiques l'en ont empêché; de plus, l'invasion de la Chine par le Japon et la Seconde Guerre mondiale mirent fin au projet de Dingxian et donc au séjour de Grant en Chine; mais par là même, ces événements contribuèrent à la diffusion des idées de Grant. À partir de 1939, il fut le directeur du All-India Institute of Hygiene and Public Health de Calcutta et joua un rôle décisif dans le comité et le rapport Bhore, influençant ainsi le système de santé indien pour de nombreuses années (voir Grant 1960-1961 : 541 et suivantes, 667 et suivantes). En 1945-1947, il prit un congé sabbatique et voyagea pour « s'instruire » (Grant 1948), visitant notamment Toronto, la Saskatchewan et le Manitoba. En 1948, il devint le directeur du Bureau européen (*Regional Office for Europe*) de la Fondation Rockefeller, qui était basé à Paris : grâce à ce poste, à ses contacts et à ses nombreux voyages, « Grant's concepts of health organization greatly influenced Western European governments, which were in the midst of overhauling their health systems » (Bullock 1980 : 161). En 1950 et 1952, il participa aux missions américaines et des Nations Unies sur les politiques de santé en Asie du Sud-Est; en 1952, il fut également consultant pour la Commission Magnuson qui avait été mise sur pied par le président Truman pour étudier ce que pourrait être un système global de soins de santé pour tous les États-Unis (voir Grant 1960-1961 : 1 052 et suivantes). À partir de 1951, il devint le directeur adjoint de la section de médecine et de santé publique de la Fondation, mais fut prêté à Porto Rico entre 1955 et 1960. Il devint ensuite professeur de santé publique et de soins médicaux à l'École de médecine de l'Université de Porto Rico, sorte de version locale du PUMC. En 1960, l'Association américaine de santé publique lui décerna le prix Albert-Lasker. Après sa retraite en 1960, Grant resta consultant pour le ministère portoricain de la santé jusqu'à sa mort en 1962; il est enterré à San Juan.

Il est clair que Grant avait espéré qu'une régionalisation réussie des services de santé dans tout Porto Rico lui fournirait un prototype à grande échelle et bien circonscrit de son modèle qui ne pourrait être ignoré et qui convaincrerait les États-Unis continentaux d'adopter cette forme de médecine d'État. Le monde médical organisé des États-Unis s'aperçut en 1958 de cette véritable « menace », de cette « subtle spearhead to extend socialization of medicine to the continental United States » (cité in Arbona et Ramírez de Arellano 1978 : 56-58). Les États-Unis résistent encore aujourd'hui à ce type de mission et de « régime de pratiques »; les politiciens portoricains eux-mêmes, ainsi que les praticiens payés par honoraires, n'ont pas non plus été convertis. Près de seize ans après la mort de Grant, ses

collègues locaux mirent à jour et évaluèrent ce qui avait été accompli dans le projet portoricain : « The crucial test of the validity of the scheme is : "Do people receive better care through regionalization ?" Unfortunately, the Puerto Rican experience cannot provide an adequate answer to this question », car aucun mécanisme explicite d'évaluation n'a été mis sur pied dans la région expérimentale de Comerío (Arbona et Ramírez de Arellano 1978 : 79, 80). De plus, l'opposition locale, les circonstances et d'autres facteurs ont petit à petit déformé le projet original (*ibid.*). Néanmoins, en faisant de nouveau explicitement mention du rapport Dawson de 1920, ces auteurs concluent sur une note d'espoir et de motivation : « The "whole design" remains both as an unfulfilled promise and an ideal towards which to strive ». Ils pourraient se reconforter en se rappelant un fait qu'ils négligent : les décennies de retard dans l'application du rapport Dawson lui-même (Saward 1976 : 53; voir Hurst 1992 : chapitre 9) !

Les « usages et les effets » de *Grant* continuent de résonner, même si les gens ne sont pas conscients de son nom ni de son rôle (il n'a pas non plus été l'unique défenseur de ces idées au fil du temps; voir Pearson 1976). Il n'a pas été un maître à penser, dominant la vie et la carrière de ses disciples ni une vedette accaparant les feux de la rampe (Lumsden 1992-1993b) : il se voyait comme un collègue qui préférerait appuyer quelqu'un d'autre, quelqu'un de plus local, en agissant comme son « quart-arrière », le conseillant à propos d'idées ou de politiques particulières. Toutefois, les usages et les effets de *Grant* continuent aujourd'hui de voyager et de résonner; en effet, de nombreux États — et leur système de sécurité sociale — sont maintenant prisonniers de la crise fiscale évoquée par Foucault en 1983, de sorte qu'ils cherchent leur salut ou du moins à faire des économies en créant ou en important et en indigénisant cette « stratégie de santé » aux nombreux visages. Mais cette stratégie ne peut-elle que devenir mesquine ?

À la fin de sa vie, Grant résuma sa philosophie de la santé comme suit (1962, in Seipp 1963 : 74) : « Health is as much a social problem as it is a purely medical one, if not more so. A national health program should make available to the entire population all essential promotive, preventive, curative and rehabilitative services ». La simultanéité de l'offre de tous ces services est essentielle; il critiqua d'ailleurs l'exportation à l'étranger par la Fondation Rockefeller de la manie américaine de séparer les soins préventifs et les soins curatifs (Grant 1959 in Seipp 1963 : 64-65).

Selon lui, c'est au gouvernement et aux citoyens de se mettre à la tâche; son projet implique que le savoir scientifique devienne la « conscience technique » de ceux qui le consomment chez eux, dans leur village et dans leur nation. Grant était sensible aux contraintes vécues par les États en voie de développement et au gaspillage dans les pays développés : pour lui, la sécurité sociale doit, pour être efficace, avoir une planification « horizontale » et des liens administratifs avec toutes les autres activités de base de la nation. Et surtout, on devrait développer « a planned socioeconomic order which applies modern knowledge in the most logical and efficient manner within existing financial limitations » (1934 in Seipp 1963 : 10, 36-37). La solution qu'il propose pour réaliser cet objectif réside dans le principe de la régionalisation.



Sa version de la régionalisation était simple sur le plan conceptuel mais complexe à mettre en œuvre; elle était beaucoup plus démocratique que celle de Lord Dawson (1920). Selon la formulation de Arbona et Ramírez de Arellano (1978 : 6), « regionalization attempts to strike a balance between the centralization needed to maintain a given level of quality throughout the system and the decentralization required to elicit community involvement at the local level ». Plus précisément, Grant voulait que toute la région ou le pays soit divisé en un ensemble de sous-régions géo-administratives rationnelles et réalistes qui serait coordonné et contrôlé par un unique ministère central. L'organisation institutionnelle interne de chaque région aurait de trois à quatre niveaux (1949 in Seipp 1963 : 37), les plus importants d'entre eux étant la « base » et la « périphérie ». Ces deux pôles en symbiose et en synergie seraient respectivement, d'une part, une École de médecine affiliée à une université et dotée d'un hôpital de formation, et, d'autre part, un réseau de centres de santé communautaires (CSC) auxquels, dans les pays en développement, on pourrait ajouter localement des activités supervisées de travailleurs villageois de la santé (par exemple, les « docteurs aux pieds nus » et les sages-femmes; Bullock 1980 : chapitre 7); entre ces deux pôles vitaux se situeraient les hôpitaux de la communauté et ceux du district. Tous ces niveaux seraient reliés de manière organique; mais les CSC seraient bien plus vitaux pour la santé de la population que les hôpitaux qui ne font pas de formation (voir Foucault 1976a et 1963, chapitres 2 et 3).

