

RISES

Réseau Interdisciplinaire Santé Éthique et Société

SEMINAIRE DE RECHERCHE
Année 2005/2006

Compte-rendu de la séance du samedi 26 novembre 2005

Exposés :

Julien LAMY (Doctorant en philosophie, Lyon 3)

Regard philosophique sur le handicap : une figure archétypique de la relation à l'autre ?

Jean-Jacques WUNENBURGER (Doyen de la Faculté de Philosophie, Lyon 3)

Imaginaire et rationalité des médecines alternatives

Samedi 26 novembre 2005

09h30-12h

Salle de réception La Rotonde

18 rue Chevreul – 6^e étage

69007 LYON

Membres présents

Yngrid ACHARD

Cadre de santé

achard.yngdrid@neuf.fr

Jean-Charles CASTEL

jean-charles.castel@wanadoo.fr

Christine DURIF-BRUCKERT

MC Psychologie sociale, Lyon 2

christine.durif@univ-lyon2.fr

Michèle FABRE

Cadre de santé

fabre.castel@wanadoo.fr

Marie-Madeleine FIERS-DIDELOT

Ingénieur INSERM

fiers@cervi-lyon.inserm.fr

Gilbert KIRKORIAN

Hôpital Cardiologique Louis Pradel, Faculté de médecine Lyon-Sud

gilbert.kirkorian@chu-lyon.fr

Nicolas KOPP

PU – PH Neuropathologie, HCL, Lyon 1

nicolas.kopp@chu-lyon.fr

Julien LAMY

Secrétaire du PPF RISES

julien-lamy@wanadoo.fr

Victor LARGER

Médecin, Doctorant en Philosophie, Lyon 3

victor.larger@wanadoo.fr

André Liboire TSALAMBANI

Docteur en Philosophie, Assistant, Université Dschang, Cameroun

tsalambania@yehoo.fr

Jean-Jacques WUNENBURGER

PU Philosophie, Doyen de la Faculté de Philosophie, Responsable du RISES, Lyon 3

jean-jacques.wunenburger@wanadoo.fr

Début de séance

Après l'accueil des membres présents, Jean-Jacques Wunenburger rappelle la nouvelle organisation des séminaires RISES pour l'année 2005/2006. Les séminaires consisteront en trois demi-journées de travail, le samedi matin de 9h30 à 12h dans La salle de la Rotonde, au 18 rue Chevreul – 69007 Lyon.

Les textes retranscrits dans le présent compte-rendu sont des résumés reprenant des extraits des interventions. Les textes complets des interventions seront prochainement publiés et disponibles sur le site du PPF RISES, dont l'espace de publication électronique devrait être mis en service en début d'année 2006 sur le site de La Recherche de l'Université Jean Moulin Lyon 3 (http://www.univ-lyon3.fr/48461640/0/fiche_71_pagelibre/)

Avant que la séance ne se poursuive directement par le premier exposé de la matinée, l'importance et le besoin de pluridisciplinarité, exprimés par la diversité des métiers et des disciplines concernées par les questions transversales qui se posent aujourd'hui dans le champ de l'éthique et de la santé, sont rappelés. Il s'agit de croiser les expériences, les outils culturels, méthodologiques et philosophiques, selon le schéma général d'un dialogue et d'une discussion.

Regard philosophique sur le handicap : une figure archétypique de la relation à l'autre ?
par **Julien LAMY**

Résumé de l'intervention

Si l'on voulait donner une première définition du handicap, précise et synthétique, on pourrait se référer à l'*ABCDaire des sciences humaines et sociales en médecine*¹, ouvrage dans lequel nous lisons que le handicap est un phénomène social qui décrit une interaction entre des exigences du milieu et des caractéristiques de fonctionnement d'un individu. Le handicap met l'accent sur l'environnement, il questionne l'action sociale et l'éthique d'une société. Il s'agit ainsi d'une notion relative et variable. Elle recouvre une situation évolutive, en prise sur le développement de la société. Par ailleurs l'unité de mot recouvre des réalités différentes. Ce terme générique englobe en effet des difficultés de nature (on parle alors de handicap physique, intellectuel, psychique ou encore de maladies invalidantes), de configurations (surhandicap, handicaps associés, polyhandicap) et de causes très diverses (organiques, psychologiques, socio-économiques et culturelles).

