

## LA SANTÉ – PENSER UN PHÉNOMÈNE SOCIAL TOTAL ALEXIS FILIPUCCI, PHILOCITÉ-RECHERCHES, JUIN 2020

### 1. Introduction

Le terme "éthique" donne souvent lieu à des interprétations différentes. Il en est une toutefois qui semble s'être imposée dans le monde des soins : l'éthique est la discipline qui prend en charge les dilemmes moraux. Quand on ne sait plus quoi faire, alors il est temps de "faire de l'éthique". Par là on entend la pratique suivante, réduite ici à sa plus simple expression : se réunir, présenter la situation qui pose un "problème éthique", parler, constater que des valeurs s'affrontent, trancher (parfois), se quitter en attendant le prochain dilemme. Si l'anthropologue peut se contenter, avec raison, des intéressantes comparaisons qu'il établira avec les rituels exorcistiques, cela est très insatisfaisant pour le philosophe. En effet, argumentera notre empêché de tourner en rond, puisque les principes présidant au choix opéré par la personne ou par le groupe apparaissent comme infondés, ce prétendu choix est en réalité un non-choix. Pire : le constat d'un affrontement de valeurs n'est même pas pertinent puisqu'on ne sait pas ce qui, au juste, s'affronte. Car que signifie, par exemple, "opter pour le bien-être du patient" si on est incapable de donner une définition claire du "bien-être" ? Il s'agit d'un "signifiant vide" que chacun remplira comme il le souhaite. Mais c'est le psychanalyste que cela réjouira alors. En somme, dira le philosophe, en l'absence d'une réflexion fondatrice, point de choix réel<sup>1</sup> et donc aucun moyen de trancher de manière éclairée le dilemme en question. Cette éthique ne peut proposer que des actions aveugles, tout autant que ces dernières réclameront une telle éthique pour se justifier.

L'on peut repérer au moins deux niveaux de difficulté. Le premier a trait à un problème général auquel la philosophie a dû faire face depuis le début de son histoire : comment éviter la tenaille funeste du *dogmatisme* et du *relativisme* ? Le constat d'un affrontement de valeurs révèle en fait un lien entre une dimension psychologique et une dimension philosophique. On fuit l'angoisse éprouvée face au pressentiment d'un conflit violent et profond en se contentant (d'un point de vue relativiste) de constater l'existence de positions justifiées (dogmatiquement) par le seul fait d'être des positions. Il y a là un cercle vicieux car se laisser prendre dans la tenaille est une manière de fuir l'angoisse tout autant que la raison pour laquelle on éprouve et on éprouvera à nouveau cette angoisse. Alors la parole sert uniquement de soupape et d'assurance réciproque que le lien minimal demeure. Vertu sans doute importante mais qui loin de résoudre la difficulté, l'entretient.

Cette faiblesse épistémologique gagne à être reliée au deuxième niveau de difficulté, plus spécifique au monde des soins : la réduction de l'éthique aux moments éruptifs des dilemmes moraux. Les effets psychologiques et philosophiques que nous venons de pointer sont compréhensibles à la lumière de cette identification. L'urgence de la crise accentuant les risques d'impuissance de l'individu et du collectif, on cherchera à tout prix à fuir cette impuissance en déclarant nécessaires ou inévitables les problèmes rencontrés. Cela se fera à la faveur d'un aveuglement aux ressorts profonds d'une situation dont on n'appréhendera que la surface douloureuse et momentanée. À l'inverse, la manière dont le philosophe poursuit sa quête générale – fonder la réflexion afin de répondre victorieusement au relativisme et au dogmatisme – nécessite d'inclure dans l'analyse ce qui se situe derrière et au-delà de ces instants critiques qui cachent la forêt et son entrelacs de racines. En indiquant de quoi les

<sup>1</sup> Nous rejoignons ici le constat de R. MISRAHI dans *Le Philosophe, le Patient et le Soignant. Éthique et progrès médical*, Paris, La Découverte, Les Empêchés de penser en rond, 2006. Bien que partageant les exigences philosophiques de l'auteur, notre proposition s'effectue depuis une tradition et une terminologie philosophiques différentes.

dilemmes moraux sont la manifestation, la recherche philosophique brise l'apparence de nécessité des problèmes rencontrés et permet au groupe en recherche de retrouver non seulement un sentiment de puissance face aux contraintes qui pèsent sur lui, mais une puissance réelle. Remarquons que cette nouvelle ambition de l'éthique – effort collectif d'une réflexion fondatrice qui embrasse le champ d'analyse le plus vaste en vue d'une action consciente et volontaire – entraîne dans son sillage une extension "maussienne" du champ d'application des "soins de santé" dont nous sommes partis. Non seulement la santé ne se réduit pas à l'offre des soins de santé, elle doit en outre être envisagée comme un *phénomène social total*, phénomène qu'il convient donc de ressaisir dans toutes ses dimensions<sup>2</sup>.

S'il est vrai que l'enjeu est rien moins que sortir du cercle vicieux de l'angoisse, de l'auto-justification et de l'impuissance entretenue, on ne peut se contenter d'une approche négative ou seulement critique (sous peine de mériter le reproche que l'on fait souvent au philosophe, cet Attila du discours, de prendre un malin plaisir à tout détruire et à laisser derrière lui un champ de ruines). Saisir un phénomène social total nécessite un *effort de totalisation dans la pensée*. Que cela signifie-t-il ?

- Comprendre une totalité nécessite de produire une pensée *dialectique*, c'est-à-dire une pensée qui rejette le principe aristotélicien de non-contradiction et considère la contradiction comme le moteur du réel et de la pensée<sup>3</sup> ;
- Cet effort de totalisation tendant à la fois et en même temps à l'extension maximale et à la fondation rationnelle, il doit être *systématisant* (ce qui préserve du risque de l'empirisme casuistique) ;
- Puisqu'il s'agit d'une réflexion couplée à une action, l'effort est toujours un effort *situé* que le sujet doit accomplir en première personne (ce qui éloigne le risque du formalisme général s'appliquant depuis une position extérieure) ;
- La totalité que l'on cherche à saisir inclut par définition et le sujet de l'effort et l'effort lui-même. Tout effort de totalisation est *réflexif* et, par conséquent, *historique*.
- Cet effort est *collectif* (ce que suppose l'insistance dialectique sur la contradiction). C'est le groupe en situation qui produit une représentation totalisante de sa situation historique et qui, ce faisant, se constitue en sujet collectif de l'effort.

Ces brèves indications indiquent qu'il n'y a jamais *la* Dialectique, mais toujours des efforts dialectiques particuliers de collectifs tentant d'identifier et d'articuler systématiquement les différentes dimensions de leur expérience spécifique, ce qui est une condition pour agir consciemment et volontairement.

Ajoutons deux remarques, qui feront transition avec la présentation plus précise du contenu de ce travail. S'il n'y a pas la Dialectique, il n'y a pas non plus le Dialecticien. Ce point est de toute première importance pour toute personne qui se propose d'aller, comme nous le faisons, dans les groupes de professionnels. Non seulement doit-elle veiller à traquer en elle et chez le groupe toutes les tentations et demandes de réfléchir pour les autres (car cela empêche la constitution du collectif comme sujet puisqu'il ne fait pas l'effort de totalisation), mais aussi lui est-il interdit de considérer son extériorité comme absolue (car alors elle parle d'une totalité pré-existante et observée depuis le point de vue de Sirius et non d'une totalisation en cours et dont elle fait partie). Tout au plus peut-elle, d'une part, aider à organiser la pensée en tâchant d'organiser la sienne et, d'autre part, adopter une extériorité temporaire et stratégique.

Deuxième remarque. L'effort de totalisation – c'est-à-dire : l'effort collectif et situé de réflexivité dialectique et historique – que nous souhaitons substituer à l'éthique des dilemmes

2 En cédant aux contraintes publicitaires du tweet, on serait tenté de dire : "contre l'éthique désarmante des dilemmes moraux la pratique philosophique émancipatrice de la santé".

3 Bien que s'appuyant inévitablement sur la tradition (G. W. Hegel, K. Marx, J.-P. Sartre, A. Gorz, A. Kojève, F. Jameson, certaines interprétations tibétaines de l'école Madhyamaka), la conception de la dialectique qui innerve ce travail dérive également de notre pratique philosophique avec et au sein de groupes de professionnels.

moraux rejoint le projet d'herméneutique élaboré par F. Jameson. On s'en convaincra par cette simple citation : « [...] la pensée éthique projette comme des caractéristiques permanentes de l'"expérience" humaine, donc comme une espèce de "sagesse" de la vie personnelle et des rapports interpersonnels, ce qui correspond en réalité aux spécificités historiques et institutionnelles d'un type déterminé de solidarité de groupe et de cohésion de classe ». Et il ajoute : « toute éthique se nourrit d'exclusions et qualifie certains types d'altérité ou de mal<sup>4</sup> ». Selon cet auteur, dépasser la pensée éthique nécessite un *décentrement du Sujet* (au sens du sujet psychologique clos) et un passage vers le *politique* et le *collectif*, ce qui est bien ce que nous nous proposons de faire. Or Jameson appelle également cette stratégie *cognitive mapping*, par quoi il entend la capacité à produire une représentation du monde, de sa dynamique et de soi-même dans ce monde. Si nous retrouvons à nouveau ici notre projet, cette mention nous permet d'attirer l'attention sur le fait que tout effort de totalisation s'élabore selon deux modalités, l'une *figurative* et l'autre *analytique*<sup>5</sup>. En même temps qu'on cherche à (se) représenter et à raconter une totalité mouvante, on analyse, on identifie, on dissèque, on articule ; en même temps qu'on élabore dans le temps une histoire depuis notre situation, on représente spatialement les catégories fondamentales de ce récit pour mieux en éprouver la valeur. Nommons, avec la philosophie, « schème » ce type d'objet permettant de rendre compte et d'appréhender des réalités bifaces (dynamique et statique, holistique et analytique, temporelle et spatiale, structurale et événementielle, intuitive et réfléchie, pratique et théorique, perceptive et notionnelle).

### 1.1. Présentation du travail

Cette longue introduction nous permet de définir ce travail comme mise à l'épreuve d'un schème dans l'effort de compréhension de la santé envisagée comme phénomène social total<sup>6</sup>. Il s'agit du "schème anthropogénétique" que propose Alexandre Kojève dans son interprétation de la pensée de Hegel. Outre notre familiarité avec cet auteur, ce choix nous a semblé judicieux pour les raisons suivantes : 1) l'homme étant l'être qui réfléchit à l'éthique, c'est lui qui doit être éclairé ; 2) cet éclairage, avons-nous dit, doit être dialectique, systématique et historique ; 3) les reproches faits au système de soins dénonçant son caractère dés-humanisant, on ne pourra y répondre qu'en indiquant ce qu'on entend précisément par "humanisation".

Nous organiserons notre recherche de la manière suivante.

- Dans la première partie, nous présenterons le noyau du "schème anthropogénétique" ainsi que certaines notions qui en découlent. Les développements seront brefs et nous contraindront bien souvent à montrer ce que l'on aurait souhaité sinon démontrer du moins étayer et argumenter plus avant.
- Une fois effectuée la présentation de ce que l'on peut considérer comme la colonne vertébrale de notre travail, nous déploierons les implications et déploiements du schème au sein de domaines plus spécifiques considérés comme autant de variations autour du thème principal qu'est la santé de l'homme<sup>7</sup>.

## 2. Un point de départ

4 Fredric JAMESON, *L'Inconscient politique. Le récit comme acte socialement symbolique*, trad. Nicolas Vieillecazes, Questions théoriques, 2012, p. 71.

5 On rejoint ici les réflexions de Palo-Alto - réflexions dont on sait l'impact qu'elles eurent et continuent d'avoir dans le monde thérapeutique - qui opposent un "cerveau droit" à un "cerveau gauche" (voir, par exemple : P. WATZLAWICK, *Le langage et le changement. Éléments de communication thérapeutique*, trad. Jeanne Wiener-Renucci avec le concours de Denis Bansard, Seuil, 1980). Évidemment, dans la perspective que nous défendons, on aura compris qu'il ne s'agit aucunement de "bloquer le cerveau gauche".

6 Bien qu'invitant le lecteur à épouser le mouvement de cette tentative, il est évident que nous la produisons seul et ponctuellement, ce qui semble contrevenir à notre exigence de collectivisation de l'effort. Nous y voyons toutefois un moment nécessaire à l'établissement d'une certaine lucidité sur nos interventions dans les équipes soignantes. Et il est d'ailleurs tout aussi évident que les fruits de l'effort que nous entreprenons devront s'incliner devant les réalités du terrain.

7 Il serait possible de considérer que chacun de ces petits travaux met tendanciellement en avant un axe du schème. Mais l'on voit très vite le caractère artificiel d'un tel cloisonnement. Bien plutôt, il serait nécessaire selon nous de déployer, dans un futur travail, toutes les dimensions du schème au sein de chacun de ces développements ponctuels.

Partons d'un constat commun, sinon banal : les soins de santé constituent un domaine où se mêlent et se rencontrent de multiples dimensions. Une telle généralité confine à la platitude. Tout domaine n'est-il pas « le lieu de rencontre de multiples dimensions » ? Aussi nous faut-il expliciter quelque peu l'affirmation initiale. Nous voyons alors que ce que l'on voulait dire est en fait que dans le domaine des soins de santé, cette rencontre de multiples dimensions est *visible*. C'est d'ailleurs sans doute cette visibilité qui explique la conception réduite de l'éthique comme « conflits de valeurs » ou « dilemmes moraux » que nous avons questionnée dans l'introduction. Mettons de côté, pour le moment, la conséquence immédiate de ce simple ajout – il existe des domaines qui n'apparaissent pas comme la rencontre de multiples dimensions – et concentrons-nous sur les raisons de cette spécificité.