Dans ce modèle, l'école de médecine constitue un « phare », selon le mot de Grant, dont les rayons de savoir scientifique doivent imprégner et investir toute la région et, ce faisant, montrer le chemin à suivre et éliminer les abîmes d'ignorance et de détresse dans lesquels se trouve la population ainsi soignée. Pour des raisons de coût, l'école de médecine d'un pays peut être utilisée par d'autres pays plus petits, de manière à alléger leur fardeau (Grant 1962 in Seipp 1963 : 84, note 83). Grant croyait que les outils décisifs de l'avenir à ce sujet allaient venir des universités d'Asie (1940 in Seipp 1963 : 123).

L'école de médecine au centre du modèle fait cependant partie d'un flux de savoir à double sens<sup>12</sup>. Les CSC régionaux lui soumettraient des problèmes ou des cas particulièrement difficiles et exigeants, des rapports de pratique, des informations sur les besoins et les soucis locaux et des stimulations pour repenser le système; cela se ferait soit directement, soit via l'hôpital intermédiaire; l'école réagirait en envoyant de nouveau des connaissances, des conseils et de nouvelles questions à chaque CSC local. La participation de tous les CSC (et de toutes leurs divisions, y compris leurs groupes de travailleurs villageois) contribuerait de façon essentielle à alimenter leur école de médecine.

Chaque « phare » devrait générer un nouveau savoir scientifique, et même de nouvelles disciplines, à partir de ce flux d'informations et des recherches qu'il dirige ou que l'université dirige. À cette fin, chaque école de médecine devrait être

12. Pour une récente mise en lumière du rôle important joué par les écoles de médecine dans les transformations de la biomédecine et de ses responsabilités en période de restrictions, voir Lomas et Contandriopoulos (1994 : 281).

située à proximité de son propre « champ de pratique » ou « laboratoire social » (comme ce fut le cas avec Dingxian, avec Singur à Calcutta, Comerio à Porto Rico et avec l'École de médecine de l'Université Johns Hopkins et son Eastern Health District; Fee 1987 : chapitre 7). Il s'agit d'une zone ou d'un quartier spécifiquement choisis ou de l'aire d'influence d'un CSC, en bref d'un territoire dont les habitants sont directement soumis aux regards de l'École de médecine et à ses interventions continues. Ce territoire expérimental ou « champ de pratique » doit répondre à deux autres objectifs. D'une part, il devra être utilisé par l'école pour former ses différents types de travailleurs en soins de santé et en promotion de la santé : des cas provenant de ce territoire seront étudiés en classe et les étudiants feront des visites sur le terrain, chez les gens, entre autres procédés d'auto-instruction participante (« *self-participative instruction* »; Grant 1941 in Seipp 1963 : 20). La formation des travailleurs de la santé devra être continue, grâce à des cours de mise à jour, et en harmonie avec les soins et le développement communautaires. On peut remarquer que ce discours de Grant à propos du « champ de pratique » est tout à fait « disciplinaire » et « contrôlant » (comme ses articles dans Seipp 1963 : 13, 19, 119 et ailleurs dans le texte); il semble presque dire que ce territoire devrait être mis en quarantaine permanente au nom de la science, ce qui rappelle effectivement l'analyse du Foucault de *Surveiller et punir*.

D'autre part, ce champ de pratique devra devenir un prototype accessible aux autres secteurs de la région afin de démontrer les avantages du savoir scientifique appliqué (voir par exemple 1934 in Seipp 1963 : 10, 72-73, 162 et ailleurs dans le texte). La diffusion du savoir et les transformations des comportements et des croyances quotidiennes en matière de santé personnelle, familiale et communautaire devraient découler de la visibilité des effets bénéfiques pour la santé de ce projet, réalisé sous les auspices d'experts biomédicaux. Le savoir dont Grant se fait le promoteur est une science naturelle, confiante, inductive, pédagogique, orientée vers l'apprentissage et la pratique. On doit s'assurer que seront évités les fossés entre le savoir produit par le « phare » et son utilisation dans et par la population de la région : la régionalisation est censée combler de tels abîmes (Grant in Seipp 1963 : 184).

Dans la mesure du possible, les CSC urbains et ruraux devraient centraliser toutes les ressources permettant de répondre aux divers besoins de santé et d'éducation de la population locale. Les gens auraient ainsi un accès facile et abordable à une équipe de travailleurs de la santé qui seraient adéquatement formés et culturellement sensibilisés (Grant in Seipp 1963 : 178); cette équipe serait dirigée par un omnipraticien (Grant 1949 et 1951 in Seipp 1963 : 41, 54). Alors que l'école de médecine de la région serait au centre d'un ensemble de discours, de pratiques et de normes de type universel, chaque CSC participerait à son univers local de significations de manière à empêcher la constitution de barrières culturelles qui pourraient freiner l'accès à leurs services et réduire l'impact de leur action. Cet engagement local pourrait avoir l'air de favoriser la médicalisation (non nécessaire) des personnes, ce qui était la « bête noire » de Foucault (1976a, 1963 : chapitres 2 et 3; sa compréhension de la question est toutefois franchement unidimensionnelle; voir Kleinman 1988 : 9-10, 146). Par leur action en matière d'éducation des

familles, des villages et des communautés, les CSC tenteraient de stimuler la « conscience technique » de ces consommateurs de savoir biomédical, notamment leur capacité à l'apprécier. Cela suppose que ces consommateurs deviennent conscients (et même obsédés, selon l'analyse foucauldienne; mais voir Foucault 1984b) de leur « besoin » de services de soins de santé (Grant 1959 in Seipp 1963 : 69-70; voir 1960-61 : 717-718); cependant, les CSC feraient bien plus ou autre chose que de diffuser cette technologie qui est à leur avantage et qui séduit si vite les consommateurs. Ces derniers devraient apprendre à devenir de « sages » utilisateurs des organismes communautaires et de la sécurité sociale (Grant 1950 in Seipp 1963 : 48); les CSC « activeraient » la réflexion et la pratique de leurs consommateurs au point que ces derniers parviendraient à mettre en œuvre leur propre régime de promotion et de maintien de la santé sans avoir recours régulièrement et fréquemment au CSC; dans les termes de Foucault, ils seraient ainsi motivés à s'engager dans une nouvelle « technologie du soi ». Dans le discours de Grant (1950 in Seipp 1963 : 48), ces consommateurs s'engageraient ainsi activement à s'aider eux-mêmes (*self-help*) au moyen de processus qu'ils auraient appris à maîtriser et, ce faisant, à se fabriquer une vie valant la peine d'être vécue. Ou, selon le discours qui prévaut actuellement en Ontario, ces citoyens seraient devenus « empowered », auraient acquis du pouvoir.

De plus, les représentants de la population locale devraient aider au fonctionnement de chaque CSC en participant à son « comité consultatif » et peut-être aussi à son comité exécutif (Grant in Seipp 1963 : 181, note 5). Car, dans les termes d'Arbona et Grant (1951 in Arbona et Ramírez de Arellano 1978 : 33-34; noter aussi Desjarlais, Eisenberg, Good et Kleinman 1995 : 266), « the eventual level of welfare in any community is determined by the extent to which members of the community have the opportunity to express their needs and to participate in the solution of these needs ». Une telle participation authentique des citoyens n'était pas évoquée dans le rapport de Lord Dawson en 1920; d'ailleurs, les comités de citoyens ont apparemment commencé à apparaître dans le système anglais seulement près de cinquante ans plus tard (Saward 1976 : 228). La participation locale était une innovation de Grant; c'est là certainement l'une des raisons ayant amené Pearson (1976 : 34) à décrire Grant, de façon tout à fait juste, comme ayant été « the most imaginative and farsighted [of this century's] strong advocates of [regionalization] ».