Il s'agit donc avec le handicap d'un concept qui met en jeu un phénomène plus complexe que ne le laisse entendre l'unité lexicale et qui ne peut être appréhendé qu'en relation avec l'état d'une société à un moment donné.

¹ Cf. *ABCDaire des sciences humaines et sociales en médecine*, Paris : Ellipses, 2004.

Quid alors du handicap ? Parvenons-nous aujourd'hui à mieux comprendre le handicap ? En avons-nous une intelligence fine et plurielle, à même de saisir une réalité complexe et multiple ?

Notre intérêt se portera du côté des questions épistémologiques et éthiques, qui constituent respectivement l'arrière-plan conceptuel et le prolongement plus proprement humain des questions de santé publique et de prise en charge sociale. Car nous pensons qu'il est aussi important, à côté (et non pas à la place) des questions socio-politiques, de porter un regard sur la réalité même du handicap, d'un point de vue plus philosophique. Car nous pensons que le handicap peut être interrogé à partir du lieu philosophique, en termes épistémologiques, éthiques et existentiels.

Le handicap se présente comme un phénomène miroir de notre rapport à autrui, comme un phénomène grossissant de la relation à l'autre et la différence. Avec le handicap, nous sommes confrontés au paroxysme de la différence, dont le risque est que les ressemblances s'estompent au gré des dissemblances, en considération de constitutions physiques qualifiées de « monstrueuses » ou de comportements considérés comme anormaux.

De sorte qu'il est nécessaire d'avoir une approche nuancée et précise du handicap, pensé comme une propriété d'une vie et non pas comme la détermination exclusive des qualités d'une personne. Cela relève en premier lieu d'une tâche épistémique, consistant avant tout à dissiper une erreur courante dans l'approche du handicap, et en second lieu d'une approche plus phénoménologique, consistant à comprendre ce qui se joue dans l'expérience de la conscience et de la personne handicapées.

L'erreur courante consiste à confondre handicap et personne, individu et incapacité : dire « un handicapé », c'est faire comme si la déficience définissait exhaustivement l'identité. Or nous raisonnons et agissons ainsi sur la base d'une expérience première, schématisée par la vision : le handicap, sous les traits du corps, est bien souvent la première chose que l'on voit. Le regard est le véhicule d'une expérience scopique et totalisante. La perception de l'autre à travers son corps est totalisée par le regard, qui nous livre une image globale, une première impression entachée de subjectivité. En ce sens, c'est le regard qui nous fait en premier lieu percevoir la personne comme un handicapé. Le regard objective la personne à travers le handicap, l'incapacité ou l'infirmité, qui envahissent finalement le champ de la conscience percevante. Il faut comprendre par-là que le regard nous enferme dans une identité réduite. Le regard de l'autre nous réduit à n'être qu'un objet, simplement défini par le regard. Nous sommes alors privés de notre dignité de sujet, nous sommes comme réduits à n'être que des objets du monde, relevant d'une définition close, sans aucune autre possibilité. Lorsque nous subissons le regard de l'autre, celui-ci nous emprisonne, car c'est par autrui et pour autrui que nous possédons telle ou telle caractéristique. C'est ce que l'on peut tirer de certaines réflexions développées par Sartre à propos du regard et de la perception du corps.