Les exemples soutenant notre réflexion se bousculent : affrontement entre logique comptable et exigences sanitaires, conflit entre le patient et sa famille, désaccords entre praticiens issus de formations différentes, contradiction entre obligations religieuses et politiques de santé publique, *etc.* Mais on le sait, l'induction opérée depuis une somme d'exemples est épistémologiquement suspecte. Quittant la perspective critique de l'introduction, contentons-nous donc de jeter un bref coup d'œil comparatiste en vue de détecter un petit indice qui nous permettrait d'avancer positivement dans notre démarche. Il semblerait alors que la visibilité des dimensions soit liée au caractère conflictuel des relations qu'elles entretiennent. Si nous exprimons à nouveau notre point de départ en extrapolant depuis cet indice, nous obtenons une thèse plus précise : *dans le domaine des soins de santé, les dimensions constitutives sont visibles car elles entrent en conflit les unes avec les autres.*

Cette thèse n'est toutefois pas encore suffisamment précise pour pouvoir être mise à l'épreuve. En d'autres termes, nous ne pouvons à ce stade savoir si elle dit vraiment quelque chose du réel ou si elle est simplement un *flatus vocis*. Examinons donc : a) pourquoi cela arrive dans le domaine des *soins de santé* ; b) ce que sont ces *dimensions constitutives* ; c) ce qu'il faut entendre par *conflit*.

a) *Pourquoi les soins de santé sont-ils le lieu d'une conflictualité ?* Nous sommes à la recherche d'une particularité liée au contenu des soins de santé qui permettrait de rendre compte de sa spécificité formelle (rendre visible grâce et par la conflictualité). Or, à prendre les choses à leur plus haut degré de généralité, ce qui caractérise essentiellement les soins de santé est qu'ils ont trait à la *vie* et à la *mort*. Ce serait donc parce que dans le domaine des soins de santé il s'agit ultimement de vie et de mort que de multiples dimensions peuvent entrer en conflit et ainsi devenir visibles.

b) *Que sont ces dimensions constitutives ?* Évidemment, une question supplémentaire brûle les lèvres : dimensions constitutives *de quoi* ? Utilisons ce que nous venons d'acquérir : puisque les soins de santé intègrent par définition la perspective de la mort, il est possible dans ce domaine de jeter un regard sur la *vie depuis la perspective de la mort*. Or l'on sait que l'on ne peut observer pleinement quelque chose – voir de quoi et comment il est fait – qu'en s'en détachant d'une manière ou d'une autre. Ainsi, c'est parce que le domaine des soins de santé implique de regarder la vie depuis son tout autre qu'il est capable d'en révéler les dimensions constitutives. Ou encore : la question « de quoi la vie est-elle faite ? » peut se poser dans le domaine des soins de santé car c'est un domaine qui intègre par définition la perspective de la mort.

Malgré cette avancée, nous n'avons pas répondu à notre interrogation initiale : que sont ces dimensions constitutives ? Il serait possible de les lister sur la base d'exemples du même type que les précédents. Il y aurait la dimension économique, la dimension politique, la dimension sociale, la dimension familiale, la dimension existentielle, la dimension collective, la dimension individuelle, la dimension religieuse, *etc.* Procéder de cette manière n'est guère satisfaisant et fait perdre l'avantage crucial fourni par l'adoption de la perspective de la mort sur la vie. En effet, regarder depuis un point de vue extérieur ne garantit certes pas qu'on

discerne correctement, mais assure en tout cas que l'objet que l'on regarde est *un* et que cette unité est en même temps une *totalité*. Répondre à notre question nécessite donc une organisation des dimensions au sein d'un phénomène unique appelé « vie » et appréhendé comme formant un tout.

c) *Que faut-il entendre par conflit ?* Le réquisit pour appréhender les dimensions constitutives de la vie prise dans son unité et sa totalité est de l'observer depuis une perspective extérieure – celle de la mort. Or il s'agit là également d'une condition nécessaire à l'existence d'un conflit entre des dimensions constitutives de la vie. En effet, on ne peut percevoir un conflit entre deux choses si l'on ne pose pas une totalité au sein de laquelle ces deux choses s'affrontent. Il est de bon ton dialectique de rappeler chaque fois qu'on le peut qu'une différence ne peut être perçue que sur fond d'identité.

Toutefois, dira-t-on, je puis toujours percevoir un conflit là où il n'y en a pas *réellement*. Ce qui garantit la réalité d'un conflit est la réalité de l'*opposition* entre les termes en conflit. Si je peux réduire l'un des termes à l'autre sans résistance, ou si je peux faire simplement fi de l'un des deux, alors l'opposition est illusoire. Ainsi ne peuvent s'opposer réellement que des choses *autonomes*. Si des dimensions de la vie peuvent entrer réellement en conflit, alors il s'agit de dimensions constitutives véritablement autonomes. Dans tous les cas où un conflit apparent n'est pas réel, il faudra expliquer les raisons de cette apparence. Et il en va bien entendu de même pour les cas où un conflit réel n'est pas apparent.

Résumons le raisonnement ci-dessus : traitant de la vie, les soins de santé traitent également de la mort. Lorsque, au sein du domaine de soins de santé, la vie est appréhendée depuis la perspective de la mort, elle apparaît dans son unité et sa totalité. Cette totalité projetée est le cadre au sein duquel sont visibles des conflits existant entre des dimensions constitutives de la vie. Le besoin de système évoqué plus haut (fondation et extension maximale) ne pourra être assouvi que si la réflexion adopte et inclut la perspective de la mort. Pour générale et abstraite qu'elle soit, notre réflexion permet de poser désormais avec plus de précision un ensemble de problématiques. Par exemple : l'identification des dimensions constitutives de la vie et les relations qu'elles entretiennent entre elles ; la place de la mort dans les soins de santé ; le mode de manifestation des conflits ; le rapport entre les soins de santé, la santé en général et le reste de la société (car il est évident que la perspective de la mort n'existe pas seulement dans les soins de santé) ; *etc.* C'est à la présentation de l'hypothèse qui permet selon nous de répondre de manière satisfaisante à ces interrogations que nous allons nous consacrer à présent.

### 3. Le schème anthropogénétique

Nous avons postulé qu'une perspective unifiante et totalisante, c'est-à-dire systématique, ne pouvait être prise sur la vie que depuis le point de vue de la mort. Si une telle chose est possible, elle ne peut être accomplie que par un être capable d'intégrer au sein de son existence la négation absolue de son existence. La mort n'est pas pour lui une extinction extérieure et contingente, mais l'expérience vécue de la possibilité de sa propre impossibilité. Nul besoin de poursuivre la paraphrase de Heidegger et de ses émules existentialistes. Plus intéressante pour notre propos est la considération suivante : cette expérience apparaît au sein du monde naturel et le transforme irrémédiablement. Pour le dire platement : certains animaux peuvent envisager leur vie à l'aune de leur mort et cette expérience est une négation en eux et hors d'eux du donné. Face à une menace, l'animal fuit pour se préserver. Si, ayant tenu compte de la possibilité de sa mort, il ne fuit pas et agit en risquant consciemment sa vie, il nie l'animal qu'il est (et qui ne vise qu'à la conservation). C'est ce que d'aucuns appellent un processus d'humanisation. On sait que cette intégration de la pensée de Heidegger au sein d'une reformulation du système hégélien sera l'œuvre d'Alexandre Kojève. En évitant soigneusement de nous faire happer dans de vaines et énergivores querelles érudites, nous cheminerons

désormais avec la pensée de Kojève, dont nous allons immédiatement présenter la partie la plus (mal) connue.

Le schème anthropogénétique, c'est-à-dire la « machine théorique » conçue pour rendre compte de tous les phénomènes humains, opère à l'aide de quatre termes fondamentaux : le Désir de Reconnaissance, la Lutte, le Travail et le Discours. Ils sont fondamentaux car chaque phénomène, s'il est *humain*, les met tous en jeu<sup>8</sup>. Aussi les présenter, comme nous le ferons pour des raisons pédagogiques, dans leur version « pure » ou « idéal-typique », c'est les présenter comme ils n'existent pas réellement. Il en ira de même pour les notions secondes de Maître, d'Esclave, de Citoyen. Cette remarque méthodologique est importante car c'est bien souvent en oubliant qu'il s'agit explicitement d'une machine théorique, et donc en confondant la carte et le territoire, que critiques et thuriféraires du système s'affrontent. On se trompera moins en abordant ce schème comme une axiomatique dont les prémisses sont déduites *a posteriori* du processus historique. On peut tout à fait les réfuter (en argumentant évidemment), mais si on les accepte, il faut également en accepter les conséquences nécessaires.

Narrons une première fois la manière dont s'agence le schème anthropogénétique<sup>9</sup>. Un organisme animal<sup>10</sup> qui est dans le besoin s'éprouve comme manquant de quelque chose (nourriture, partenaire sexuelle, etc.) et il agira pour s'approprier ce quelque chose en le consommant, c'est-à-dire en supprimant le besoin par l'intégration de ce qui lui manque à lui-même. Le besoin fait apparaître et lie un organisme-à-préserver à un monde-à-consommer. L'action issue du besoin vise à la restauration de l'équilibre *passé* et l'"identité" de l'organisme est dépendante de la chose consommée.

*Hic Rhodus, hic salta*. En effet, si chacun pourra raisonnablement accorder ce qui précède, arrive ici le postulat indéductible : si le besoin porte non pas sur une chose "naturelle", mais sur un *autre* besoin de la chose, sur un autre manque, sur un autre « vide agissant », alors nous dirons qu'il est *Désir*. Qu'un animal décide de soumettre un autre Désir, c'est-à-dire de devenir l'objet du désir de l'autre, de se faire *reconnaître* (et d'abord de faire reconnaître son droit exclusif sur quelque chose<sup>11</sup>), alors nous dirons qu'il s'humanise. C'est ce Désir d'être reconnu par l'autre qui enclenche le processus anthropogénétique de l'histoire. Prenons le temps de noter quelques points importants. Tout d'abord, nous l'avons dit, il s'agit d'une décision, c'est-à-dire de quelque chose d'indéductible. Le noyau de la *liberté* est tout entier dans cette décision. Ensuite, voyons que, au contraire du besoin, le Désir est non réductible à la biologie puisque, d'une part, il porte chez l'autre sur un vide, un manque, une absence au sein de l'« être naturel » et que, d'autre part, il n'est pas réductible à un besoin biologique chez moi. Par conséquent, la polarisation par le passé propre au temps biologique (restauration de l'équilibre atteint par le besoin) est ici niée. La décision libre fait naître un autre temps tourné tout entier vers un objectif non biologique, celui de se faire reconnaître par l'autre. Enfin et surtout, on ne s'humanise pas tout seul. L'homme ne peut naître que dans un troupeau d'animaux où s'affrontent des désirs.

Si le Désir humanisant ne peut apparaître que s'il y a une pluralité de désirs cherchant à se soumettre les uns les autres, à se faire reconnaître dans leur droit exclusif, cela entraîne au moins deux conséquences. Premièrement, la Satisfaction consiste en la Reconnaissance. L'on peut même entrevoir que la Satisfaction ne pourra être définitive tant que la Reconnaissance

8 Même le silence. Car en tant qu'il est humain (et non animal), le silence existe là où aurait pu advenir un discours.

9 Nous résumons ici extrêmement brièvement certains développements que Kojève présenta lors des premières années de son fameux cours parisien et qui sont retranscrits en partie dans *Introduction à la lecture de Hegel* (Leçons sur la "Phénoménologie de l'esprit" professées de 1933 à 1939 à l'École des Hautes Études, réunies et publiées par R. Queneau, Paris, Gallimard, 1947).

10 Notons que le schème proposé ici sous sa forme narrative intègre d'emblée l'homme dans le vivant animal sans l'y réduire, ce qui nous épargne d'épuisants et vains débats. Enfin, selon toute vraisemblance, il ne s'applique pas sous cette forme au monde végétal. Sur ce point, on se reportera aux intéressantes propositions d'E. COCCIA dans *La Vie des plantes. Une métaphysique du mélange*, Payot et Rivages, Paris, 2016.

11 On connaît certes dans le monde animal la lutte pour la possession des partenaires sexuels ou pour la jouissance d'un territoire. Mais l'éthologie n'a jamais pu observer un animal qui lutte non pour posséder quelque chose mais pour en être reconnu comme le propriétaire (sans forcément la posséder puisque du moment qu'il est en le propriétaire il peut tout aussi bien la prêter ou la louer à un autre).

n'aura pas dépassé son caractère exclusif pour devenir universelle. Deuxièmement, chaque animal en voie d'humanisation voulant se faire reconnaître exclusivement par l'autre, le Désir (toujours partagé) débouche sur une Lutte. Or étant donné que cette Lutte est engendrée par un Désir qui dépasse le donné biologique, elle n'est pas soumise à ce donné, c'est-à-dire qu'elle nie l'instinct de conservation (qui est la prééminence du pôle passé). Il s'agit, en d'autres termes, d'une *Lutte à mort*. Généralisons : l'animal qui risque sa vie pour satisfaire un désir non biologique s'humanise.

Il est en réalité nécessaire de dégager une troisième conséquence de l'affrontement des Désirs. Car si la Lutte à mort entraîne une extermination générale ou la mort d'un des deux protagonistes, le Désir de reconnaissance est anéanti et l'histoire capote *ab ovo*. Le schème suppose donc que les porteurs du désir (A et B) survivent à la Lutte à mort. Mais cette dernière les a transformés. A sort vainqueur car il a risqué sa vie jusqu'au bout pour un but non vital, ce qui marque sa supériorité sur sa nature biologique ainsi que sur B, qu'il a vaincu. B, au contraire, a pris peur face à la possibilité de la mort et a fait prévaloir son instinct de conservation. A est devenu le Maître reconnu par B ; B l'Esclave de A qui ne le reconnaît pas. Caractérisons plus avant ces attitudes existentielles complémentaires issues de la Lutte à mort engendrée par l'affrontement de désirs non vitaux.