En suggérant que nous nous rappelions les idées et la vision de Grant et que nous y réfléchissions, je ne sous-entends pas que ses plans constituent des réponses parfaites pour le monde d'aujourd'hui; par exemple, je déplore sa mention de l'eugénisme (1940 in Seipp 1963 : 114-115) et son absence d'intérêt pour les guérisseurs indigènes et les systèmes de soins non biomédicaux. De plus, dans le contexte politique actuel, les ressources fiscales sont perçues comme étant de plus en plus limitées, si ce n'est en crise; notre époque ne partage pas non plus la confiance simple que Grant avait dans la science qu'il considérait comme notre « phare » vers le futur. Grant, à la différence de Foucault, était un véritable missionnaire de la science; néanmoins, Foucault, bien que sensible à la médicalisation et à ses effets secondaires, reconnaissait une certaine efficacité thérapeutique à la science

biomédicale (1984b; Simons 1995 : 92-93). Selon Grant, la régionalisation devait transformer et améliorer non seulement la santé des populations locales mais toute leur vie; son approche exigeait à la fois une « scientification » et une « médicalisation » de la conscience que les gens avaient d'eux-mêmes, de leurs pratiques mais aussi de leur vie. Comme le montrera bien son disciple et collaborateur C.C. Chen (1989 : 45, 48, 59, 97 et voir 194-195), la population locale devait d'abord s'imprégner d'une « fundamental appreciation of science and a scientific point of view [before biomedicine] could be introduced and successfully implemented », les usages et les effets de cette biomédecine devant promouvoir le statut local de la Science. Il devait y avoir une « continuous penetration of scientific medical knowledge and skill into the everyday lives of our millions of villagers » (Chen 1989 : 202)<sup>13</sup>, en Chine comme ailleurs. La régionalisation entraînerait l'acceptation et la pratique à la fois d'une nouvelle technologie du soi et d'un nouveau mode de gouvernementalité de la communauté (et de l'État). Les voyages de *Grant* firent une différence pour de nombreuses populations; ce discours resta toujours respectueux de la capacité d'agir des citoyens et conscient des devoirs et des responsabilités associés à la gouvernementalité.

Alors que, selon Giddens (1995 : 267), « there is a surprising absence at the heart of Foucault's analyses : an account of the state », le modèle de Grant repose sur un État qui prend activement soin de sa population et le désigne comme son garant. En fait, Giddens prend en compte l'attention portée par Foucault au pouvoir disciplinaire mais non l'intérêt qu'il manifeste dans ses derniers travaux pour la gouvernementalité; dans le présent texte, j'ai voulu mettre particulièrement en lumière une entrevue qu'il a donnée en 1983 sur la sécurité sociale<sup>14</sup>, un document en fait d'une grande importance et très pertinent mais qui semble avoir été négligé.

Comme le dernier Foucault, Grant voulait transformer la stratégie, la machinerie, la couverture et l'efficacité de la sécurité sociale. À partir de sa vision d'une médecine d'État, il voulait aussi encourager l'autonomie des citoyens-consommateurs et non leur dépendance (Grant in Seipp 1963 : 71, 174). La proposition que fit Foucault en 1983 pour transformer le système converge avec celle de Grant au point de lui faire écho :

Il faut transformer le champ des institutions sociales en un vaste champ expérimental, de manière à déterminer quelles sont les manettes à tourner, quels sont les boulons à desserrer ici ou là pour introduire le changement souhaité; il faut effectivement engager une entreprise de décentralisation, par exemple, pour

13. Henderson et ses collègues ont réalisé une étude en trois temps de 15 745 personnes dans huit provinces chinoises (Henderson et al. 1994). Les données de la partie de l'étude correspondant à 1989 laissent entrevoir la pénétration de la biomédecine dans les campagnes après les réformes ayant suivi le régime de Mao, même si l'utilisation du secteur « informel » (local) est sous-estimée dans ces données (1994 : 691).

14. Parmi les ouvrages en anglais que j'ai consultés sur Foucault, le seul autre auteur qui ait attiré l'attention sur cette entrevue à propos de la sécurité sociale semble être l'anthropologue Rabinow (1994). Il consacre peut-être trois pages à un résumé de ce document qu'il présente comme un exemple de la façon dont Foucault approchait un problème contemporain; il ne fait cependant pas allusion à la proposition de décentralisation qu'y faisait Foucault.

rapprocher les usagers des centres de décision dont ils dépendent et les associer aux processus décisionnels.

Foucault 1983 : 372

Foucault demandait donc une réduction de la « distance décisionnelle » (1983 : 375); or c'est ce que proposait longtemps auparavant le système des CSC et de l'implication communautaire mis au point par Grant. Pour Foucault, une telle amélioration signifiait que la décision devait être telle que « l'individu [concerné par elle] ait voix au chapitre et [qu'elle] lui soit intelligible tout en s'adaptant à sa situation » (1983 : 375). Foucault suggérait de plus qu'on procède à une « restructuration de fond en comble. [De plus, il y a] un travail considérable à faire pour rénover les catégories conceptuelles qui inspirent notre manière d'aborder tous ces problèmes de garanties sociales et de sécurité » (1983 : 373); il affirmait même que notre pensée actuelle sur la sécurité sociale était encore trop influencée par des politiques vieillottes de bien-être social originaires d'Angleterre, à savoir les « cadres mentaux » proposés par Lord Beveridge entre 1920 et 1940 (1983 : 373) !

Comme je l'ai montré, le modèle de Grant recommandait une restructuration du système, la définition d'une nouvelle « stratégie de santé » et une participation de la population locale à toutes les affaires concernant la santé et le développement de la communauté. Grant considérait que de tels programmes communautaires et l'étroite distance décisionnelle qui les caractériserait encourageraient « people to obtain for themselves the things they want » et faisaient partie du processus par lequel un « mode de vie démocratique » pouvait ultimement être adopté « avec succès »; cet ordre du jour idéologique était aussi inscrit dans le modèle de Grant, ce que Brown (1976) ne voudrait pas qu'on oublie.

La régionalisation (ou décentralisation), dans ses différents sens et formes, est actuellement l'objet d'un très grand intérêt pour ce qui est des politiques publiques et elle est débattue dans divers forums nationaux<sup>15</sup>. Le discours que l'on entend le plus souvent est celui des « coupures », des « économies », par opposition aux « services »; d'où la nécessité de rappeler la vision plus généreuse de Grant et de la proposer comme repère ou « phare » pour l'avenir. Peut-on également tirer des écrits de Foucault une telle orientation pratique ? C'est une question très controversée... (voir par exemple Simons 1995 : 125).

15. Pour un bilan récent des expériences canadiennes en matière de régionalisation et sur leur dimension politique, voir Angus, Auer, Cloutier et Albert (1995), Deber, Mhatre et Baker (1994) et Rachlis et Kushner (1994; ils citent Dawson mais pas Grant); voir aussi le rapport du colloque de l'Association médicale canadienne à ce sujet (*The Globe and Mail* 1995a). Le modèle de Grant était et reste un modèle de développement communautaire; pour un témoignage sur l'effort très récent et fort confus d'intégrer le développement communautaire dans le mandat et les pratiques de la division de santé publique de l'administration de Toronto, voir Labonté (1995). Quant à la France, pendant les années 1980, elle tenta de régionaliser la « rationalisation » des soins de santé préventifs; la mise en œuvre de la réforme des hôpitaux en 1991 semble avoir entraîné une régionalisation de la planification hospitalière (Hurst 1992 : 51, 53). Comme on l'a vu en 1995 et 1996, le gouvernement français a proposé son propre projet, controversé, de réforme de la santé et des services publics. Aux États-Unis, le projet de Clinton visant à créer un système national de soins de santé est rapidement tombé à l'eau (Fallows 1995), même si ce thème jouera un certain rôle dans les élections présidentielles de 1996.

Un volume récent et utile de l'Organisation mondiale de la santé révèle l'intérêt grandissant qui se manifeste au niveau mondial pour la régionalisation et décrit comment les complexités de ce processus ont été expérimentées (Mills, Vaughan, Smith et Tabibzadeh 1990; ils citent Arbona et Ramírez de Arellano). Étant donné l'orientation de cet article, la Chine est un cas important : peut-on trouver des signes qui montreraient que l'influence de Grant a persisté dans la Chine d'après 1949 ?