Dans cette perspective, la relation à l'autre se joue en premier lieu dans une certaine ambiance, dans une certaine tonalité affective : sous le regard d'autrui, l'on se sent spolié de son pouvoir d'agir et de sa liberté. On n'est plus ni le centre organisateur de son monde ni un sujet libre d'accomplir ses possibilités. Ainsi, l'apparition de l'autre détermine une situation de perte de liberté pour le sujet, qui se sent dépossédé de lui-même. Le sens des choses et de ses actes lui échappent. Il perd sa propre liberté, ses propres possibilités concrètes d'action. Comme le dit Sartre : « être vue me constitue comme un être sans défense pour une liberté qui

n'est pas ma liberté »². Et d'ajouter : « C'est en ce sens que nous pouvons nous considérer comme des « esclaves » en tant que nous apparaissions à autrui »³. La structure permanente de notre relation à autrui est une situation de *danger*. Nous sommes toujours *comme en danger* devant l'autre, car dépendants de son regard et de sa liberté exclusive de la nôtre. Autrui est perçu comme un dominateur : son regard a un pouvoir sur moi et déforme mon vécu. Percevoir l'autre consiste donc à le saisir d'abord comme centre d'un monde qui m'échappe et dont je fais partie à titre de simple chose. Autrui me conteste, par sa simple présence et la possibilité de son regard, toute action libre et toute possibilité. Lorsque je subis le regard de l'autre, je vis une transformation angoissante : je suis « pétrifié » dans ma liberté.

Dans cette perspective, le regard que nous portons sur la personne souffrant de handicap est problématique, tout autant que le langage d'ailleurs, car en parlant de personne handicapée tout se passe comme si nous ne pouvions pas qualifier la personne autrement que par son handicap. Le regard que nous portons sur la personne handicapée est donc une pièce maîtresse de la perception du handicap. On réduit la personne en face de nous à son handicap, nous ne lui laissons plus aucune possibilité d'être autre chose que ce handicap. Ses possibilités d'être et d'action sont réduites à une incapacité immédiatement visible. La perception du corps – nous parlons du corps car le handicap est immédiatement schématisé comme handicap physique, ce qui serait une image première à analyser, voire à psychanalyser – la perception du corps est inductrice d'une représentation totalisante, qui fige la liberté du sujet dans une forme qu'il n'a pas choisie.

Dans l'expérience perceptive qui se joue dans la rencontre du corps de l'autre, nous réduisons donc la personne à quelque chose qu'elle n'a pas choisie d'être, qu'il s'agisse de problèmes de naissance ou de problèmes survenus par accident. La manifestation du handicap nous précipite par conséquent dans la contingence de l'existence, dans une réalité humaine qui aurait pu être autrement mais qui s'impose à nous et nous arrive comme du dehors. Car c'est aussi de cela qu'il est question dans l'expérience de handicap : pas seulement la rencontre d'un sujet devenu corps-objet, mais aussi la contingence de notre existence.

De ce fait, il apparaît nécessaire d'essayer de s'arracher à notre expérience première de la rencontre avec autrui. Si notre relation à l'autre est d'emblée marquée par un regard objectivant tout autant que réducteur, dans le contexte difficile et délicat du handicap il apparaît nécessaire de dépasser nos premières impressions, nos premières valorisations irréfléchies, nos premiers jugements, pour accueillir l'autre dans sa différence et sa liberté de sujet. Car la situation du handicap nous rappelle celle de la maladie : ce peut être une situation de souffrance, de vécu douloureux, d'autant plus que le handicap nous précipite dans une temporalité allongée, dans laquelle le problème peut devenir permanent ou quasi-permanent. Dans ce contexte, le regard peut démultiplier la souffrance, augmenter le malaise : une certaine conduite semble devoir s'imposer, ce qui nous engage dans une perspective éthique, laquelle est néanmoins indissociable d'une réflexion épistémologique sur les constructions des savoirs sur le handicap (cf. la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps) et d'un examen des conséquences concrètes, affectives et psychologiques de l'identification d'une personne comme souffrant de handicap.

² Jean-Paul Sartre, *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris : Gallimard, 1943, p. 326.