Le Maître s'est fait reconnaître et appeler « Maître » par un être qui l'a prié de l'épargner. Il force l'Esclave à travailler et à lui céder le fruit de son Travail. Il manifeste de la sorte sa liberté sur le donné naturel *via* le Travail de l'Esclave. Aussi peut-il se maintenir en vie sans efforts et mener une vie de plaisirs. Mais cela s'avère tout sauf satisfaisant. En effet, le Maître voulait être reconnu par un autre Homme et il ne l'est que par une espèce servile qui s'est identifié à ses besoins animaux et qu'il ne reconnaît pas. Et être reconnu par un autre Maître est impossible puisque, en tant que Maître, il préférera toujours la mort à la supériorité d'un autre. C'est pourquoi Kojève nomme la maîtrise une *impasse existentielle* : le Maître peut lutter, faire la guerre et mourir pour l'honneur comme un Maître ; il ne vivra que comme un animal qui s'abrutit dans les plaisirs.

L'Esclave, lui, a pleinement pris conscience de la possibilité de sa disparition, c'est-à-dire qu'il a senti dans sa chair la *mortalité* de l'homme. Cette intuition profonde de ce qu'est l'homme – un animal ayant conscience de sa mort – signe définitivement sa supériorité sur le Maître. En outre, il travaille désormais le donné naturel en fonction de l'idée du Maître, c'est-à-dire d'une idée humaine et par conséquent sociale. Le Travail transforme la nature en fonction d'une idée non matérielle – en l'occurrence l'ordre du Maître – c'est-à-dire qu'il développe un savoir technique. Et puis, servant le Maître, il doit refouler ses instincts de consommation immédiate car il agit pour assouvir un instinct qui n'est pas le sien. Travaillant le donné naturel pour le Maître, il se travaille lui-même et peut devenir autre en (se) travaillant. L'Esclave prend ainsi conscience de la notion abstraite de la liberté (dont le noyau initial réside, rappelons-le, dans la décision qui précède la Lutte). Enfin, la reconnaissance a un sens pour lui puisqu'il reconnaît déjà un autre homme.

Y a-t-il Satisfaction du Désir humanisant ? On peut directement répondre par la négative. En effet, l'action issue du Désir de reconnaissance s'est divisée : Lutte (sans Travail) du Maître ; Travail (sans Lutte) de l'Esclave. Aussi la Satisfaction, qui équivaut à la reconnaissance universelle, ne pourra résulter que de la synthèse de la Lutte et du Travail, c'est-à-dire de la synthèse du Maître et de l'Esclave. Kojève nomme cette figure qui est à la fois Maître et Esclave sans se réduire ni l'un ni l'autre, le Citoyen. Mais actualiser la figure du Citoyen en vue de satisfaire le Désir de reconnaissance n'est possible que pour l'Esclave. Le Maître demeure en effet figé dans son identité de Maître alors que l'Esclave peut se transformer et transformer le monde. Seulement, il faudra à l'Esclave se confronter à nouveau au risque de la mort et ré-ouvrir la Lutte. Or ce n'est pas si simple car l'Esclave a forgé un ensemble de justifications lui permettant de supporter la contradiction qu'il vit : il a la notion abstraite de la liberté, mais il est dans les fers. En d'autres termes, la reprise de la Lutte (à mort) sera précédée par une Lutte

idéologique contre les justifications que l'Esclave donne à sa situation en vue de la rendre supportable sans avoir à affronter à nouveau le risque de la mort<sup>12</sup>.

Tel est le noyau narratif du schème anthropogénétique. Son rôle est à la fois *explicatif* – rendre compte des phénomènes humains : de la Lutte dérivent la politique et le droit, du Travail est issu l'économie, du Discours les divers Savoirs – et *figuratif* – situer le monde et soi-même dans le monde en proposant le scénario de la Lutte pour la Reconnaissance. Lire une situation à l'aide de ce schème signifie repérer les composantes de Désir (de Reconnaissance), de Lutte, de Travail et de Discours et identifier leur configuration spécifique en cette situation. Nous considérons ce travail herméneutique comme incontournable et il n'est pas impossible que d'intéressants problèmes émergent déjà d'un simple croisement de catégories : pourquoi présente-t-on le Travail comme désirable ? Que désire-t-on véritablement en menant une Lutte ? Peut-on faire de la Lutte un Travail (la comparaison entre mercenaires et syndicalistes promet d'être éclairante) ? À l'inverse, certaines conditions de Travail ne peuvent-elles être vues comme la manifestation d'une Lutte violente ? Ou bien, si l'on veut : l'économie peut-elle être une arme politique ? Peut-on mener une lutte politique dans le cadre de son travail ? Les Savoirs mobilisés par chacun sont-ils apolitiques ? Peut-on se contenter, au sens où cela serait satisfaisant, d'être reconnu comme celui qui sait ou qui occupe une place supérieure hiérarchiquement ? *Etc.*

#### 4. Et la santé ?

Considérer que le cœur du processus d'humanisation de l'homme se joue dans la dynamique mise en branle et représentée par ce schème permet selon nous de lever une série d'apories qui, justement, font le miel des adeptes des dilemmes moraux tout autant qu'elles minent les groupes : individu vs collectif, pratique vs théorie, corps vs esprit, liberté vs contrainte, *etc.* Mais qu'en est-il plus spécifiquement de la santé ? Sans préjuger de la définition de ce terme, on peut d'ores et déjà avancer les points suivants :

- La santé met en jeu le Désir de Reconnaissance. « Être en bonne santé » impliquera un élément de satisfaction de ce Désir cependant qu'« être malade » comportera un noyau de non-Reconnaissance. On entrevoit que ce critère permet de questionner les catégories « officielles » de santé et de maladie.
- La santé humaine affronte et intègre la mortalité. Ce qui importe est que l'établissement ou le maintien de la vie humaine soient envisagés depuis la perspective du devenir et donc de la disparition. Si tel est bien le cas, la réaction face à la mort peut bien être religieuse (affirmation de quelque chose au-delà) ou non (immanence totale de l'ici-bas), cela n'invalide en rien le caractère humain de la santé.
- La santé de l'homme en tant qu'être humain est irréductible à la santé de l'homme en tant qu'animal. Puisqu'ils sont distincts, ces phénomènes peuvent, mais ce n'est pas une nécessité, s'opposer. Ainsi est-il tout à fait possible et rationnel que la poursuite de la santé humaine nécessite la négation de la santé animale (pensons par exemple à l'euthanasie). À l'inverse, il se peut que le maintien de la santé animale détruise la santé humaine (comme dans l'acharnement thérapeutique).
- Si, comme nous l'avons postulé, la santé est un phénomène social total, elle se diffracte dans les dimensions issues de la Lutte, du Travail et du Discours :
  - Commençons par distinguer les multiples sphères qui se sont progressivement autonomisées en domaines bien définis : politique de la santé, droit de la santé, santé au travail, économie de la santé, discours sur la santé.
  - Ensuite, voyons que ces domaines qui prennent la santé comme objet peuvent tout à fait générer des effets pathogènes (par manque de Reconnaissance, si l'on suit notre hypothèse) : politique de la santé pathogène sinon morbide, droit de la santé

<sup>12</sup> Hegel nommait "stoïcisme", "scepticisme" et "conscience malheureuse" ces attitudes de justification. Il serait intéressant d'analyser les nombreuses formations que reçoivent les soignants à l'aide de ces catégories.

qui s'oppose au droit à la santé, travail qui rend malade, économie de la santé déshumanisante, discours sur la santé qui empêcherait tout discours soignant.

- Enfin, l'autonomie relative de chacun de ces domaines autorise des avancées asynchrones qui risquent de rendre manifestes les contradictions qui étaient présentes à l'état latent. Ainsi une évolution dans le droit de la santé peut-elle contredire des pratiques dans les discours sur la santé ou la politique de la santé. Nous connaissons, par exemple, de telles frictions suite à l'édiction de loi de 2002 sur le droit des patients.

Ce ne sont là que des réflexions très générales, mais elles donnent une idée de la fécondité d'un schème somme toute simple et relativement intuitif.

## Des vertus d'une approche matricielle<sup>13</sup>

[Remarque préalable : Le développement qui suit prend place au sein de la *relation clinique* (soignant/patient) comprise comme lieu spécifique où se joue le Désir de Reconnaissance. Après avoir posé la difficulté dans toute sa généralité, nous proposerons une manière d'y répondre au sein de la relation soignante. L'objectif poursuivi est bien celui de la mise au point d'un dispositif utile et manipulable aisément par les soignants et les patients.]

Une des caractéristiques de notre époque est la *tentation du relativisme*. La généralité d'un tel constat s'avère toutefois d'une aide minime. Aussi nous faut-il d'abord préciser de quoi cette tentation est le symptôme *aujourd'hui*. C'est en effet seulement en possession d'une description plus nuancée du phénomène que l'on pourra espérer, en un second temps, y répondre adéquatement. Enfin, resserrant la focale, nous appliquerons à la médecine les quelques éclairages fournis lors des étapes précédentes.

Lorsque différents peuples sont mis en contact en résulte une confrontation de mondes. Posons qu'une telle situation peut générer deux types de réaction : elle provoque de l'angoisse ou non. Un très bref regard historique suggère que les traditions à tendance universaliste sont plus sujettes à vivre de telles confrontations dans le malaise. Nommons pêle-mêle la Cité athénienne questionnée par les Sophistes, l'Empire du Milieu s'inclinant devant la couronne britannique, le christianisme découvrant le Nouveau Monde, la Révolution française échouant à être exportée par Napoléon, un monde musulman dominant soudain dépassé et humilié par l'« Europe occidentale », le bouddhisme indien questionné par le brahmanisme et éradiqué par les Moghols, le communisme soviétique épuisé par sa lutte contre le capitalisme, ce même capitalisme mis en cause par l'environnement, *etc.* On comprend la raison d'une telle angoisse : la conviction profonde d'incarner un norme censée devoir valoir partout et de tout temps est ébranlée par le constat de multiples négations concrètes et vivantes de cette norme. Éliminez cette conviction, la rencontre, si elle peut tout de même être violente, ne provoquera pas de tourments existentiels. Pensons au perspectivisme des tribus amérindiennes, mais aussi aux religions non universalistes comme le judaïsme ou l'hindouisme.

À ce point, il serait intéressant de convoquer – ou de constituer – une psychopathologie politico-anthropologique qui fournirait une étiologie des différentes réactions possibles à cette angoisse<sup>14</sup>. Il y aurait :

- Ceux qui nient la différence réelle de l'altérité rencontrée en la ramenant à une variante de ce qu'on est soi-même. De cette réaction sont exemplaires toutes les hypothèses évolutionnistes et leurs multiples *stades*.
- Ceux qui nient purement et simplement l'existence du moindre rapport de similarité. Pour le dire autrement, la différence n'est pas ici une différence de degré mais une différence *ontologique*. Nul besoin d'évangéliser les habitants des Amériques si l'on a montré qu'il s'agit d'animaux. Inutile de dire que la négation de ce qui nous fait face peut se faire sous la forme de l'annihilation physique.
- Ceux qui nient la différence en la posant comme inessentielle ou illusoire face au partage réel et immédiat d'une *qualité commune*.
- Ceux qui remettent en question leur conviction initiale, soit pour épouser le *relativisme* soit pour tenter de provoquer un *nouveau processus d'universalisation*.

Ainsi donc, les conditions de possibilité de la *tentation du relativisme* sont les suivantes : 1) la rencontre de différents mondes ; 2) la conviction chevillée au corps d'être possesseur de la juste norme ; 3) une angoisse ressentie face à la mise en question incarnée de cette

<sup>13</sup> Cette sous-partie étant particulièrement importante pour notre propos, nous sollicitons l'indulgence du lecteur et lui demandons de considérer ce développement comme recouvrant deux sous-travaux.

<sup>14</sup> C'est en partie ce qu'a initié Georges Devereux dans son œuvre.

conviction ; 4) un questionnement de cette conviction (qui s'apparente à un véritable travail sur soi débutant par la reconnaissance de la conviction *comme conviction* et la reconnaissance de l'autre *comme autre*).

Qu'en est-il de ces conditions *aujourd'hui* ? Exprimons cette question quelque peu différemment : *qui*, dans une époque caractérisée par l'accélération et l'amplification des mises en contact des différents mondes grâce aux techno-sciences, ressent cette tentation ? Précisément ceux dont la norme spontanée est celle de techno-sciences ayant démontré leur efficacité en bâtissant ce monde (considéré être *le monde*) et qui, pour autant, ont abandonné le mythe du progrès qui les justifiait. D'autres attitudes demeurent possibles, chacune défendu par des experts attirés : conserver la narration évolutionniste du progrès comme le font, par exemple, les trans-humanistes ; poser une différence irréductible entre civilisations (c'est le thème fameux du *choc des civilisations*) ; affirmer abstraitement l'universalité de la techno-science comme définitoire de l'humanité<sup>15</sup>. Mais, répétons-le, ceux qui ressentent la tentation du relativisme sont ceux qui veulent se débarrasser de leur malaise en éliminant la contradiction entre leur volonté de conserver la norme techno-scientifique et le caractère désormais, selon eux, injustifiable de cette volonté. On peut entrevoir deux issues à cette situation intenable et angoissante : céder à la tentation ou investir un nouveau processus d'universalisation.

Les anthropologues furent sans doute les premiers à ressentir un telle contradiction. Née dans et de l'entreprise coloniale, leur discipline a connu toutes les tentations présentées ci-dessus (évolutionnisme, diffusionnisme, structuralisme, *etc.*). Mature, elle a effectué un retour réflexif sur les conditions de sa pratique et a vaincu la tentation du relativisme, ce qui lui permet de proposer aujourd'hui un *nouveau processus d'universalisation*. Exemple de cette capacité à tenir les deux bouts de la chaîne – continuer à faire de la science et ne pas imposer des normes pétries d'intérêts singuliers – est l'œuvre de Philippe Descola<sup>16</sup>. Or ce qui caractérise cette dernière est sa *méthode matricielle*. Sans entrer dans le contenu de la proposition théorique de P. Descola, dégageons-en les principes *formels*.