En bref, disons que l'héritage apparent que Grant laissa en Chine, de même que la carrière de ses étudiants (par exemple, la vie de C. C. Chen 1989), furent soumis, après la « libération », à de graves vicissitudes politiques. Néanmoins, dans une description du système chinois de soins de santé en milieu rural de la fin des années 1960 à 1973, dont la forme était tripartite et « régionalisée ». Chen Pi-chao désigne l'enseignement de Grant comme étant l'un de ses antécédents historiques (Chen 1976 : 67; voir Lucas 1980; voir aussi le classique Lampton 1977) : « In today's rural China, one finds Dr Grant's village health worker in the person of the barefoot doctor, his health station in the form of the commune health center, and his base hospital in the form of the county people's hospital ».

Le principal disciple chinois de Grant en matière de santé publique, C. C. Chen, lui-même directeur médical du projet d'éducation populaire de Dingxian entre 1932 et 1937, estima après coup que certaines idées (mais pas toutes) tirées de l'expérience de Dingxian furent « adaptées » dans les différents efforts de politique de santé en milieu rural réalisés en Chine après 1958. Mais selon sa critique, ces adaptations furent des échecs. Il commenta ainsi l'ère des « docteurs aux pieds nus » (qu'il jugeait mal formés et peu supervisés) des années 1960 : « there was no suggestion of developing a carefully structured system, such as we had organized at Dingxian, which linked such workers to a hierarchy of more fully trained medical personnel at higher rural levels, or to advanced scientific personnel in the cities » (Chen 1989 : 131). Puis survint la décennie de la chaotique Révolution culturelle. Selon Chen, la situation de la politique et des pratiques de santé qui s'ensuivirent en 1987 était également critiquable (1989 : 153) car il y manquait « the emphasis on integrated functioning that we considered to be the essence of the Dingxian system ». Cependant, comme je l'indiquais plus haut, Grant lui-même raffina son modèle au-delà de ce qui fut mis en œuvre à Dingxian.

Dans le cas de la Chine « entrepreneuriale » des années 1990, Henderson (1992; Henderson, Akin, Li, Jin, Ma et Ge 1994) dresse un bon tableau des caractéristiques positives et négatives du système actuel de soins de santé : la situation plus difficile des soins psychiatriques et des services communautaires de santé mentale est décrite par Pearson et Phillips (1994; Phillips et Pearson 1994). Il y a des efforts locaux pour créer des « modèles » destinés à un plus large usage en Chine; notons en particulier, pour ce qui est de la santé mentale en milieu rural, le modèle Yantai réalisé à Shandong (Wang, Gong et Niu 1994), qui semble le plus proche des enseignements de Grant parmi les projets qui les pratiquent encore en Chine aujourd'hui<sup>16</sup>, et ce, même si Grant et Dingxian ne sont pas cités explicitement

16. Et ce, en dépit de la propre implication de C. C. Chen comme consultant pour un projet-modèle de santé publique en milieu rural financé par la Banque mondiale dans les années 1980, celui du comté

comme source d'inspiration (Wang, Gong et Niu 1994 : 107). Depuis 1982, les 11 comtés, les 205 villes, les 7 034 villages et les 6,3 millions de personnes impliquées dans ce projet ont pratiqué un « three-tier system of mental health leaderships groups », un système de gestion intégré et discipliné qui s'occupe de formation continue, de prévention de base, de répartition des soins et d'activités de réadaptation. Bien que ce projet comporte une hiérarchie précise de savoirs et de responsabilités biomédicaux, il fait aussi une place au « local » : chaque village a un groupe-leader qui comprend « the village head, the village health worker (a "village doctor") and the local head of the Women's Federation » (*ibid.* : 107-108). Mais en dépit de ce potentiel, le modèle Yantai n'a pas été conçu pour être une version élargie du modèle de développement communautaire de Grant. Ce sont les milliers de personnes diagnostiquées comme schizophrènes qui sont le principal objet de ce projet (*ibid.* : 109 et suivantes). Dans ce qui évoque la stigmatisation culturelle et le « régime disciplinaire » du premier Foucault, l'État se soucie de ces personnes, par exemple en subventionnant les programmes de soins à domicile, mais pas les médicaments nécessaires ni le coût des hospitalisations (1994 : 110). Cette médecine d'État est de plus en plus limitée et le modèle Yantai se trouve dans une situation critique sur le plan du financement et de la clientèle en raison de la contradiction interne existant selon le modèle entre, d'une part, les « besoins » de l'hôpital et des médecins et, d'autre part, les services communautaires et le climat actuel de recherche du profit (Wang, Gong et Niu 1994 : 113; Phillips et Pearson 1994 : 104). Au lieu que l'OMS encourage la Chine à exporter ce modèle « to other predominantly rural, under-resourced countries » (Phillips et Pearson 1994 : 104), il serait peut-être préférable que la Chine (et l'OMS) fassent une pause pour repenser ou « réimporter » l'héritage de Grant, qui ne se limite pas à son œuvre en Chine.

Un des buts de cet article était de provoquer le souvenir et une réévaluation de la carrière et des idées de J. B. Grant en Occident comme ailleurs; un autre but visait à explorer, dans la mesure des données qui me sont disponibles, « Michel Foucault » en le considérant comme étant davantage qu'un simple théoricien occidental; ce faisant, j'ai emmené *Foucault* dans la Chine de Grant et sur le terrain des politiques. À la fois implicitement et explicitement, en particulier dans la troisième partie, j'ai appliqué mon *Foucault* pour examiner le savoir « médico-administratif », les pratiques et les textes de Grant. Et j'ai attiré l'attention sur la convergence étonnante et jusqu'ici inaperçue de leurs idées sur les soins de santé et la sécurité sociale des populations, en utilisant, dans le cas de Foucault, un texte de 1983 dans lequel il commençait à s'attaquer à l'analyse d'une situation contemporaine réelle; ce texte, contrairement à ce à quoi s'attendait Said (1983 : 247),

---

de Shifang, où vivent près de 384 000 personnes, dans la province de Sichuan. Ce projet connut un certain succès; à la fin des années 1980, il fut sujet à certaines des tensions propres à la période des réformes qui s'étaient aussi manifestées dans le cas de Yantai. Cependant, les visites de Chen sur place furent rares et la description qu'il en donne est incomplète (1989 : 151, 162-171, 194 et 197), ce qui me convainquit de présenter plutôt le projet de Yantai à propos duquel des informations datant des années 1990 sont disponibles. Chen n'affirme d'ailleurs nullement que Shifang est un nouveau Dixian; il est même très critique à l'endroit des « médecins aux pieds nus » (1989 : 161, 194, 197).

nous montre un Foucault ayant « some intention of alleviating human suffering, pain or betrayed hope ».

Un des objectifs de la juxtaposition de ces deux « voyageurs » était d'ajouter de la « chair » à l'idée — esquissée par Said — du mouvement ou du commerce du savoir entre chercheurs, à travers les disciplines et les cultures. Je voulais en particulier montrer à quel point il est nécessaire et utile, pour nos projets politiques et de recherche, d'observer soigneusement l'ensemble des facteurs qui opèrent dans cette transmission de savoir (Lumsden 1992-1993b : 235-238). C'est pourquoi j'ai précisé dans ce texte comment la trajectoire temporelle et spatiale de *Grant* et de *Foucault* a été influencée par des circonstances particulières, des infrastructures, des étudiants, des résistances et par des contingences historiques.