³ *Ibid.*

Résumé de l'intervention

L'importance et l'actualité des interrogations éthiques dans le champ de la médecine et de la santé ne doivent pas conduire à occulter la nécessité d'une réflexion épistémologique sur la médecine et les différentes constructions des rationalités médicales. Il paraît en effet important, voire indispensable, de s'interroger sur la construction des représentations et des pratiques de la médecine. La médecine que l'on peut qualifier de « dominante » repose sur un modèle, avec ses choix théoriques. Or il existe d'autres modèles, d'autres valorisations, d'autres validations possibles, dont il faut interroger les choix, les modalités de constitution et l'efficacité. Pour clarifier ces modèles alternatifs, il est possible d'articuler la réflexion autour de la notion de nature, selon 3 directions : 1/ le problème des alternatives dans le champ pharmacologique et médical ; 2/ l'histoire des idées médicales et le repérage des bifurcations et orientations ; 3/ la préoccupation interculturelle et l'examen d'autres traditions telles que celles de l'Afrique ou de l'Asie.

Le savoir médical occidental s'est constitué sur l'option des sciences biologiques et du mécanisme élaboré à partir 17^e siècle. Pour comprendre le corps, on propose une analogie avec la machine et on raisonne à partir d'un paradigme mécaniste. Il y a dès lors un risque de réductionnisme, qui se dédouble en réductionnisme méthodologique ou réaliste, ce qui engage des conséquences du point de vue de la pratique et de la relation thérapeutique.

L'opposition au mécanisme, qui met en jeu l'histoire de la pensée occidentale comme les pensées orientales, se constitue sur la base du modèle de la nature. Il y a deux types de naturalisation de l'humain, deux types de médecine naturelle, qui font écho aux deux orientations du mécanisme : 1/ une orientation méthodologique, reposant sur l'analogie macrocosme/microcosme ; 2/ une orientation réaliste, qui identifie l'organisme à la nature et fait l'équation du dedans et du dehors. Nous voyons à partir de cette typologie que quatre choix théoriques sont possibles pour constituer un savoir médical : le mécanisme méthodologique, le mécanisme réaliste, le naturalisme méthodologique, le naturalisme réaliste. Or il est frappant de voir que ces quatre grandes orientations théoriques convergent vers une même idée : il n'y a pas de connaissance directe du corps, il est nécessaire de passer par un relais analogique.

Si l'on examine l'orientation de la naturalisation réaliste, qui va de la diététique à des systèmes de compréhension du corps et à des thérapies naturistes, on s'aperçoit qu'elle fonctionne sur un ressort sémantique et axiologique, consistant à valoriser et à dévaloriser un des termes de l'alternative. Or il est possible de dégager ici une valorisation positive du terme de « nature », à laquelle fait pendant une dévalorisation de l'artefact et de l'artificiel.

Néanmoins, il est important de rappeler que se joue dans ces questions un tronc commun de l'histoire de la pensée occidentale, à savoir l'idée d'une légalité de la nature. La confiance globale dans le modèle de la nature est une constante. C'est le fond commun et culturel de la médecine occidentale.

Cette constante de la référence à la nature détermine un premier système de validation, dont le principe est la conformité à la nature. On peut rappeler à ce titre Hippocrate, pour qui la nature trouve par elle-même les voies et les moyens de la guérison. Il suffit de se régler sur la nature, sur des capacités inscrites au cœur de la nature. Comme le disait la locution latine : *medicus curat, natura sanat*. La nature guérit, le médecin soigne. Et si la nature comporte en elle-même des lois autorégulatrices, alors les perturbations sont à mettre au compte d'un mauvais usage de la nature par l'homme. Dans ce contexte théorique, l'intelligence médicale consiste à connaître les lois de la nature et les contraintes que la nature s'impose à elle-même. La règle du bien-vivre et de la re-médiation pourrait alors se trouver l'expression suivante : « selon la nature ». Mais il s'agit d'une nature comprise par l'homme, comme c'était déjà le cas chez les Stoïciens ou chez Epicure, il n'est pas question d'une confiance spontanée et aveugle. Il faut expliquer et mettre au jour l'ordre de la nature.