Une matrice est une structure constituée de différents éléments que l'on peut combiner entre eux. Ces éléments sont des catégories *heuristiques* issues d'oppositions considérées pertinentes. Il ne s'agit en aucun cas de catégories ontologiques ou descriptives. Ainsi P. Descola suggère-t-il que la manière dont quelque chose est identifié se laisse pertinemment saisir à l'aide de deux couples oppositionnels (Soi/Non-Soi ; Physicalité/Intériorité). La matrice fonctionne en indiquant les différentes combinaisons entre ces catégories, c'est-à-dire en pointant vers toutes les modalités logiquement possibles de l'identification de quelque chose. Reste à voir si ces modalités générées par la matrice permettent de mieux appréhender certains phénomènes. Grossièrement, on pourrait isoler 4 moments dans une proposition matricielle : 1) par *induction* on propose les couples oppositionnels jugés pertinents ; 2) on établit les *catégories* appartenant à ces couples et on les répartit sous une forme matricielle ; 3) on combine, c'est-à-dire qu'on *déduit* exhaustivement les différentes possibilités ; 4) enfin, l'on évalue l'intérêt de chacune de ces combinaisons. Il va de soi que cet intérêt peut être explicatif (on comprend mieux un phénomène) et/ou heuristique (il s'agit d'une nouvelle hypothèse de recherche). Ajoutons un éventuel cinquième moment : 5) s'il s'avère que les combinaisons n'aident en rien (ni vertu explicative ni vertu heuristique) l'on est conduit à critiquer les couples oppositionnels initiaux. Cette manière de faire qui combine induction et déduction présente de nombreux avantages. On se prémunit contre les effets de projection du chercheur (normativité inhérente aux catégories induites qui font que l'on ne trouve jamais que ce que l'on cherche) en ouvrant son spectre de possibilités et en proposant un mécanisme auto-correctif. Est préservé le caractère universalisant du projet scientifique puisque toutes les combinaisons considérées

15 Par exemple, affirmer que les rituels védiques sont la science et la technique des brahmanes. Chez ceux pour qui la techno-science n'est pas définitoire de l'identité, le problème se pose différemment. Il s'agit plutôt de savoir comment adopter les dispositifs techno-scientifiques sans s'occidentaliser. Le Japon constitue un exemple passionnant de ce *conundrum*.

16 Philippe DESCOLA, *Par-delà Nature et Culture*, Paris, Gallimard, 2005.

comme valides ne reflètent pas le monde particulier du chercheur. Enfin, on est en possession d'une machine de traduction/transformation permettant de passer diplomatiquement d'un monde à un autre.

Résumons nos acquis. Certains éprouvent aujourd'hui la tentation du relativisme. Ne pas céder à cette tentation nécessite d'investir un nouveau processus d'universalisation. Or un tel processus existe en anthropologie et a pris la forme d'une réflexion matricielle. Ne conviendrait-il pas alors d'adapter pareille réflexion pour la proposer aux non-anthropologues tentés par le relativisme ? Mettons à l'épreuve cette hypothèse au sein du monde médical<sup>17</sup>.

Nul besoin d'insister sur le malaise ressenti par une partie du corps médical. Plus intéressante pour notre propos est la constatation que ce malaise s'exprime souvent selon trois modalités au moins (qui peuvent évidemment se recouper) : médecine scientifique vs médecine populaire ; médecine scientifique vs médecine exotique ; médecine scientifique vs pseudo-médecines. Le malaise ressenti par le praticien provient bien de la contradiction par lui ressentie entre une norme intériorisée qu'il veut préserver (la médecine bio-médicale) et la reconnaissance pratique des limites thérapeutiques de cette norme. Un tel constat est amplifié par la récente autonomie des patients qu'il doit ménager sinon construire. Doit intervenir ici, par hypothèse, la proposition d'une approche matricielle lui permettant de sortir de ce malaise sans succomber au relativisme. Le contenu de l'*activité médicale* (qu'elle soit scientifique, populaire, exotique ou pseudo-scientifique) suggère inductivement une structure liant une conception de la *maladie* à une *stratégie thérapeutique*. Nous devons donc élaborer deux matrices (la maladie ; la thérapie) et observer comment elles se combinent.

Quelles sont les oppositions pertinentes pour tenter de saisir le phénomène "maladie" ? En modifiant quelque peu le modèle de Laplantine, nous mentionnerons 3 oppositions sensées couvrir tous les modèles étiologiques, propositions que nous organiserons sous la forme d'une arborescence et auxquelles nous adjoindrons une valence soit positive soit négative :

- *Étiologie ontologique vs étiologie relationnelle* : la cause de la maladie réside soit dans une entité autre, soit dans un déséquilibre organique.
- *Étiologie exogène vs étiologie endogène* : la cause de la maladie est extérieure à l'organisme malade ou interne à celui-ci.
- *Étiologie additive vs étiologie soustractive* : la maladie résulte d'un surplus ou bien elle résulte d'un manque.
- *Valence positive vs valence négative* : la maladie est un bien ou au contraire, et le plus souvent, la maladie est un mal.

[cf. schéma en annexe 1]

Nous sommes en possession de 16 combinaisons possibles<sup>18</sup>. Mais comment utiliser une telle combinatoire ?

A. Remarquons d'emblée que nombre des problèmes mentionnés auparavant trouvent ici une forme qui les rend moins aigus. Ainsi d'un point de vue *ethnologique et/ou historique*, une telle combinatoire permet de repérer quelle variante a été favorisée au sein de telle société et quelles variantes ont été minorées (par exemple, la médecine arabe puis musulmane voit plutôt la maladie comme un manque de quelque chose). Par ailleurs, les oppositions entre médecine scientifique et médecines populaires, médecines exotiques et pseudo-médecines peuvent être médiatisées. Soit l'on voit qu'elles évoluent depuis des combinaisons différentes et l'on cherche les relais de traduction et de transformation adéquats, soit l'on voit qu'elles sont des modalités différentes du même schème. Par exemple : la

<sup>17</sup> Nous nous appuyons ici sur le travail remarquable d'anthropologie médicale de François Laplantine en le modifiant librement pour le faire servir à nos fins (François LAPLANTINE, *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 1993).

<sup>18</sup> Pour un développement plus précis de ces combinaisons, nous renvoyons à Laplantine et à son recours à la littérature pour mieux identifier chaque schème.

possession démoniaque et l'infection virale suivent un même modèle étiologique (Ontologique, Exogène, Addition, Négatif). Ou encore : les réactions immunitaires anormales, les déséquilibres des *doṣa* dans l'ayurvédisme et l'anti-psychiatrie appartiennent au pôle Relationnel (souvent Endogène) à valence négative.

B. Appelons le modèle dominant « schème causaliste bio-médical ». Son fonctionnement est le suivant : une entité est identifiée et localisée par la biologie ; cette entité est la cause de la maladie ; il faut lutter contre cette entité pour recouvrer la santé. Comme tout schème, le schème causaliste est pratique mais également théorique et idéologique :

- La médecine contemporaine se constitue comme le relais pratique de la biologie et évolue avec cette dernière. Ce point signe un risque sérieux de vassalisation de la clinique aux sciences dites « fondamentales » et, de manière concomitante, une extension induite de l'idéologie scientifique du chercheur (c'est-à-dire d'un docteur sans patient étudiant des maladies sans malade). « Maladie » et « santé » deviennent alors des notions statistiques.
- La narration produite par le schème causaliste bio-médicale permet :
  - au patient d'être justifié en tant que malade tout en étant déresponsabilisé quant à son état ;
  - au praticien d'être actif dans la guerre contre l'envahisseur pathogénique, mais sous la forme d'un mécanicien de l'organisme chargé de nommer la panne ;
  - aux deux d'avoir l'impression de « tenir quelque chose » et d'agir contre ce quelque chose ;
  - à la société de ne pas envisager la possibilité que c'est peut-être elle qui rend malade et qui tue. Car que se passerait-il si l'on s'apercevait que chaque société se définit par les malades et les morts qu'elle choisit ?

On le voit, le schème causaliste et le recodage sous la forme d'une lutte entre le bien et le mal (présent sous une forme substantivée) qu'il autorise peuvent s'avérer très utiles. Les problèmes surgissent lorsqu'un tel schème s'impose comme norme inquestionnée et ce d'autant plus à un moment où sa valeur étiologique diminue fortement. En effet, il ne permet pas de rendre compte d'un grand nombre de maladies contemporaines telles que les maladies chroniques, la fibromyalgie, l'obésité, les allergies, les cancers, le syndrome du colon fragile, *etc.* Si, faute d'étiologie causaliste biomédicale claire, le soignant impose envers et contre tout ce schème, alors il distinguera entre les « vrais patients » et les « emmerdeurs » qu'il renverra à son collègue spécialiste de la santé mentale. Surtout, il déclenchera en réaction un sentiment anti-médecine « scientifique » qui cherchera à s'alimenter à tout ce qu'il peut trouver.

C. Les modèles médicaux à l'opposé du schème causaliste feront de la maladie le résultat normal d'un dysfonctionnement ou d'un déséquilibre entre le malade et son milieu. Les doctrines se répartissent selon le milieu considéré et/ou selon l'approche :

- familial : psychanalyse, systémique, *etc.* ;
- social : la morbidité dépasse le corps souffrant et même la personne (approche religieuse : la communauté a péché, il faut rétablir l'équilibre ; approche sociologique : démedicalisation de la délinquance, de la santé mentale, *etc.*) ;
- cosmos : médecine indienne, Paracelse et l'alchimie, bio-énergie, *etc.*
- corps : médecine humorale.
- Approche bio-médicale : immunologie, épigénétique, *etc.*

Dans ce modèle médical, la thérapie prendra la forme d'une action régulatrice accordant la priorité aux potentialités du sujet malade qui est donc considéré comme actif et en partie responsable.

D. Insistons sur le fait qu'il ne s'agit aucunement pour nous de hiérarchiser les modèles médicaux. Nous croyons bien plutôt à une complémentarité toujours renouvelée en situation. Mais on les rend d'autant plus efficacement complémentaire qu'on a distingué les cadres de référence de chacune de ces approches. Ainsi :

- la *maladie* est une aberration biologique ou psychologique pour le schème causaliste alors qu'elle est pour le schème relationnel la solution trouvée par un individu ou un collectif en vue de réinstaurer un équilibre provisoire ;
- le schème causaliste met à *distance* (la maladie et le malade, la maladie et le soignant, le soignant et le malade, la maladie et la société, *etc.*) là où le schème relationnel insiste sur les relations constitutives de tous ces pôles ;
- la *santé* est à recouvrer d'un côté alors qu'elle est à inventer de l'autre ;
- le schème causaliste vise à se substituer à la nature, à l'attaquer par le contraire de l'entité responsable de la maladie alors que le schème relationnel aura tendance à stimuler et à accompagner la nature ;
- le schème causaliste engendre bien souvent une attitude interventionniste qui attaque et substitue au rythme de la maturation de la maladie, le rythme de l'urgence médicale ; au contraire le schème relationnel accompagnera la rythme de la pathologie et envisage son action sur le temps long.

E. Terminons par une suggestion visant à mobiliser tout ce qui précède au sein de la relation clinique. Nous isolerons artificiellement 4 étapes :

a. Le soignant repère son modèle étiologique spontané puis il opère des variations (sur le mode du « et s'il s'agissait plutôt de cela ? »). Outre une utilité heuristique certaine, cette étape lui permet d'assouplir son regard et de ne pas imposer par la bande son schème.

b. Le patient opère un auto-diagnostic et il peut être soutenu par le soignant dans cet effort. Quatre questions permettent d'esquisser plus ou moins la cartographie idéologique subjective du patient : *Quoi* – ontologique ou relationnel ? ; *D'où* et *où* ? - Exogène ou endogène ? ; *Comment* ? – Additif ou soustractif ? ; *Pourquoi* ? Valence négative ou valence positive.

Le patient peut lui également opérer des variations (« et si après tout c'était une opportunité ? », « et s'il s'agissait d'un problème relationnel ? », « et s'il ne s'agissait que d'un problème bactérien ? », *etc.*).

c. Patient et soignant établisse un modèle étiologique commun. Cet exercice de traduction et d'ergonomie cognitive doit viser la co-référentialité : ils parlent bien de la même chose.

d. Ils établissent la stratégie thérapeutique. Synthèse singulière adaptée à cette situation, cette ordonnance devra être à la fois *cohérente* avec le modèle étiologique établi en commun et *intégrable* dans le récit que le patient fait de ce qui lui arrive.

# Reconnaissance et stress

Placer le Désir de Reconnaissance au centre du processus d'humanisation est désormais assez commun dans les courants de pensée dite « critique ». Il suffira de nommer Axel Honneth pour s'en convaincre. Mais bien qu'elles se prétendent aux prises avec le réel, ces pensées souffrent néanmoins de la coupure académique dont elles résultent. Car pour nuancer et actualiser des concepts issus de l'histoire de la philosophie, elles épousent cette discipline au point d'en être prisonnières. Or une telle situation écrase tout effort de totalisation sous le poids d'un système théorique autotélique. Pour tenter de ne pas sombrer dans ce travers, nous privilégierons une autre approche, qui place comme point de départ de l'effort de totalisation le phénomène du *stress* (et non la théorie-de-la-reconnaissance-qui-corrige-celle-de-Hegel-car-ce-dernier-était-encore-pris-dans-la-situation-politique-de-l'Allemagne-etc.-et-qui-modulo-de-telles-corrections-parle-de-votre-situation). Outre des avantages tactiques et pédagogiques certains<sup>19</sup>, cette manière de faire a pour elle d'intégrer la dimension animale de la santé dans la santé humaine sans l'y réduire.

Grâce aux travaux de Richard Sapolsky sur les babouins<sup>20</sup> et aux *Whitehall studies* dirigées par Michael Marmot, la biologie et la psychologie du stress sont désormais liés de manière quantifiable à l'organisation sociale. Remarquons d'emblée qu'une telle affirmation propulse directement un grand nombre de situations (*stress-related diseases*) au cœur des politiques de santé publique : crise cardiaque, athérosclérose, dépression, etc. Car si l'on démontre un lien entre stress et organisation sociale, non seulement on quitte l'individualisme méthodologique (toujours culpabilisateur car reconduisant l'idéologie méritocratique) en révélant à la société la vérité sur laquelle elle repose, à savoir le fait qu'elle choisit ses morts et ses malades, mais surtout l'on s'outille en vue de créer une société moins stressante.