Dans une étude antérieure du commerce international du savoir, j'avais étudié l'importation locale de savoirs professionnels sans accorder assez d'attention (Lumsden 1992-1993b : 237) à la possibilité de leur « reflux » total ou partiel ou de leur réexportation sous une forme ou un personnage nécessairement patinés et « indigénisés » (voir Said 1983 : 236-237, 239, 247). Comme Said lui-même, je m'étais essentiellement concentré sur un ensemble spécifique ou une chaîne unilinéaire d'importations ; dans le présent article, j'ai également pris en considération et souhaité ce que j'appelle « le retour de l'exprimé ». Il ne s'agit pas tant d'un retour vers la pensée, vers notre conscience critique, que d'un retour, et ce n'est pas un détail, qui peut informer ou structurer notre propre pratique de politique publique, notre gouvernementalité. J'ai ainsi « ramené » Grant et Foucault, couverts de la poussière du voyage, jusque dans les débats actuels sur les limites des soins de santé, débats qui ne sont pas seulement occidentaux ou biomédicaux.

Mais je rappelle ici de nouveau que les théories occidentales ne doivent pas seulement être situées dans l'espace de leur origine ; il n'est pas non plus correct que des anthropologues occidentaux (ou formés en Occident) utilisent des théoriciens occidentaux pour analyser et chercher à comprendre l'Autre alors que les discours qui circulent chez cet Autre incluent déjà (et le feront peut-être de plus en plus) leur propre version de ces mêmes théoriciens importés. Nous devons donc examiner et utiliser ces penseurs indigénisés dans notre travail, pour toutes sortes de sociétés, de même que contribuer à leur « retour » pour enrichir les débats occidentaux (mais en nous méfiant de la dégradation notée par Said). Nous ne devons pas non plus, bien sûr, négliger d'utiliser les idées, les penseurs et les traditions intellectuelles pertinentes dont l'origine se situe dans le temps et l'espace de l'Autre (Said 1983 : 241). C'est en s'inspirant d'un paysage intellectuel authentiquement cosmopolite ou globalisé que nous devons exercer notre conscience critique, élaborer nos théorisations, mener nos recherches sur les usages et les effets sociaux du savoir scientifique, façonner notre carrière et animer nos débats sur les politiques publiques. Une telle pratique et une telle diffusion de l'analyse « contrapuntique » proposée par Said (1994a) du « concert of all literatures and ideas », qui imprègne et vivifie le monde, le texte et la critique (1983), contribuent à enrichir ce paysage intellectuel.

Finalement, dans cette exploration d'une théorisation transnationale, le problème crucial que j'ai posé a aussi été celui de la pratique et de la garantie de



l'équité sociale, de la gouvernementalité et de la citoyenneté. La régionalisation proposée par Grant est un mécanisme de promotion d'une société civile dans l'État et vis-à-vis de l'État. C'est une pratique au service de la santé des gens et qui évite les soins non nécessaires, qui s'effectue à un coût adéquat dans un monde de limites. Elle est peut-être, pour emprunter l'expression de Foucault (1984b; Simons 1995 : 125) une « pratique réfléchie » et compétente de la liberté.

(Texte inédit en anglais traduit par Florence Piron)

## Références

- ANGUS D., L. AUER, J. E. CLOUTIER et T. ALBERT, 1995, *Sustainable Health Care for Canada : Synthesis Report*. Ottawa, Université d'Ottawa.
- ANONYME, 1932, « Peiping Union Medical College Begins Cooperation with Ting Hsien Rural Health Experiment », *The Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin*, 10, 4 : 316-317.
- , 1968, « (Obituary) Grant, John Black », *Who Was Who in America*, Vol. 4, 1961-1968 : 373.
- APPADURAI A., 1990, « Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy », *Public Culture*, 2, 2 : 1-24.
- ARBONA G. et A. RAMÍREZ DE ARELLANO, 1978, *Regionalization of Health Services : The Puerto Rican Experience*. New York, Oxford University Press.
- AUSTIN A., 1986, *Saving China : Canadian Missionaries in the Middle Kingdom, 1888-1959*. Toronto, University of Toronto Press.
- BARLOW J., 1979, *Sun Yat-sen and the French, 1900-1908*. Berkeley, Center for Chinese Studies, China Research Monograph N° 14.
- BAUM R., 1993, « The Road to Tiananmen : Chinese Politics in the 1980s » : 340-471, in R. MacFarquhar (dir.), *The Politics of China, 1949-1989*. New York, Cambridge University Press.
- BERENSON E., 1995, « A Permanent Revolution : The Historiography of 1789 », *Modern China*, 21, 1 : 77-104.
- BEVIS P., M. COHEN et G. KENDALL, 1993, « Archaeologizing genealogy : Michel Foucault and the economy of austerity » : 193-215, in M. Gane et T. Johnson (dir.), *Foucault's New Domains*. Londres et New York, Routledge.
- BLUE G., 1993, « Chinese Influences on the Enlightenment in Europe » : 309-322, in R. Hayhoe, *Knowledge Across Cultures : Universities East and West*. Wuhan, Hubei Education Press et Toronto, OISE Press.
- BROWN E. R., 1976, « Public Health in Imperialism : Early Rockefeller Programs at Home and Abroad », *American Journal of Public Health*, 66, 9 : 897-903.
- , 1987, *Rockefeller Medicine Men : Medicine and Capitalism in America*. Berkeley, University of California Press.
- BULLOCK M. B., 1980, *An American Transplant : The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College*. Berkeley, University of California Press.

- BURCHELL G., 1991. « Peculiar interests : civil society and governing "the system of natural liberty" » : 119-150. in G. Burchell, C. Gordon et P. Miller (dir.), *The Foucault Effect : Studies in Governmentality*. Chicago, University of Chicago Press.
- CHEN C. C. (avec F. Bunge), 1989. *Medicine in Rural China : A Personal Account*. Berkeley, University of California Press.
- CHEN P.-C., 1976. *Population and Health Policy in the People's Republic of China*. Washington (D.C.), Smithsonian Institution, Interdisciplinary Communications Program, Occasional Monograph Series, N° 9.
- CHONG W. L., 1990. « Petitioners, Popperians, and Hunger Strikers : The Uncoordinated Efforts of the 1989 Chinese Democratic Movement » : 106-125. in T. Saich (dir.), *The Chinese People's Movement : Perspectives on Spring 1989*. Armonk, M. E. Sharpe.
- CLIFFORD J., 1989. « Notes on Travel and Theory », *Inscriptions*, 5 : 177-188.
- CUETO M. (dir.), 1994. *Missionaries of Science : The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington, Indiana University Press.
- CUSHING H., 1925. *The Life of Sir William Osler*. Deux volumes, Oxford, Clarendon Press.
- DAWSON REPORT, 1920. « Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services » : 241-291, in E. Seward (dir.), *The Regionalization of Personal Health Services*. New York, Prodist, for The Milbank Memorial Fund, 1976.
- DEAN C.J., 1994. « The Productive Hypothesis : Foucault, Gender, and The History of Sexuality », *History et Theory*, 33, 3 : 271-296.
- DEBER R., S. MHATRE et G.R. BAKER, 1994. « A Review of Provincial Initiatives » : 91-124, in A. Blomqvist et D. Brown (dir.), *Limits to Care : Reforming Canada's Health Care System in an Age of Restraint*. Toronto, C.D. Howe Institute, Policy Study 20.
- DEPIERRE R., 1987. « Maoism in Recent French Educational Thought and Practice » : 199-224, in R. Hayhoe et M. Bastid (dir.), *China's Education and the Industrialized World*. Armonk, M. E. Sharpe.
- DESJARLAIS R., L. EISENBERG B. GOOD et A. KLEINMAN, 1995. *World Mental Health : Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York, Oxford University Press.
- DINGES M., 1994. « The Reception of Michel Foucault's Ideas on Social Discipline, Mental Asylums, Hospitals and the Medical Profession in German Historiography » : 181-212, in C. Jones et R. Porter (dir.), *Reassessing Foucault : Power, Medicine and the Body*. Londres, Routledge.
- EAGLETON T., 1990. « Defending the Free World » : 85-94, in R. Miliband, L. Panitch et J. Saville (dir.), *Socialist Register, 1990*. Londres, The Merlin Press.
- ENGLISH C., 1987. « French Public Opinion and the Second Empire's Intervention in China, 1857-1861 », *Canadian Journal of History*, 22, 3 : 315-348.
- EYLER J., 1992. « The Sick Poor and the State : Arthur Newsholme on Poverty, Disease, and Responsibility » : 275-296, in C. Rosenberg et J. Golden (dir.), *Framing Disease : Studies in Cultural History*. New Brunswick (N. J.), Rutgers University Press.
- FALLOWS J., 1995. « A Triumph of Misinformation », *The Atlantic Monthly*, 275, 1 : 26, 28-37.
- FAR EASTERN ECONOMIC REVIEW, 1994. « Regional Briefing », *Far Eastern Economic Review*, 157, 38 : 13.