Un deuxième système de validation détermine la nature comme norme. On entre dans le cadre d'une certaine reconnaissance morale de la nature. Il s'agit de poser l'équation de la nature et du bien. Dans cette perspective, la nature est bonne, parce que ça marche. Mais il y a plus : elle est bienfaisante. Il y a dès lors l'idée d'une finalité de la nature et un réinvestissement de certains motifs archaïques, dont on trouve des illustrations dans les grands monothéismes. Dans le mythe biblique, la nature est présentée comme la création d'un Dieu artisan destinée à l'homme. C'est l'homme qui introduit le désordre, comme le souligne la séquence biblique du pêché originel. Ainsi, une double perspective se dessine : une nature bienfaisante et un homme perturbateur. La question est alors de retrouver un équilibre.

Il est important de rappeler que l'idée de nature bienfaisante est une idée-clé des discours des médecines alternatives. L'un des principes de base est le suivant : s'il y a des problèmes, cela est dû aux perturbations humaines, à l'écart que l'homme introduit face à la Nature. Une analyse du champ sémantique de ces médecines révèle une récurrence des termes liés à la pureté, à la virginité, etc. Mais l'un des problèmes reste d'expliquer comment se réalise la bienfaisance de la nature. On passe généralement par l'idée d'une force, d'une énergie à travers laquelle se réalise la nature, comme l'indique indirectement l'abus du mot « énergie » dans les médecines alternatives : on parle de ré-injecter de l'énergie, on désigne la dynamique thérapeutique comme modification des énergies, on détermine la santé comme fonction des variations d'énergie, etc.

Par ailleurs, on trouve dans ces médecines l'idée que la Nature n'est pas totalement visible. Il y a du visible et de l'invisible. Il y a la nature-sensible et la nature-suprasensible, cette dernière étant désignée comme sur-nature. Dans cette perspective, toute réalité a deux surfaces : une surface visible et une surface cachée. Par conséquent, nous ne voyons qu'une partie de la Nature et il semble y avoir une multiplicité de possibilités pour élaborer des fictions pour décrire la « face cachée » de la Nature. C'est ce que font notamment certaines cosmologies. On peut évoquer la construction intellectuelle, complexe et subtile, que présentent la médecine et la pensée chinoises : à partir de la cosmologie, on essaye de décrire une image relative du corps (méridiens, etc.). Dans cette perspective de la recherche de relais entre la face visible et la face cachée de la nature et de l'archéologie des médecines alternatives, il est nécessaire de dégager deux repères, deux figures importantes de l'histoire de la pensée occidentale. La première figure est Goethe, qui a proposé à bien des égards une culture de la sur-nature. La seconde figure est Rudolf Steiner (1861-1925), dont

l'anthroposophie accorde une place importante à l'articulation thérapeutique-sagesse et dont l'influence sur les médecines alternatives contemporaines est considérable.

Pour conclure, il faut souligner la nécessité de comprendre la diversité du marché médical hors du schéma réducteur médecine sérieuse/impostures. Les alternatives ont un passé « sérieux », des principes qui ont une rationalité à examiner et à interroger. Toutefois, il est nécessaire d'identifier à partir de quand les choses « dérapent », et cela des deux côtés. Car la raison comme l'imagination peuvent dérailler. En ce sens, on ne peut faire l'économie d'une double investigation des usages et des pratiques des deux rationalités médicales. C'est un premier pas pour sortir du schéma réducteur médecine scientifique/médecine non-scientifique.

Remarque sur le texte de l'exposé

Le texte de l'intervention de Jean-Jacques Wunenburger ne sera pas publié en ligne sur le site du RISES. L'exposé qui a été présenté au séminaire est en effet tiré d'un ouvrage à paraître en 2006.

Fin de séance

Après avoir remercié les membres présents, Jean-Jacques Wunenburger rappelle le calendrier du séminaire RISES. Les prochaines séances auront lieu le samedi 4 février et le samedi 25 mars 2006. Un message de rappel du programme du séminaire sera diffusé par courrier électronique avant chaque séance.