Le stress est une réaction physiologique très utile dont l'évolution a pourvu certains organismes. Tout ce qui fait sortir de l'homéostasie avec son milieu – tant la faim qui pousse à chasser que le danger que représente le prédateur – peut être considéré comme un stresser. Cette réponse face à un environnement devenu menaçant est physiologiquement identique quelle que soit la nature de la situation : mobilisation immédiate d'énergie, augmentation de la tension du système vasculaire afin de livrer cette énergie, arrêt des processus métaboliques non immédiatement vitaux, augmentation du système immunitaire, diffusion d'hormones (adrénaline et cortisol) qui augmentent l'attention, les réflexes, etc. Il s'agit là d'un mécanisme essentiel à notre survie puisqu'il nous permet d'affronter des crises immédiates : dans 30 secondes ou je me suis sauvé ou je suis mort, mais la réaction s'arrête.

Les humains présentent une particularité notoire puisqu'ils peuvent enclencher cette réponse physiologique pour des raisons imaginaires (c'est-à-dire liées à la représentation que nous avons du monde et de nous-mêmes). Penser à une attaque terroriste déclenche du stress bien réel. Les raisons étant imaginaires, elles peuvent tout aussi bien perdurer indéfiniment et nous accompagner partout et tout le temps. Le problème est alors évident : nous enclenchons pour des raisons sociales chroniques un système mis au point par l'évolution pour remédier à des situations critiques réelles et aiguës. Ce qui est destructeur est donc l'extension au temps long d'un modèle basé sur l'immédiateté. Nombre de maladies contemporaines trouvent là une explication lumineuse :

- mobilisation immédiate d'énergie → diabètes, myopathies, ...
- élévation de la tension vasculaire → hypertension, athérosclérose, ...

19 Nous avons pu nous-même constater le pouvoir émancipateur de cette réflexion lors d'échanges avec des groupes présentés comme "fragilisés".

20 Nous nous appuyons sur les multiples vidéos de R. SAPOLSKY que l'on trouve sur internet ainsi que sur les deux ouvrages suivants : *Why Zebras Don't Get Ulcers* (Holt/Owl, 1994) et *Behave: The Biology of Humans at Our Best and Worst* (Penguin Press, 2017).

- arrêt des systèmes non immédiatement vitaux → problèmes digestifs, ulcers, stérilité, perte de libido, ostéoporose, problèmes de croissance, ...
- augmentation du système immunitaire → immunodépressions suite à la résistance acquise des cellules immunitaires au cortisol, ...
- bain hormonal → dépression (trop de cortisol), épuisement professionnel (pas assez de cortisol), perte de mémoire, confusion, ...

Restent toutefois à montrer deux choses : A) le lien entre stress et organisation sociale ; B) les conditions permettant de mieux supporter le stress.

A. R. Sapolsky fait d'une tribu de babouins un modèle intéressant pour étudier le stress des sociétés modernes en décrivant de manière amusante le mode de vie de cette tribu : 3 heures par jour suffisent aux singes pour obtenir les calories nécessaires à leur survie... ce qui laisse 9 heures pour faire souffrir quelqu'un dans la tribu. On peut donc parler d'un stress social découplé de toute menace extérieure. L'on constate alors que le niveau de stress d'un individu, et par conséquent la qualité de sa santé, est directement corrélé à sa position hiérarchique dans la tribu. Les mâles dominants ont un stress peu élevé alors que les individus dominés ont plus de stress et des problèmes cardio-vasculaires (plus de mauvais gras abdominal) et immunitaires. Or cette même corrélation ressort des *Whitehall studies* qui ont suivi 28 000 fonctionnaires britanniques pendant plus de 30 ans. La hiérarchie produit du stress et, par conséquent, de la morbidité. Plus précisément encore, c'est le fait de se sentir bas, pauvre<sup>21</sup>, non-reconnu qui engendre un stress chronique et donc des maladies. De telles découvertes permettent d'asseoir les théories de la Reconnaissance sur des preuves à partir desquelles on peut alors affirmer de manière beaucoup plus puissante que le manque de Reconnaissance tue, que la valorisation de tout ce qui accentue une image négative de soi (idéal inaccessible du bonheur, réseaux sociaux, luxe, hyper-activité du *self-made man*, etc.) est dommageable et qu'il est faux de dire que ceux qui occupent une place dominante ont plus de stress.

Cette intégration du biologique dans le social est utile également à un autre niveau. En effet, elle rend possible, d'une part, une dénaturalisation des structures sociales et, d'autre part, une socialisation des idiosyncrasies biologiques. On trouvera un exemple du premier effet chez les babouins de R. Sapolsky. Après la mort par accident de tous les mâles dominants de la tribu qu'il étudie, le chercheur remarque un changement de culture dans cette tribu. Ses individus sont beaucoup plus sereins et cette nouvelle attitude se transmet aux nouveaux arrivants pétris de la volonté d'en découdre. Un exemple historique du second effet est celui de la famine de l'hiver 1944 en Hollande. Les femmes enceintes durant cette période ont accouché d'enfants qui seront globalement en moins bonne santé que les autres toute leur vie. Le stress subi dans la vie intra-utérine suite à la guerre entraîne des conséquences pour le reste de la vie.

B. Comment se fait-il que certains individus résistent mieux au stress ? Synthétisant les expériences menées sur les rongeurs, R. Sapolsky rejoint le sens commun. On résiste mieux au stress si :

- on a un exutoire permettant d'évacuer le stress (parfois au détriment de celui sur lequel on se soulage) ;
- on a un sentiment de contrôle sur la situation et de prédictibilité. Le stress est alors plus une stimulation, voire un jeu ;
- on perçoit une amélioration de la situation ;
- on n'est pas isolé socialement.

Nous concluons en indiquant simplement que la cartographie cognitive qui résulte de l'effort de totalisation que nous prôtons est, selon nous, une condition pour retrouver un

<sup>21</sup> Les nombreuses corrélations qu'on a pu établir entre la pauvreté et la santé trouveraient dans le stress leur médiation concrète.

sentiment de contrôle et d'autonomie. Et s'il est vrai que cette stimulation contribue à la diminution du stress persistant, elle participe alors à la santé de ceux qui font cet effort.

# La santé mentale

La négativité (au sens d'un processus niant un donné) contenue dans le Désir, la Lutte, le Travail et les Discours crée l'homme en puissance, mais il n'est créé en acte que dans et par la Reconnaissance. Le mélange entre la Reconnaissance (en puissance ou en acte) et l'absence de Reconnaissance (en puissance ou en acte) peut donner lieu à une diversité d'attitudes humaines. En d'autres termes, la rencontre entre le produit de la négation du donné que je suis (mon être transformé par la Lutte, par le Travail et par le Discours) et le monde tel qu'il est (qui résulte également de la Lutte, du Travail et des Discours) peut être plus ou moins harmonieuse ou tendue. Ainsi, par exemple :

- Non-reconnaissance totalement actualisée et Reconnaissance uniquement en puissance : Folie (avec des subdivisions : le Névrosé est toléré, le Psychopathe n'est pas toléré) ;

- Reconnaissance en acte par un groupe limité et (Non-)reconnaissance en puissance par les autres : le Réformateur, le Génie, le Révolutionnaire, l'Ermite, *etc.*

- Reconnaissance en acte par un groupe limité et Non-reconnaissance en acte par les autres : le Criminel, le Pervers, *etc.*

Pour grossière qu'elle soit, cette présentation a un mérite non-négligeable. Non seulement elle lie la Folie (et les soins en santé mentale) à l'environnement – rejoignant par là les travaux de R. Laing, D. Cooper, M. Mannoni ou encore F. Deligny –, elle rend surtout possible des interprétations nuancées de ce que l'on entend par « environnement ». Car s'il est entendu qu'en tant que phénomène humain, la Folie est un tout intégré, il n'en demeure pas moins qu'elle peut constituer une réponse tantôt plutôt à l'environnement familial, tantôt plutôt à l'environnement économique et social, tantôt encore plutôt à l'environnement culturel. Concentrons-nous sur ce dernier point.

La grande présence de non-Belges en santé mentale aujourd'hui prend un relief inattendu à la lumière du raisonnement précédent. Voici en effet les questions qui émergent spontanément du croisement de nos catégories fondamentales :

- La « Folie des étrangers » (par exemple la fragilité mentale des personnes migrantes) n'est-elle pas, en tout cas en partie, le produit d'une Non-reconnaissance de leurs catégories culturelles<sup>22</sup> ?
- Cette absence de Reconnaissance épistémologique n'est-elle pas elle-même liée à une absence de Reconnaissance politique ? Cela signifierait que la médicalisation du statut des personnes s'apparente à une arme politique.
- L'objectif de la politique menée à l'égard des réfugiés, des migrants, des sans-papiers, des immigrés n'est-il pas aussi en réalité économique ?

Si les maillons de la chaîne des raisons sont solides, on peut en tirer l'affirmation suivante : la reproduction du système économique nécessite l'exclusion de certaines personnes, ce qui s'effectue en partie par la médicalisation de leur état. Réciproquement, l'adoption d'une épistémologie qui actualise la Reconnaissance dans la pratique du travail en santé mentale peut être considérée comme une relance de la Lutte politique. Pour autant, cela ne signifie pas que les troubles psychiques soient irréels ou totalement réductibles au social ou la différence de normes culturelles.

Il ne fait guère de doute que ce diagnostic est partagé, fût-ce confusément ou avec mauvaise conscience, par nombre de travailleurs en santé mentale qui s'interrogent sur leur rôle de rouages justificateur d'un système que bien souvent il réproouve. Plus ils font bien leur travail – s'occuper des troubles psychiques – plus ils justifient les mécanismes ayant causé les

<sup>22</sup> Notons que la matrice étiologique dont il a été question plus haut peut selon nous s'avérer d'une grande aide pour systématiser l'approche ethnopsychiatrique.

troubles réels qu'ils affrontent. Or il est toujours utile lorsqu'on est pris dans la tension de la contradiction de s'appuyer sur des prédécesseurs. Voyons par exemple ce que dit Francis Jeanson dans sa préface à l'édition de 1952 de *Peau noire, masques blancs* : « ce qu'il y a peut-être de plus remarquable dans ce livre, c'est justement le soin mis par l'auteur à n'y point trahir la réalité humaine, à ne lui infliger aucune mutilation, à lui maintenir sa valeur de totalité, quels que soient les points de vue particuliers qu'il faut bien tour à tour qu'elle adopte sur elle-même pour parvenir à se connaître. L'analyse que nous entreprenons est psychologique. Il demeure toutefois évident que, pour nous, la véritable désaliénation du Noir implique une prise de conscience abrupte des réalités économiques et sociales... L'aliénation du Noir n'est pas une question individuelle. À côté de la phylogénie et de l'ontogénie, il y a la sociogénie... Disons qu'il s'agit d'un sociodiagnostic... La réalité, pour une fois, réclame une compréhension totale' »<sup>23</sup>.

F. Jeanson poursuivra sa réflexion sur le phénomène total de la folie et de l'aliénation en travaillant avec de nombreux psychiatres de son temps. Il pose qu'est « malade » celui que l'on déclare tel en considération d'un état jugé comme « mauvais » sur la base de signes que l'on aura préalablement définis. Cette déclaration joue un effet performatif certain : elle établit la maladie comme un objet agissant dans la personne du malade qui la subit. Sartre avait nommé cette strate de l'être-pour-autrui la « couche aliénante cognitive ». L'on voit à présent que le poids social est explicitement pris en compte dans la définition de cette dernière : dans telle société, avec telles techniques et tels techniciens du savoir, l'on considère comme « mauvais » tels aspects qui seront ensuite intériorisés par le malade comme effets d'un mal qui le ronge. Le malade se produira lui-même ensuite par rapport à ces maux qu'il porte. Mais, on l'a dit, aucune objectivation ne peut justifier l'absence de prise en considération de l'attitude du malade ainsi que des effets qu'une telle objectivation peut entraîner. Or, si l'on sait combien cette attitude est bien souvent un facteur important lors d'une maladie physiologique, elle devient tout simplement centrale lorsqu'il s'agit d'une « maladie mentale ».

Jeanson entend rendre compte des troubles psychiques – arrêts ou mouvements circulaires erratiques du processus psychogénétique –, mais conteste toutes les explications qui simplifieraient une étiologie d'une très grande complexité (que ce soit les étiquettes officielles de la « maladie mentale » ou les théories qui nient cette étiquette en la rabattant uniquement sur un dysfonctionnement social) car elles se condamnent à ne fournir qu'une aide très inappropriée pour favoriser la désaliénation. Lutter contre l'oppression se fait, certes, à différents niveaux, mais aucun de ceux-ci ne recouvre totalement l'aliénation psychique sans en être non plus totalement indépendant. C'est à la redécouverte et à la réactivation de la « fonction-sujet » – réactivation qui permettra une reprise active du sujet par lui-même – que la cure doit viser. S'adressant aux thérapeutes, Jeanson leur propose la « simple » mission de débloquer la psychogenèse afin qu'elle puisse à nouveau être capable de réflexivité, c'est-à-dire afin que la fonction-sujet puisse aider la personne à se reprendre. Ce processus émancipateur ne peut prendre la forme que d'un pari : il s'agit de maintenir l'exigence absolue de la libération de tous par chacun et de chacun par tous tout en acceptant la relativité des actions et des situations dans lesquelles cette exigence sera prise.

Le travail du thérapeute consiste donc, pour Jeanson, à se activer la reconnaissance pour permettre à la fonction-sujet introjective de se remettre en marche. Or cela ne peut se faire d'un point de vue extérieur : il s'agit d'accompagner et de soutenir le « malade » dans son travail pour récupérer un rapport avec la réalité et une action sur sa propre existence. Parier ensemble sur sa capacité à recouvrer l'exercice de la fonction-sujet est un engagement pratique premier qui doit se subordonner toutes les autres approches (biologisantes, psychanalytiques, etc.) sous peine de céder à un réductionnisme de mauvais aloi ou à un théoricisme tendanciel. Bien plus, une partie du processus consiste à s'appropriier ces théories, c'est-à-dire à parcourir le chemin qui leur a donné naissance, à les enrichir de sa propre expérience et à les dépasser (nous dirions : à les comprendre), et ce, tant pour le thérapeute

---

23 in Frantz Fanon, *Œuvres*, Paris, La Découverte, 2011, p. 58.

que pour le « malade », et, poussons le raisonnement jusqu'à son terme, pour chacun d'entre nous.