- FARLEY J., 1994, « Rockefeller Campaigns against Hookworm, Yellow Fever and Malaria : Models for International Health ? », communication, York University, 1<sup>er</sup> mars.
- FARQUHAR J., 1994, *Knowing Practice : The Clinical Encounter of Chinese Medicine*. Boulder, Westview Press.
- FEE E., 1987, *Disease et Discovery : A History of the Johns Hopkins School of Hygiene et Public Health, 1916-1939*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- FEI X., 1981, *Toward a People's Anthropology*. Beijing, New World Press.
- FLEMING D., 1987, *William H. Welch and the Rise of Modern Medicine*. édit. revue. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- FOUCAULT M., 1961, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Plon.
- , 1963, *Naissance de la clinique*. Paris, Presses Universitaires de France.
- , 1968, « Réponds à une question » : 673-695, in *Dits et écrits*, Tome I. Paris Gallimard, 1994.
- , 1972, « Sur la justice populaire. Débat avec les maos » : 340-369, in *Dits et écrits*, Tome II. Paris, Gallimard, 1994.
- , 1976a, « La politique de la santé au XVIII<sup>e</sup> siècle » : 13-27, in *Dits et écrits*, Tome III. Paris, Gallimard, 1994.
- , 1976b, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- , 1978a, « Sexualité et pouvoir » : 552-570, in *Dits et écrits*, Tome III. Paris, Gallimard, 1994.
- , 1978b, « La gouvernementalité » : 635-657, in *Dits et écrits*, Tome III. Paris, Gallimard, 1994.
- , 1983, « Un système fini face à une demande infinie » : 367-383, in *Dits et écrits*, Tome IV. Paris, Gallimard, 1994.
- , 1984a, « Le souci de la vérité » : 668-688, in *Dits et écrits*, Tome IV. Paris, Gallimard, 1994.
- , 1984b, « L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté » : 708-729, in *Dits et écrits*, Tome IV. Paris, Gallimard, 1994.
- , 1984c, « Une esthétique de l'existence » : 730-735, in *Dits et écrits*, Tome IV. Paris, Gallimard, 1994.
- , 1988, « La technique de soi » : 783-813, in *Dits et écrits*, Tome IV. Paris, Gallimard, 1994.
- FREUNDLIEB D., 1994, « Foucault's Theory of Discourse and Human Agency » : 152-180, in C. Jones et R. Porter (dir.), *Reassessing Foucault : Power, Medicine and the Body*. Londres, Routledge.
- GANE M. et N. GANE, 1994, « Foucault, the Conference Subject : Regulated, defined and quartered », *Border/Lines*, 34/35 : 44-45.
- GARRETT S., 1970, *Social Reformers in Urban China : The Chinese YMCA, 1895-1926*. Cambridge, Harvard University Press.
- GEWURTZ M., 1985, « For God or For King : Canadian Missionaries and the Chinese Labour Corps in World War I » : 31-55, in M.-S. Chen et L. Shyu (dir.), *China Insight : Selected Papers from the Canadian Asian Studies Association Annual Conference Proceedings, 1982-1984*. Ottawa, Carleton University.

- GIDDENS A., 1995. « Foucault, Nietzsche and Marx » : 259-268, in *Politics, Sociology and Social Theory*, Stanford, Stanford University Press.
- GLADNEY D., 1991. *Muslim Chinese : Ethnic Nationalism in the People's Republic*. Cambridge, Harvard University Press.
- , 1994. « Ethnic Identity in China : The New Politics of Difference » : 171-192, in W. Joseph (dir.), *China Briefing, 1994*. Boulder, Westview Press.
- GOLDSTEIN J. (dir.), 1994, *Foucault and the Writing of History*. Oxford, Blackwell.
- GORDON C., 1991. « Governmental Rationality : An Introduction » : 1-51, in G. Burchell, C. Gordon et P. Miller (dir.), *The Foucault Effect : Studies in Governmentality*. Chicago, University of Chicago Press.
- GRANT J. B., 1948. « International Trends in Health Care », *American Journal of Public Health*, 38, 3 : 381-397.
- , 1960-1961. *The Reminiscences of Dr. John B. Grant*. Entrevues avec Dr Saul Benison. Columbia University Oral History Collection, Part III, N° 195, (14 microfiches). New York, Columbia Oral History Research Office.
- GULDIN G. E., 1991. « The Organization of Minority Studies in China », *China Exchange News*, 19, 2 : 7-12.
- , 1992. « Anthropology By Other Names : The Impact of Sino-Soviet Friendship on the Anthropological Sciences », *The Australian Journal of Chinese Affairs*, N° 27 : 133-149.
- , 1993. « Of Disciplinary Births » : 3-7, in G. Guldin et A. Southall (dir.), *Urban Anthropology in China*. Leiden, E. J. Brill.
- , 1944, *The Saga of Anthropology in China : From Malinowski to Moscow to Mao*. Armonk, M. E. Sharpe.
- GULDIN G. E. (dir.), 1990, *Anthropology in China : Defining the Discipline*. Armonk : M. E. Sharpe.
- GUNN E., 1993. « Recent Trends in Chinese Literary Studies », *China Exchange News*, 21, 3 et 4 : 2-8.
- GUTTING G., 1994. « Michel Foucault's *Phänomenologie des Krankengeistes* » : 331-347, in M. Micale et R. Porter (dir.), *Discovering the History of Psychiatry*. New York, Oxford University Press.
- HARDING H., 1993. « The Chinese State in Crisis, 1966-9 » : 148-247, in R. MacFarquhar (dir.), *The Politics of China, 1949-1989*. New York, Cambridge University Press.
- HARRELL S., 1991. « Anthropology and Ethnology in the PRC : The Intersection of Discourses », *China Exchange News*, 19, 2 : 3-6.
- HARVEY A. McG. et V. MCKUSICK (dir.), 1967, *Osler's Textbook Revisited*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- HARVEY, A. McG., V. MCKUSICK et J. STOBO, 1990, *Osler's Legacy : The Department of Medicine at Johns Hopkins, 1889-1989*. Baltimore, Johns Hopkins University.
- HAYFORD C., 1990, *To The People : James Yen and Village China*. New York, Columbia University Press.