Autrement dit, le véritable travail s'effectue non au niveau objectivant de la méthodologie scientifique, qui dégage des connaissances importantes mais relatives au processus d'objectivation, mais à celui de la reprise consciente et ruminante de ces connaissances en vue de saisir son objet concret. Il est tout à fait crucial de garder cela en mémoire lorsque, comme le thérapeute, l'on s'adresse à des personnes ayant perdu la capacité de s'assumer comme personne et ne parvenant plus à lutter contre les multiples objectivations dont elles sont l'objet. De ce cercle vicieux – des théories voient la confirmation de leurs postulats dans un malade dont la particularité est justement l'incapacité de répondre et de se retotaliser –, on ne sortira que par le pari de s'en sortir ensemble à travers une praxis thérapeutique qui engage tous les participants au dialogue. La fonction-sujet du praticien doit être pleinement active et opérer des retotalisations en son propre sein, c'est-à-dire s'ouvrir, se mettre en danger et intégrer, afin de « déclencher » la fonction-sujet du patient. Ce qui est en jeu, c'est bien la vérité entre deux ou plusieurs hommes engagés dans une même quête ; c'est également la mise en pratique thérapeutique de la connaissance

# Santé et Justice

Il est une question qui devrait obséder tout éthicien : « Pourquoi est-ce toujours l'utilitarisme qui gagne à la fin ? ». On verra dans ce qui suit une tentative d'explication de cet état de fait et une proposition pour le transformer en prenant comme exemple la difficile question de la justice.

Voici une épure de la dynamique qui, selon nous, mine en grande partie l'éthique clinique :

A. La dimension morale est la relation qu'une personne entretient avec elle-même. Le monde et autrui ne sont que des occasions pour cette personne de pratiquer la morale. Si je donne, c'est pour sauver mon âme, pour m'améliorer, *etc.* et seulement en un second temps pour aider autrui. Cet isolement principiel de la dimension morale – c'est le soignant aux prises avec sa conscience – est souvent asocial, mais il peut également devenir anti-social.

B. La loi de 2002 impose de tenir compte de l'autre terme de la relation, le patient, le soigné.

C. Mais puisque cet autre terme de la relation est pensé spontanément sur le modèle du premier, on se retrouve dans la situation où deux systèmes moraux peuvent s'affronter.

D. Ces deux systèmes ne devant rendre des comptes qu'à eux-mêmes, il n'y a aucun moyen de trancher sur de telles prémisses. Nous sommes face à un dilemme.

E. Face à ce constat relativiste qui inhibe l'action, on a recours à la doctrine utilitariste qui prétend fournir une solution en rendant les perspectives commensurables et dont un présupposé majeur est l'individu réputé rationnel.

F. Rejoignant un sens commun ainsi que des dispositifs d'analyse et un langage courant qui le rendent intuitif, l'utilitarisme constitue le fond effectif de la pratique quotidienne.

E. On a recours pour compenser le manque que l'on perçoit bien dans cette manière de faire à un ensemble de doctrines (éthique des vertus, religions, ascèse, *etc.*) dont l'objectif est de panser l'âme.

Tout notre travail vise à transformer la situation rendant inévitable ce constat (sévère, convenons-en). Nous avons déjà dit pourquoi la réduction de l'éthique au dilemme moral (qu'on n'a d'ailleurs bien souvent pas le temps d'analyser en profondeur) nous enferme dans une telle dynamique. Nous voudrions suggérer une manière d'en sortir en partant d'un dilemme qui se pose très souvent dans les équipes et qui concerne l'action *juste*. Ce sera également pour nous l'occasion de faire un petit exercice de dialectique.

Lorsqu'une équipe se demande ce qu'il est juste de faire, elle est renvoyée à l'opposition entre deux conceptions de la Justice : la Justice d'égalité et la Justice d'équité (que nous nommerons, pour des raisons qui vont apparaître tout de suite, justice d'équivalence). Les mots d'ordre de ces principes sont respectivement : « La même chose pour tous » et « À chacun selon ses besoins ». Et ces deux idées de justice existent effectivement puisque<sup>24</sup> « de nos jours encore, nous appelons 'juste' un partage en parts *égales*, qui ne tient aucun compte de ce que les parts distribuées signifient (ou 'valent') pour ceux qui les reçoivent. Mais nous appelons aussi 'juste' l'impôt *progressif*, sans nous préoccuper de l'inégalité qu'il crée et sans nous laisser impressionner par l'égalité de l'impôt simplement proportionnel ». Cette dernière citation d'A. Kojève nous incite à développer quelque peu le schème anthropogénétique.

Les deux idées de la Justice reposent sur des sources distinctes. La Justice d'égalité reflète l'aspect de la Lutte réalisé par le Maître (chacun est égal dans la Lutte car chacun risque sa vie) et la Justice d'équivalence reflète l'aspect réalisé par l'Esclave après la Lutte (il y a

24 A. KOJÈVE, *Esquisse d'une phénoménologie du droit*, Paris, Gallimard, 1981, p. 272. Cet ouvrage écrit en 1943 est d'une richesse inouïe et sa lecture minutieuse permettrait de répondre à bien des interrogations contemporaines.

équivalence entre les droits et devoirs du Maître et ceux de l'Esclave). Existe donc une dialectique juridique entre ces deux principes et tout système de droit réel est en fait une synthèse particulière de ces deux idées de Justice, c'est-à-dire un droit du Citoyen – basé sur l'idée d'une Justice d'équité – en état de devenir. Il n'est pas inutile de citer Kojève pour mieux saisir la force d'une pensée dialectique : « [l]e Droit réel du Citoyen est une *synthèse* de deux éléments autonomes, et une synthèse qui ne s'effectue que *progressivement*. C'est-à-dire que le Droit à son état naissant est *double* et que son *unité* n'apparaît qu'à la fin, comme un *résultat*. En d'autres termes, la nature du Droit est dialectique, son évolution allant de l'opposition antithétique à l'unité synthétique. Ainsi, même si l'antithèse pure de la naissance du Droit n'est qu'une construction théorique, il y a intérêt à la faire [car on comprend mieux l'] enchevêtrement dans le Droit réel en évolution, ainsi que le sens de cette évolution »<sup>25</sup>.

Si l'équité est la synthèse de l'égalité et de l'équivalence, elle ne peut être pleinement actualisée que lorsque les contradictions internes entre égalité et équivalence ont été surmontées (c'est-à-dire lorsque l'application de l'égalité n'entraîne plus de non-équivalence et lorsque l'application de l'équivalence ne génère plus d'inégalité). L'évolution du Droit vers un Droit équitable du Citoyen équivaut donc à l'élimination progressive de la contradiction immanente entre égalité et équivalence (car seul peut évoluer un phénomène ayant une contradiction immanente). Prenons, avec Kojève, l'exemple du partage d'une nourriture pour mieux faire comprendre de quoi il retourne : « Le principe d'égalité exigera un partage en parts égales entre les ayants droit, et il ne se préoccupera plus de rien. Mais le principe d'équivalence se demandera si les parts égales sont vraiment équivalentes. Si l'on constate que les uns ont plus faim que les autres, on verra qu'il n'en est rien. On partagera alors autrement, rendant les parts proportionnelles au besoin de nourriture d'un chacun. Le principe étant ainsi satisfait on s'en tiendra là. Mais l'autre principe sera choqué par l'inégalité du partage et il essayera de l'éliminer. Seulement, pour ne pas choquer le principe de l'équivalence il faudra éliminer l'inégalité des participants. On se demandera donc pourquoi les uns ont plus faim que les autres. Et si l'on constate que cette différence résulte du fait que les uns ont déjeuné et les autres non, on veillera à ce que dorénavant tous puissent déjeuner. Le principe de l'équivalence aura donc incité celui d'égalité à se réaliser plus parfaitement. Et en devenant parfaite l'égalité coïncide avec l'équivalence. Car si les ayants droit sont vraiment égaux, l'égalité de leurs parts ne diffère plus de leur équivalence, leur équivalence n'est autre chose que leur égalité »<sup>26</sup>.

Il y aurait énormément d'avantages à réfléchir au phénomène de la santé à l'aide de la théorie du droit de Kojève (théorie, répétons-le, d'une importance et d'une profondeur considérables). Le temps nous manquant, nous retiendrons méthodologiquement ceci :

- Une approche dialectique est forcément temporelle. Non seulement elle permet de rendre compte de l'évolution d'un phénomène, mais elle permet surtout de fixer un cap. La cohérence temporelle se construit au cas pas cas sans perdre le cap (ici la Justice d'équité). Et, comme le dit Lucien Sève<sup>27</sup> en reprenant Spinoza, si l'on passe à une perfection supérieure, éviter un moindre mal équivaut à faire le bien. Petit à petit une stratégie cohérente se met en place (et qui peut justifier que l'on ait tranché tantôt en faveur de l'égalité tantôt en faveur de l'équivalence).
- Le point de départ de l'analyse est le fait de l'unité des contraires et la nécessité concomitante de bien identifier chacun des pôles en opposition : Maître/Esclave, égalité/équivalence, général/particulier (chaque cas général est en fait particulier et tout cas particulier met en jeu des considérations générales), l'universel se particularise et le particulier s'universalise, les intérêts de la personne rejoignent tendanciellement les intérêts du collectif, etc.

25 *Ibid.*, pp. 273-274.

26 *Ibid.*, p. 315.

27 C'est seulement à l'heure de bouler ces lignes que nous avons rencontré le remarquable travail de Lucien Sève dans *Pour une critique de la raison bioéthique* (Paris, Odile Jacob, 1994). S'il nous restait quelque illusion sur notre originalité, nous sommes en train de les perdre à la lecture de cet ouvrage de... presque 30 ans.

- L'égalisation des conditions suscitée par la dynamique entre les deux principes se joue à l'extérieur de la sphère juridique. Le Droit entre ici en interaction avec les autres dimensions du schème anthropogénétique.

# Le cheval de Troie du capitalisme paradoxant

Partons de la situation à laquelle nous sommes souvent confronté lorsque nous intervenons dans le secteur des soins de santé. Les personnes présentes lors de la supervision sont souvent excédées, sur la défensive, incapables ou non désireuses de parler et encore moins de parler ensemble (« il n'y a pas suffisamment de confiance », entend-on dire souvent). Initier un *effort collectif de totalisation* dans ces conditions nécessite de dépasser l'une des manifestations de l'individualisme théorique et pratique qui partout règne : la *pathologisation* des problèmes. Il s'agit toujours, rappelons-le, de décentrer le sujet (en l'occurrence le sujet isolé et souffrant de et dans son impuissance), de collectiviser et de politiser. Pour cela, les analyses en termes de *capitalisme paradoxant* proposées par Vincent de Gauléjac et le courant de sociologie clinique qui s'inscrit dans son sillage s'avèrent extrêmement utiles.

Opérons un mouvement de zoom. La sphère économique issue du Travail devient capitaliste lorsque l'argent lui-même se transforme en capital, c'est-à-dire lorsque son rôle n'est plus de favoriser les échanges ou d'exprimer le prix des marchandises et services, mais de générer du *profit*. Lorsque cette logique s'impose face aux objectifs propres à chaque activité, cette activité devient capitaliste. On peut construire une maison pour vivre dedans ou pour spéculer tout comme on peut soigner pour établir et maintenir une santé humaine ou pour générer du profit. Les organisations qui avaient comme mission de rendre possible l'activité en question en coordonnant les multiples tâches qu'elle requiert (entreprises de construction et hôpitaux, par exemple) sont alors transformées en vue de servir leur nouvelle affectation. Si nous resserrons encore la focale, nous envoyons que les organisations capitalistes ont progressivement muté en *organisations paradoxantes* à la faveur de trois transformations majeures : la révolution numérique, la financiarisation de l'économie et la révolution managériale<sup>28</sup>. Enfin, ces organisations paradoxantes transforment le travail en une activité pathogène. Et ce sont ces pathologies qui s'expriment dans les groupes. Par conséquent, l'objectif sera d'amener le groupe à opérer un mouvement de dézoom grâce au diagnostic porté par la sociologie clinique (isolement dans la souffrance → groupe → organisation paradoxante → organisation capitaliste → logique capitaliste vs logique propre à l'activité du groupe → place de cette activité dans le monde économique → liens entre la dimension économique et les autres dimensions issues du schème anthropogénétique).

Mais comment comprendre qu'un paradoxe puisse produire « de la maladie » ? Toute action et *a fortiori* toute action collective rencontre et génère des contradictions (division/coordination, changement/stabilité, accord/désaccord, court-terme/long-terme, etc.). Ces contradictions sont à la fois normales et importantes puisqu'elles constituent, avons-nous dit, le moteur du réel. Pour préserver cet aspect, on met en place des médiations qui offrent un espace de jeu où s'exprime cette dynamique. C'est ce qu'avait en vue G. Bateson lorsqu'il pointait l'importance de la méta-communication, mais Marx déjà en parlait. Selon lui, la médiation n'est pas la résolution des contradictions, mais la création de « la forme au sein de laquelle elles peuvent se mouvoir »<sup>29</sup>. Au sein de l'organisation, ce rôle est dévolu aux managers. Mais à partir du moment où des normes présentées comme « neutres et objectives » s'imposent à l'activité sans tenir compte du réel concret de cette activité et sans aucune possibilité de communiquer sur leur aspect contradictoire, alors naît la *logique du paradoxe* (qui transforme, notons-le bien, le manager en simple contremaître). Un simple exemple permettra de sentir la caractère profondément absurde de la situation. Imaginons que la temporalité financière de la rentabilité investisse l'orchestre philharmonique. Le chef d'orchestre n'a plus alors comme tâche de coordonner les différents instruments en offrant un cadre dans lequel leurs contradictions (la force des cuivres face à la délicatesse de la harpe)

28 "Les discours et pratiques destinés à soutenir la compétitivité, la flexibilité, la réactivité, l'adaptabilité requises par les exigences économiques" (V. DE GAULEJAC et F. HANIQUÉ, *Le capitalisme paradoxant. Un système qui rend fou*, Paris, Seuil, 2015, p. 95).

29 K. MARX, *Le capital*, Paris, Puf, 2014, p. 118.

sont utilisés au service de l'œuvre. Désormais, simple transmetteur d'injonctions, il doit motiver les musiciens. Quoi de mieux qu'une prime ? Ainsi, décrète-t-il, ceux qui auront fini leur partition en premier et en avance sur le tempo de l'œuvre auront droit à une prime...

Dans une organisation paradoxante, contradictions et conflits sont devenus indicibles autrement que sous la forme instrumentale de la « déviance » ou du « dysfonctionnement ». Soit, pour éviter d'être déviant, on se suradapte, c'est-à-dire qu'on intériorise une façon de faire et de dire qui vont dans le sens de la logique qui s'impose à nous à travers les injonctions paradoxales (« faire plus avec moins », « innover tout en préservant les fondamentaux », « soigner humainement et rester rentable », « réagir à court-terme en préservant l'avenir », etc.). C'est ce qui fait dire à certains que grâce à leur ordinateur, ils sont désormais « libres de travailler 24 heures sur 24 ». Soit, « faute de pouvoir être traités dans le registre organisationnel [on exprime les contradictions et conflits] dans les registres somatiques et psychosomatiques »<sup>30</sup>.

Tout cela est soutenu par une novlangue managériale qui, en accomplissant une triple fonction – mobiliser la réflexivité, le désir d'épanouissement, la créativité au service des objectifs fixés par l'organisation (faire désirer le travail, faire du travail le lieu où on est reconnu) ; faire intérioriser la culture de l'entreprise libérale ; neutraliser toute critique du pouvoir – poursuit activement l'objectif présenté par M. Thatcher dans son discours du 1<sup>er</sup> mai 1981 : « *Economics are the method. The object is to change the soul* ».

C'est également incarné dans un ensemble d'outils diffusés très largement par les grandes boîtes de consultance :

- Gestion des Ressources Humaines (qui indiquent bien la réification de l'homme) ;
- organisation par projets ;
- culture du résultat ;
- nouvelle « gouvernance » (en fait privatisation sous couvert de modernisation) ;
- excellence (être à la fois hors du commun et en même temps le même et solidaire de tous) ;
- évaluation performative ;
- Lean Management ;
- Benchmarking, ranking ;
- Appel d'offres.

Si pour certains cette transformation est stimulante et satisfaisante narcissiquement, pour beaucoup, c'est absolument destructeur. L'omniprésence des injonctions paradoxales est corrélée à une augmentation des maladies du travail (troubles bi-polaires, dépressions, burn-out, suicides). Aussi que faire dans un groupe violenté par une telle logique ?

a. Repérer les adaptations défensives : clivage, déni, hyperactivité, accoutumance, identification à des mécanismes absurdes, repli sur soi, impuissance, etc.

b. Indiquer que ce sont les symptômes de systèmes paradoxants et tenir compte du fait qu'il peut être très coûteux de les abandonner car ils ont été utiles pour survivre dans un environnement hostile. Les résistances sont normales, aussi faut-il les entendre avant de refuser de renforcer la psychologisation et la médicalisation.

c. Favoriser la résistance active : humour, jeux, deuil des rétributions narcissiques, pratiques alternatives. Ceci ne change que la relation à l'organisation mais c'est un terreau affectif indispensable à la poursuite du travail. Il s'agit d'un désinvestissement psychique qui permet ensuite une mise à distance

---

30 *Ibid.*, p. 161.

d. Analyser les contraintes, les replacer dans un système (cf ; dézoom), historiciser ce système<sup>31</sup> et créer un imaginaire différent et un nouveau sens commun qui ne heurtent plus l'activité à laquelle on s'adonne.

---

<sup>31</sup> Ainsi serait-il extrêmement fructueux d'esquisser la généalogie des méthodes managériales les plus communes. Dans le cas du *Genba*, on verrait comment un outil pensé par un Américain – W. E. Demings – fut utilisé au sein du capitalisme japonais afin de gagner la guerre économique (après avoir perdu la guerre politique). Le système de production mis en place au sein de l'entreprise Toyota permit au Japon de dépasser les USA dans les années 1980. Les firmes américaines importèrent les secrets de Toyota, mais mirent cette pensée managériale non au service de la production, mais au service des actionnaires. Et c'est ce produit de gestion de l'activité qui diffusa depuis l'hégémon américain et par le biais des grandes boîtes de consultance dans les entreprises privées et les administrations publiques. Il est bon de s'en souvenir. Tout comme il est utile d'indiquer que certains hôpitaux comme celui de Valenciennes s'en sorte mieux depuis qu'ils ont congédié les GRH.

## Précarité et santé<sup>32</sup>

Nous proposons d'aborder la précarité sous l'angle de la *perception*. Ainsi notre première question sera-t-elle : comment l'expérience de la précarité peut-elle devenir visible<sup>33</sup> ? Cette question entraîne immédiatement une autre dans son sillage : comment exprimer la précarité devenue visible ? Disons en une formule : comment se rendre sensible et comment rendre sensible l'expérience de la précarité ?

Un tel questionnement refuse à la précarité toute forme d'évidence. La percevoir et la dire nécessitent un *effort*. Sans préjuger aucunement de ce qu'est la précarité, au moins pouvons-nous poser qu'en elle se manifeste ce qu'on ne voit pas sans effort. Nous reviendrons plus loin sur les raisons qui inhibent bien souvent cet effort. Pour l'heure, remarquons que "faire l'effort de se rendre sensible à et de rendre sensible ce qu'on ne voit pas" pourrait constituer une définition de la tâche de l'*ethnologue*. C'est en effet en adoptant d'autres conditions de vie que l'ethnologue commence à transformer sa perception. Son travail consistera ensuite à écrire cette nouvelle expérience par lui éprouvée pour qu'elle soit appréhendable par ceux qui n'auraient pas été sur le terrain et pour accroître les connaissances sur la condition humaine. D'une telle approche ethnographique de la grande précarité témoigne le magnifique et éprouvant ouvrage de P. Declerck, *Les naufragés*. Plutôt que de faire une présentation de ce classique, nous voudrions approfondir notre questionnement initial en gardant en tête les réquisits de la méthode ethnographique .

Dans la *rencontre* avec la précarité viennent à la lumière du jour ce qu'auparavant l'on ne voyait pas (et qu'en fait, comme nous le verrons dans un instant, l'on ne voulait pas voir). Mais une rencontre véritable ne se décrète pas. Mentionnons certains des obstacles qu'il faudra lever pour établir les conditions d'une telle rencontre :

- Comment *aller vers* des personnes marginalisées alors qu'on est soi-même porteur de normes parfois très consciemment fuies ?
- Comment soutenir l'expression d'une parole que la honte ou la culpabilité (sentiments éminemment sociaux) peuvent réduire au silence ?
- Comment écouter cette expérience qui tente de se dire ? Comment la comprendre par-delà les préjugés courants et/ou professionnels ? Et comment la comprendre alors qu'on ne la vit pas ?
- Comment rendre compte de cette expérience que l'on a cru comprendre ? C'est-à-dire comment la rendre sensible à d'autres ?
- Quels enseignements en tirer ?
- Que faire ensuite ?

Si l'on a pu se poser ces questions et y amener des réponses singulières adaptées aux spécificités "du terrain", alors peut-être a-t-on effectivement fait une rencontre (dont on voit combien elle est précaire également).

Il n'est pas inutile d'approfondir quelque peu les deux dernières questions.

1. Quels enseignements tirés d'une telle rencontre ? Ou encore : qu'est-ce que la situation de précarité, une fois rencontrée, a rendu manifeste ? D'abord sans doute et comme nous l'avons déjà suggéré, le fait qu'on ne voyait pas parce qu'*on ne voulait pas voir*. On exprime souvent ce constat sous sa forme *existentielle*. Nous nous rendons aveugles à la précarité afin de ne pas éprouver l'angoisse qui résulterait de la rencontre avec le fait indépassable de la précarité de l'existence.

<sup>32</sup> Cette réflexion s'inspire d'échanges tenus lors de la journée sur la thématique "Ethique et précarité" du 18/10/2019 lors du colloque d'ouverture de l'institut Esphin.

<sup>33</sup> On estime par exemple à 1300 le nombre de personnes en grande précarité à Namur. Ce nombre est énorme rapporté à la population globale et dépasse de loin les estimations que l'on pourrait faire sur la base d'un sentiment "subjectif" immédiat.

Une telle approche est tout à fait importante. Reste néanmoins qu'exprimée en ces termes très généraux, elle perd en acuité réflexive et en pertinence politique. Car l'universalité de la précarité de l'existence prend des teintes diverses selon les époques et les sociétés. Ainsi la rencontre avec la précarité est-elle également aujourd'hui révélatrice du délitement des liens sociaux et de l'immense solitude qui semble régner partout et sur tous. Si les coups du sort sont beaucoup plus dangereux de nos jours, c'est bien suite à la grande faiblesse, sinon à l'absence, de liens traditionnels sur lesquels on pouvait malgré tout compter auparavant.

C'est ici que l'éclaircissement spéculaire propre à la pratique ethnographique prend tout son sens : la précarité morale et existentielle des nantis (*burn-out*, dépression, perte de sens, *etc.*) est l'avvers d'une médaille dont l'extrême précarité est le revers. Ce que la mauvaise foi existentielle ne permettait pas de voir, c'est le fonctionnement réel de la société par-delà la manière dont elle se raconte. Ce point entraîne une série de conséquences : a) c'était peut-être un choc pour quelqu'un de découvrir que chaque société se définit par les morts qu'elle choisit, c'en sera certainement un de réaliser qu'il fait partie de ces condamnés ; b) il y a une alliance objective que voilaient la honte, la culpabilité, la mauvaise foi et que révèle la rencontre quand elle a lieu ; c) la précarité ne se définit dès lors plus par la pauvreté mais par les degrés d'inégalité entre groupes de population ; d) cette définition est politique et indique que la précarité lie et atteint tous les groupes dès lors que règne une forte inégalité.

2. Que faire suite à cette rencontre ? Abordons cette question immense et vertigineuse dans la perspective spécifique des *soins de santé*, d'abord au niveau de la logique organisationnelle, puis en nous plaçant à hauteur des acteurs du système de santé.

La rencontre avec la grande précarité rend explicites un certain nombre d'alternatives d'action qui se présentent sous la forme d'oppositions :

- opposition entre la couverture des besoins de base et la couverture des soins ;
- opposition entre les besoins considérés comme importants pour la personne et les soins ;
- opposition entre la volonté d'intervention du soignant et le refus de soins.

L'origine de ces oppositions qui paralysent les interventions est la réduction du *droit à la santé* au *droit aux soins*. Au lieu de promouvoir des politiques de santé publique, on identifie santé et intervention (le plus souvent hospitalière). Or seuls 15 à 20 % de l'état de la santé dans la population peut être attribué au système de soins. Le reste vient de déterminants non médicaux.

Ce point est tout sauf négligeable pour ceux qui agissent dans le milieu de la grande précarité. En effet, s'ils n'ont pas rencontré (au sens précédemment défini) la précarité et s'ils n'en ont pas tiré des enseignements, ils ne verront pas que chacune des étapes du "parcours de soins" qu'ils désirent mettre en place (faire prendre conscience d'un besoin de soins, donner accès aux soins de base, délivrer des traitements particuliers, donner la connaissance suffisante pour l'application du traitement, *etc.*) convoque un certain nombre de normes. Or cette normativité intrinsèque peut exclure des personnes à chacune des étapes scandant l'action mise en place. On se retrouve alors dans la situation de "ceux qui mettent tout en place pour des gens qui n'en veulent pas" et on alimentera tant le cycle de l'exclusion réelle que celui de la justification idéologique.

# Médecine de l'espace et médecine du temps

*Lorsque le médecin est pressé d'agir, c'est l'organisme qui fait les frais de la guérison*

*Charcot*

Notre époque serait caractérisée par une prévalence de l'espace sur le temps. Outre la perte du sentiment d'historicité et l'impression d'être coincé dans un présent perpétuel qui en seraient la manifestation subjective, cet état des choses s'exprimerait dans l'économie (quasi-instantanéité des flux financiers) et dans la culture (omniprésence de l'image). Si ce diagnostic est correct, il doit concerner également le monde des soins. Tentons de voir ce qu'il en est en distinguant une médecine de l'espace d'une médecine du temps.

Quelles seraient les caractéristiques d'une « médecine spatiale » ?

- Une telle médecine cherche surtout à localiser un mal bien identifié (cf. schème causaliste).
- L'espace est ce que l'on peut diviser à l'infini. Dans le monde de la santé et de la recherche, cette division se nomme « spécialisation ». La biologie se spécialise en « biologie moléculaire », « biologie cellulaire », « histologie », « génétique », *etc.* et la médecine qui mobilise une biologie fragmentée se spécialise elle-même en « médecine interne », « médecine tropicale », « oncologie », « ophtalmologie », « gynécologie », *etc.* Chaque domaine a ses spécialistes et leur progressive identification à la manière dont devrait se pratiquer la médecine diminue d'autant le prestige du « généraliste ».
- L'expérience paradigmatique de la médecine spatiale est le *mal aigu*. C'est la raison pour laquelle les urgences et la salle de chirurgie sont, dans l'imaginaire collectif, les lieux médicaux par excellence. Toutes les représentations en termes de crise aiguë et intense, de soignant-sauveur, de rétablissement rapide, de dilemme moral, *etc.* trouvent là leur racine. En outre, rappelons qu'une intervention chirurgicale – symbole de la médecine spatiale – implique : une stricte taylorisation des tâches, une intervention directe sur une partie du corps, une temporalité subjective nulle chez le patient anesthésié.