- HAYHOE R., 1987, « Catholics and Socialists : The Paradox of French Educational Interaction with China » : 97-119, in R. Hayhoe et M. Bastid (dir.), *China's Education and the Industrialized World*. Armonk, M. E. Sharpe.
- HE X., 1990, « A Word of Advice to the Politburo », avec introduction de G. Barmé, *The Australian Journal of Chinese Affairs*, 23 : 49-76.
- HEISER V., 1936, *An American Doctor's Odyssey : Adventures in Forty-Five Countries*. New York, W.W. Norton and Co.
- HENDERSON G., J. AKIN, Z. LI , S. JIN, H. MA et K. GE, 1994, « Equity and the Utilization of Health Services : Report of an Eight-Province Survey in China », *Social Science and Medicine*, 39, 5 : 687-699.
- HESSE C., 1994, « Kant, Foucault and *Three Women* » : 81-98, in J. Goldstein (dir.), *Foucault and the Writing of History*. Oxford, Blackwell.
- HOLUB R., 1992, *Crossing Borders : Reception Theory, Poststructuralism, Deconstruction*. Madison, University of Wisconsin Press.
- HSU F. L. K., 1971, « Psychosocial Homeostasis and *Jen* : Conceptual Tools for Advancing Psychological Anthropology », *American Anthropologist*, 73, 1, : 23-44.
- HUA M., 1990, « From Sartre to Mao Zedong » : 406-407, in G. Barmé et L. Jaivin (dir.), *New Ghosts, Old Dreams : Chinese Rebel Voices*. New York, Times Books, 1992.
- HURST J., 1992, *The Reform of Health Care : A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris, Organisation de coopération et de développement économique.
- JAMESON F., 1993, « Foreword » : 1-7, in K. Liu et X. Tang (dir.), *Politics, Ideology, and Literary Discourse in Modern China*. Durham, Duke University Press.
- JONES C. et R. PORTER (dir.), 1994, *Reassessing Foucault : Power, Medicine and the Body*. Londres, Routledge.
- KLEINMAN A. et J. KLEINMAN, 1991, « Suffering and Its Professional Transformation : Toward an Ethnography of Interpersonal Experience », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15, 3 : 275-301.
- LABONTE R., 1995, *Community Development in the Public Health Sector : The Possibilities of an 'Empowering' Relationship between the State and Civil Society*. Thèse de doctorat, 1<sup>ère</sup> version, Département de sociologie, York University.
- LAMPTON D. M., 1977, *The Politics of Medicine in China : The Policy Process, 1949-1977*. Folkestone, (G.B.), Wm. Dawson and Sons.
- LAMSON H. D., 1935, *Social Pathology in China : A Source Book for the Study of Problems of Livelihood, Health, and the Family*. Shanghai, The Commercial Press.
- LEVINE M., 1993, *The Found Generation : Chinese Communists in Europe during the Twenties*. Seattle, University of Washington Press.
- LIN C., 1995, « *Toward a Chinese Feminism : A Personal Story* », *Dissent*, automne 1995 : 477-485.
- LIU K., 1993, « Subjectivity, Marxism, and Cultural Theory in China » : 23-55, in K. Liu et X. Tang (dir.), *Politics, Ideology, and Literary Discourse in Modern China*. Durham, Duke University Press.
- LIU Z., 1993, « The Subjectivity of Literature Revisited » : 56-69, in K. Liu et X. Tang (dir.), *Politics, Ideology, and Literary Discourse in Modern China*. Durham, Duke University Press.

- LOMAS, J. et A.-P. CONTANDRIOPOULOS. 1994. « Regulating Limits to Medicine : Towards Harmony in Public- and Self-Regulation » : 253-283, in R. Evans, M. Barer et T. Marmor (dir.), *Why Are Some People Healthy and Others Not ? : The Determinants of Health of Populations*. New York, Aldine de Gruyter.
- LOWE L., 1994. « The Desires of Postcolonial Orientalism : Chinese Utopias of Kristeva, Barthes, and *Tel quel* » : 136-189, in *Critical Terrains : French and British Orientalism*. Ithaca, Cornell University Press.
- LUCAS A. E., 1980. « Changing Medical Models in China : Organizational Options or Obstacles ? », *The China Quarterly*, 83 : 461-489.
- LUMSDEN D. P., 1992-1993a « Introduction : Montréal and Toronto, Canada and China », *Santé, Culture, Health*, 9, 2 : 207-216.
- , 1992-1993b. « Professional Godfather : The Role of Adolf Meyer and his Students in Canadian and Chinese Psychiatry », *Santé, Culture, Health*, 9, 2 : 217-251.
- , 1995. « Réflexions sur le commerce du savoir et sur la psychiatrie comme marchandise » : 181-204, in F. Trudel, P. Charest et Y. Breton (dir.), *La construction de l'anthropologie québécoise : Mélanges offerts à Marc-Adélar Tremblay*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.
- MA S.-Y., 1993. « The Exit, Voice and Struggle to Return of Chinese Political Exiles » , *Pacific Affairs*, 66, 3 : 368-385.
- MACEY D., 1993. *The Lives of Michel Foucault*. Londres, Hutchinson.
- MENG X., 1989. « A Survey of the Development of Ethnology in China in the Past Decade », *Social Sciences in China*, 10, 2 : 206-223.
- MEISNER M., 1994. « The French Revolution and Chinese socialism » : 177-194, in J. Klaitz et M. Haltzel (dir.), *The Global Ramifications of the French Revolution*. New York, Cambridge University Press.
- MILLER J., 1993. *The Passion of Michel Foucault*. New York, Simon and Schuster.
- MILLS A., J. VAUGHAN, D. SMITH, et I. TABIBZADEH , 1990. *Health System Decentralization : Concepts, Issues and Country Experience*. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- MINDEN K., 1994. *Bamboo Stone : The Evolution of a Chinese Medical Elite*. Toronto, University of Toronto Press.
- MITCHELL P., 1985. « Canada and the Chinese Labour Corps 1917-1920 : The Official Connection » : 7-30, in M.-S. Chen et L. Shyu (dir.), *China Insight : Selected Papers from the Canadian Asian Studies Association Annual Conference Proceedings, 1982-1984*. Ottawa, Carleton University.
- NOWELL G., 1994. *Mercantile States and the World Oil Cartel, 1900-1939*. Ithaca, Cornell University Press.
- O'CONNOR R., 1973. *The Spirit Soldiers : A Historical Narrative of the Boxer Rebellion*. New York, G. P. Putnam's Sons.
- PAGLIA C., 1991. « Junk Bonds and Corporate Raiders : Academe in the Hour of the Wolf » : 170-248, 301-302, in *Sex, Art, and American Culture*. New York, Vintage Books, 1992.
- , 1994. *Vamps and Tramps : New Essays*. New York, Vintage Books.

- PEARSON D., 1976, « The Concept of Regionalized Personal Health Services in the United States, 1920-1955 » : 3-51, in E. Seward (dir.), *The Regionalization of Personal Health Services*. New York, Prodist, for The Milbank Memorial Fund.
- PEARSON V. et M. PHILLIPS, 1994, « The Social Context of Psychiatric Rehabilitation in China », *British Journal of Psychiatry*, 165 (supplément 24) : 11-18.
- PHILLIPS M. et V. PEARSON, 1994, « Rehabilitation Interventions in Rural Communities », introduction des éditeurs à la section IV, *British Journal of Psychiatry*, 165 (supplément 24) : 103-106.
- RABINOW P., 1994, « Modern and counter-modern : Ethos and epoch in Heidegger and Foucault » : 197-214, in G. Gutting (dir.), *The Cambridge Companion to Foucault*. Cambridge et New York, Cambridge University Press.
- RACHLIS M. et C. KUSHNER, 1994, *Strong Medicine : How to Save Canada's Health Care System*. Toronto, Harper Collins Publishers.
- ROSENBAUM A., 1994, « France in Asia : Balancing Opportunities », *Far Eastern Economic Review*, 157, 43 : 39-46.
- SAHLINS P., 1994, « Fictions of a Catholic France : The Naturalization of Foreigners, 1685-1787 », *Representations*, 47 : 85-110.
- SAID E. W., 1979, *Orientalism*. New York, Vintage Books.
- , 1983, *The World, the Text, and the Critic*. Cambridge, Harvard University Press.
- , 1984, « Michel Foucault, 1926-1984 » : 1-11, in J. Arac (dir.), *After Foucault : Humanistic Knowledge, Postmodern Challenges*. New Brunswick (N. J.), Rutgers University Press, 1988.
- , 1986, « Foucault and the Imagination of Power » : 149-155, in D. Hoy (dir.), *Foucault : A Critical Reader*. Oxford, Basil Blackwell.
- , 1994a, *Culture and Imperialism*. New York, Vintage Books.
- , 1994b, *Representations of the Intellectual*. New York, Pantheon Books.
- SAID E. W. et D. BARSAMIAN, 1994, *The Pen and the Sword : Conversations*. Monroe, Common Courage Press.
- SANGREN P. S., 1995, « "Power" against Ideology : A Critique of Foucaultian (sic) Usage », *Cultural Anthropology*, 10, 1 : 3-40.
- SARTRE J.-P., 1972, « The Maoists in France » : 162-171, in his *Life/Situations : Essays Written and Spoken*. New York, Pantheon Books, 1977.
- , 1975, « Self-Portrait at Seventy » : 3-92, in his *Life/Situations : Essays Written and Spoken*. New York, Pantheon Books, 1977.
- SAWARD E. (dir.), 1976, *The Regionalization of Personal Health Services*, édit. revue. New York, Prodist, for The Milbank Memorial Fund.
- SEIPP C. (dir.), 1963, *Health Care for the Community : Selected Papers of Dr. John B. Grant*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1981.
- SIMONS J., 1995, *Foucault and the Political*. Londres et New York, Routledge.
- SPENCE J. D., 1989, *The Question of Hu*. New York, Vintage Books.
- , 1990, *The Search for Modern China*. New York, W.W. Norton and Company.