On aura compris qu'il ne s'agit aucunement de dénoncer la chirurgie ou les urgences, mais bien l'extension indue de leur modèle. De la même manière, il est évident que les spécialisations sont analytiquement utiles, mais on ne tire aucun profit de cette utilité en les liant à une idéologie réductionniste. Dans ces deux cas, on voit que les avancées scientifiques<sup>34</sup> sont mises à mal par un mésusage de l'idéologie médicale du schème causaliste (qui, d'ailleurs et nous l'avons dit, peut elle-même être reconfortante pour le patient, pour le soignant et pour le futur soignant qui peut alors plus facilement investir une profession). Or force est de constater que le schéma idéologique appuyant une médecine spatiale se trouve en porte-à-faux avec les maux contemporains, qui sont bien souvent des maux dont on ne guérit pas. Il semble donc nécessaire d'abandonner l'idéologie scientifique si l'on souhaite à la fois éviter d'alimenter le rejet de la science et produire une meilleure science qui intègre la complexité de facteurs multiples impliqués dans une situation dans tenir *a priori* l'un d'eux pour le facteur central.

<sup>34</sup> En réalité, le problème se redouble. Car on pourrait tout à fait considérer que la science biomédicale contemporaine est elle-même malade de l'hyperspécialisation et de la financiarisation. L'élévation dramatique de la fraude scientifique est un symptôme parmi d'autres de l'état délétère de la recherche aujourd'hui. Sur ce point, cf. N. CHEVASSUS-AU-LOUIS, *Malscience. De la fraude dans les labos*, Paris, Seuil, 2016.

Poursuivre un tel cahier des charges prend du temps. Nous abordons ici le pôle de la médecine temporelle dont peut tenter, comme nous l'avons fait pour la médecine spatiale, d'isoler certaines caractéristiques :

- « Objectiver » ne signifie plus pointer une lésion ou un agent pathogène. On peut tout aussi bien, sinon plus légitimement, objectiver historiquement, socialement, anthropologiquement. Les sciences de l'homme sont alors intégrées au paradigme médical qui, dès lors, concerne la personne totale du malade. Le temps étant ce qui unifie le divers, on comprend bien la nécessité d'une approche holistique. Toutefois, une telle perspective, que d'aucuns vont chercher ailleurs, pourra apparaître angoissante à certains car elle évacue la belle simplicité déresponsabilisante du schème causaliste..
- Si une maladie est toujours un phénomène nouveau créé par la rencontre d'influences multiples et irréductible à chacune d'entre elles (ce qui implique, notons-le en passant, de dépasser les oppositions – telle par exemple celle de l'endogène et de l'exogène – formant la matrice des modèles médicaux), alors elle n'est compréhensible que par une synthèse nouvelle et non par la réduction au déjà-connu ou par le classement du particulier dans des cases générales.
- La stratégie thérapeutique se laisse moins aisément saisir à l'aide de métaphores guerrières (agression de l'agresseur et défense de la victime). On agira bien plutôt de manière polyphonique en inventant des modèles et des marches à suivre respectueux de la complexité de l'objet-sujet. Et si l'on mobilise l'imaginaire guerrier et le schème causaliste, on sait pourquoi on le fait.
- La santé peut être définie par la satisfaction que l'on a dans une situation singulière. Cette redéfinition est grosse de conséquences importantes. Tout d'abord, elle implique qu'on peut être malade du point de vue du schème causaliste mais en parfaite santé (l'inverse étant bien évidemment possible également). Ensuite, une telle satisfaction requiert un ensemble de négociations (du patient avec lui-même, du patient avec ses proches, du patient avec le soignant, des soignants entre eux, *etc.*). Et puis, une manifestation de la satisfaction advient lorsque le récit produit – récit dont le sens est donné par le patient – intègre la nouveauté de la situation en en faisant une déduction *a posteriori*. Enfin, nous renouons par là avec l'*ordonnance de Tibère* : le patient est expert de lui-même et de ses formes de vie.
- S'il y a négociations, il y a dialogues. Or ces dialogues permettent de repérer et de réintégrer tant les symptômes physiques n'ayant pas de cause identifiée que les maladies sans expérience subjective (diabète, *etc.*).
- Une médecine temporelle (qui est aussi peut-être une médecine du temps) inclut, par définition, la perspective de la mort.

# De l'importance du choix d'une métaphore

Dans sa magistrale recherche anthropologique sur la maladie, F. Laplantine a mobilisé un très grand nombre de textes littéraires en arguant du fait que, outre que nombre d'auteurs sont médecins et/ou grands malades, ces textes délivrent une connaissance tout à fait spécifique et importante. En effet, ce mode de connaissance : 1) élabore l'imaginaire de la maladie (qui peut alors être elle-même la métaphore d'autre chose) ; 2) libère des clichés et met en évidence des significations voilées ou taboues ; 3) pose le problème de la personne qui narre (maladie en 1ère, 2ème ou 3ème personne) ; 4) tire des lois générales explicatives disant autre chose que les approches bio-médicale, sociologique ou psychologique.

Nul besoin du *story-telling* contemporain pour s'apercevoir que l'homme est d'abord et avant tout *homo fabulans*, un être qui (se) raconte des histoires ; point n'est nécessaire d'attendre Schopenhauer pour envisager le monde comme représentation. Et il faut toute l'inconsciente arrogance des "rationalistes" pour croire que la philosophie et la science comprennent enfin clairement ce que les mythes pressentaient de manière confuse ou pré-réflexive et ne pas voir qu'elles ne sont en fait que la transposition, parfois sécularisée, de structures mythiques ; qu'elles sont, par conséquent, mythiques elles-mêmes. Mais s'il est vrai que penser c'est d'abord et avant tout évoluer dans un cadre narratif et s'il est également vrai que la pensée conditionne l'action tout autant que l'action la pensée, alors le contenu narratif a un impact direct tant sur notre pensée que sur nos actions. On voudrait ici tester la validité de ce syllogisme en examinant certaines métaphores convoquées pour appréhender la notion d'*autonomie*. Peut-être découvrirons-nous alors que tous les noyaux narratifs ne se valent pas dans le champ des soins de santé et, en tout cas, qu'ils engendrent des actions différentes.

1. Commençons par l'image de l'*île*. Déployons quelque peu les implications contenues dans la comparaison ici explicitée : on est autonome *comme une île*. Une île est une terre émergée au milieu d'une étendue liquide. L'imaginaire insulaire est également très souvent teinté d'exotisme, d'inconnu. Et s'il y a une vie sur l'île, elle évolue en vase clos, de manière autarcique. Que cette vie soit humaine, elle est alors solitaire. Traduisons cela : le patient est cet être solitaire, inconnu, surnageant dans un monde fait de flux et caractérisé par une physiologie idiosyncrasique qu'il faut respecter et parfois restaurer contre l'incursion de facteurs extérieurs venus la perturber. Le soignant peut alors se vivre comme un explorateur, un écologue ou un entomologiste. On voit qu'en tout cas cette vision invite à tenir compte de l'équilibre des facteurs intérieurs à l'individu afin qu'ils soient viables dans un monde fondamentalement hostile, qu'on ne s'embarrasse pas de comprendre et sur lequel d'ailleurs on n'a aucune prise.
2. Existe également l'image de l'autonomie *infantile*. L'enfant est cet être possédant une autonomie en puissance et l'éducateur (rousseauiste) est celui qui construit un cadre permettant à cette autonomie de s'actualiser pleinement mais *en sécurité*. Dans cette conception de l'éducation, il agit de manière indirecte. Traduisons : le patient est vu comme subissant une régression puisque son autonomie en acte a disparu. Le soignant-éducateur devra alors créer un cadre de vie où cette autonomie redevenue potentielle peut à nouveau s'actualiser. Les lieux de soin sont ces petits mondes artificiels créés pour permettre au patient de pouvoir à terme à nouveau affronter le grand monde.
3. L'autonomie peut encore être comprise dans un cadre *théologique* : tout comme Dieu a décidé librement de créer le monde et l'homme, ce dernier, s'il est autonome, peut décider et créer ce qu'il a librement décidé. Par *modus tollens*, s'il ne le peut pas, alors il n'est pas autonome. La réduction de l'autonomie à la seule libre décision caractérise le monde soignant. On en comprend aisément la raison : quelqu'un peut être empêché de faire lui-même ce qu'il a décidé librement de faire, ce n'est pas pour ça qu'il n'est pas

autonome (d'autant moins s'il le fait par personne interposée, cf. point suivant). Évidemment cette autonomie volontariste fait le miel des éthiciens de tout bord car comment jamais s'assurer que quelqu'un a librement décidé ? Cela a-t-il même un sens ? Etc.

4. Ce dernier point trouve régulièrement son pendant en *politique* : est, comme l'étymologie l'indique, auto-nome celui qui se donne ses propres règles. Le monde moderne se caractériserait par le passage de l'hétéro-nomie à l'autonomie. Passons sur la validité de cette lecture<sup>35</sup> et retenons que ce paradigme politique comprend l'autonomie comme un phénomène *collectif*. Si l'on ne peut être autonome seul, alors le rôle du soignant est d'abord et avant tout de s'assurer des conditions de possibilité de constitution d'une décision autonome partagée.
5. Une comparaison biologique fait florès dans la philosophie contemporaine sous l'influence de Peter Sloterdijk : l'autonomie est comme une fonction du *système immunitaire*. Être autonome c'est avoir développé un bon système immunitaire. Le système immunitaire garantit l'intégrité d'un organisme en tirant les conséquences, par boucles rétroactives, de ses interactions à l'environnement. La particularité ici est que la performance du système immunitaire est corrélative à l'exposition à l'extérieur et au nombre de crises surmontées. Et plus le système immunitaire est performant, plus l'on peut évoluer sans danger dans un grand nombre de milieux. "Tout ce qui ne nous tue pas nous rend plus fort" pourrait être la maxime de cette représentation. Lorsqu'une telle représentation conditionne les actions, on voit qu'elle questionne le paradigme de la bienveillance et de la sécurité. La surprotection produit la destruction.
6. On trouve également *l'autonomie dans l'interdépendance*. Cette conception peut prendre de multiples visages. Elle est prisée par les managers pour qui il est intéressant de valoriser, dans un monde incertain et fluctuant, des petites équipes capables de s'adapter très vite aux exigences des situations. Mais elle connaît également des versions « énergétique » ou « éco-systémique » (nous sommes reliés les uns aux autres et donc l'autonomie de l'un dépend de l'autonomie des autres). Toutes les images convoquées s'appuient sur ce que Raphaël Liogier nomme *l'individuo-globalisme*, cette croyance fondamentale de notre époque, croyance selon laquelle l'essence la plus intime de chacun est « connectée » à l'essence globale à l'essence de l'univers<sup>36</sup>. C'est à partir d'un tel socle représentationnel issu du romantisme américain que nombre de traditions sont revisitées (c'est-à-dire en fait acculturées et standardisées en vue de servir de justification idéologique à l'action) : bouddhisme, hindouisme, chamanisme, islam soufi, christianisme évangélique, etc. Servant de base d'échange entre ces traditions modernisées et ce que l'on considère être la fine pointe de la science (complexité, etc.), la représentation individuo-globaliste se trouve très souvent au fond des discours tenus dans le monde des soins (et ce d'autant plus qu'elle est, rappelons-le, poreuse aux logiques managériales).

Un passage en revue de la littérature actuelle permettrait sans aucun doute de repérer bien d'autres représentations encore. Nous voudrions suggérer pour terminer qu'une exploration et une analyse des images et métaphores contenues dans les discours des soignants et des patients rendraient, selon nous, les plus grands services à l'éthique narrative car cela lui fournirait les moyens de cartographier et d'historiciser diverses représentations du monde et de l'individu.

<sup>35</sup> Lecture dont Marcel Gauchet s'est fait le chantre.

<sup>36</sup> cf. R. LIOGIER, *Souci de soi, conscience du monde. Vers une religion globale*, Paris, Armand Collin, 2012.

# Bibliographie

CHEVASSUS-AU-LOUIS N., *Malscience. De la fraude dans les labos*, Paris, Seuil, 2016.

COCCIA E., *La Vie des plantes. Une métaphysique du mélange*, Payot et Rivages, Paris, 2016.

DE GAULEJAC V. et HANIQUE F., *Le capitalisme paradoxant. Un système qui rend fou*, Paris, Seuil, 2015.

DESCOLA P., *Par-delà Nature et Culture*, Paris, Gallimard, 2005.

FANON F., *Œuvres*, Paris, La Découverte, 2011.

JAMESON F., *L'Inconscient politique. Le récit comme acte socialement symbolique*, trad. Nicolas Vieillecazes, Questions théoriques, 2012.

KOJÈVE A., *Introduction à la lecture de Hegel* (Leçons sur la "Phénoménologie de l'esprit" professées de 1933 à 1939 à l'École des Hautes Études, réunies et publiées par R. Queneau), Paris, Gallimard, 1947.

KOJÈVE A., *Esquisse d'une phénoménologie du droit*, Paris, Gallimard, 1981.

LAPLANTINE F., *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 1993.

LIOGIER R., *Souci de soi, conscience du monde. Vers une religion globale*, Paris, Armand Collin, 2012.

MARX K., *Le capital*, Paris, PUF, 2014.

MISRAHI R., *Le Philosophe, le Patient et le Soignant. Éthique et progrès médical*, Paris, La Découverte, 2006.

SAPOLSKY R., *Why Zebras Don't Get Ulcers*, Holt/Owl, 1994.

SAPOLSKY R., *Behave: The Biology of Humans at Our Best and Worst*, Penguin Press, 2017.

SÈVE L., *Pour une critique de la raison bioéthique*, Paris, Odile Jacob, 1994.

WATZLAWICK P., *Le langage et le changement. Éléments de communication thérapeutique*, trad. Jeanne Wiener-Renucci avec le concours de Denis Bansard, Seuil, 1980.

Alexis Filipucci, PhiloCité-Recherches, juin 2020