- SPIVAK G. C., 1981, « French Feminism in an International Frame », *Yale French Studies*, 62 : 154-184.
- , 1988, « Can the Subaltern Speak ? » : 271-313, in C. Nelson et L. Grossberg (dir.), *Marxism and the Interpretation of Culture*. Urbana : University of Illinois Press.
- SUMMERSKILL M., 1982, *China on the Western Front : Britain's Chinese Work Force in the First World War*. Londres, Michael Summerskill.
- SZAKOLCZAI A., 1994, « Thinking Beyond the East-West Divide : Foucault, Patocka, and the Care of the Self » , *Social Research*, 61, 2 : 297-323.
- TANG X., 1991, « The Function of New Theory : What Does it Mean to Talk about Postmodernism in China ? » : 278-299, in K. Liu et X. Tang (dir.), *Politics, Ideology, and Literary Discourse in Modern China*. Durham, Duke University Press, 1993.
- , 1993, « Orientalism and the Question of Universality : The Language of Contemporary Chinese Literary Theory », *Positions*, 1, 2 : 389-413.
- THE GLOBE AND MAIL, 1994, « Editorial : Climbing a tree to catch a fish », *The Toronto Globe and Mail*, 12 mars : D6.
- , 1995, « Saskatchewan : Doctors wary of funding proposal », *The Toronto Globe and Mail*, 7 novembre : A4.
- THE NEW YORK TIMES, 1962, « (Obituary) Dr. John B. Grant, Health Aide, Dies : Won Lasker Award-Long with Rockefeller Foundation », *The New York Times*, 18 octobre : 39.
- TWOHEY M. E., en préparation, *New Authoritarianism and Chinese Political Debate*. Thèse de doctorat en science politique, chapitre 5. University of Cambridge; mes remerciements pour m'avoir permis la consultation.
- VALSINER J., 1995, « Editorial : Culture and Psychology », *Culture and Psychology*, 1, 1 : 5-10.
- WANG N., 1991a, « The Reception of Freudianism in Modern Chinese Literature. Part I (1920-1949) », *China Information*, 5, 4 : 58-71.
- , 1991b, « The Reception of Freudianism in Modern Chinese Literature. Part II (1949-Present) », *China Information* 6, 1 : 46-54.
- , 1993, « Reception and Metamorphosis : Post-modernity in Contemporary Chinese Avant-Garde Fiction », *Social Sciences in China*, 14, 1 : 5-13.
- WANG Q., Y. GONG et K. NIU, 1994, « The Yantai Model of Community Care for Rural Psychiatric Patients », *British Journal of Psychiatry*, 165 (supplément 24) : 107-113.
- YANG M. M.-H., 1994, *Gifts, Favors, and Banquets : The Art of Social Relationships in China*. Ithaca, Cornell University Press.
- YUE D., 1993, « Standing at a Theoretical Crossroads : Western Literary Theories in China », *China Exchange News*, 21, 3 et 4 : 9-12.
- ZHA J., 1995, *China Pop : How Soap Operas, Tabloids, and Bestsellers are Transforming a Culture*. New York, The New Press.
- ZHANG L., 1988, The Myth of the Other : China in the Eyes of the West », *Critical Inquiry*, 15,1 : 108-131.
- , 1992, « Western Theory and Chinese Reality », *Critical Inquiry*, 19, 1 : 105-130.
- ZITO A. et T. BARLOW (dir.), 1994, *Body, Subject and Power in China*. Chicago, University of Chicago Press.



## RÉSUMÉ/ABSTRACT

### *Théories voyageuses*

#### *Foucault, Grant, la Chine et la régionalisation des soins de santé*

Actuellement, de nombreux gouvernements aux prises avec une crise fiscale cherchent des moyens de limiter et de restructurer les services de soins de santé offerts à leurs citoyens. Cet article présente les positions à ce sujet de deux penseurs : Michel Foucault (sur la sécurité sociale) et le Dr John Black Grant de la Fondation Rockefeller (sur la régionalisation des soins de santé), dont les travaux sont considérés comme des « théories voyageuses ». En effet, il est indispensable d'étudier les vicissitudes spatiales et temporelles du savoir pour mieux comprendre les usages et les effets du savoir scientifique. La première partie présente des réflexions que fit Foucault peu avant sa mort sur l'État-providence et les processus décisionnels démocratiques. La deuxième traite *Foucault* comme une marchandise intellectuelle en transit, notamment en Chine. Dans la troisième partie, l'auteur examine la contribution de Grant aux politiques et aux pratiques de santé en Chine et ailleurs et montre la convergence entre son projet de décentralisation et celui que propose Foucault (mais qui est moins détaillé). La vision qu'avait Grant de la régionalisation visait à promouvoir la réalisation d'une société civile; en termes foucauldien, il s'agit d'un exercice de gouvernementalité à l'intérieur d'une nouvelle « technique du soi », qui peut devenir une « pratique de liberté ».

Mots clés : Lumsden, santé, régionalisation, théorie, Foucault, Grant, Chine.

### *Travelling Theory and Population Health : Foucault, Grant, China and Regionalization*

Many governments currently wrestling with fiscal crisis are seeking how best to limit and restructure their citizens' health care services. This paper on transnational theorizing draws attention to the views on this policy matter of two earlier thinkers : Michel Foucault on « social security », and Dr. John Black Grant of The Rockefeller Foundation on the « regionalization » of services. Both are treated as cases of « travelling theory » : we must grasp both the temporal and the spatial vicissitudes of *savoir* if we are to better understand and deal with « *les usages et les effets sociaux du savoir scientifique* », with the *savoir* of governmentality and *la santé publique*. Part (1) reviews Foucault's later thought about state welfare and democratic decision-making; Part (2) treats *Foucault* as a travelling intellectual commodity, and focuses on the case of China; Part (3) examines Grant's contributions to health policy and practice in China and elsewhere, and shows Foucault's later convergence on a similar (but less detailed) policy of decentralization. Grant's vision of « regionalization » can promote the growth of « civil society »; in Foucauldian terms, it is an exercise in governmentality, in a new « technology of the self », and can be a « practice of liberty ».

Key words : Lumsden, health, regionalization, theory, Foucault, Grant, China.

David Paul Lumsden  
224 Norman Bethune College  
York University  
4700 Keele Street  
North York (Ontario)  
M3J 1P3