



HAL
open science

Les modèles explicatifs en soin thérapeutique, de la connaissance empirique à la relation

Benoît Pigé

► **To cite this version:**

Benoît Pigé. Les modèles explicatifs en soin thérapeutique, de la connaissance empirique à la relation. 2023. hal-04643017

HAL Id: hal-04643017

<https://hal.science/hal-04643017>

Preprint submitted on 10 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les modèles explicatifs en soin thérapeutique, de la connaissance empirique à la relation

Benoît PIGÉ, © 20 MARS 2023

Professeur des Universités en Sciences de Gestion

UBFC - Université de Franche-Comté - Crego

Email : benoit.pige@univ-fcomte.fr

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹.

Les termes de *maladie* et d'*infirmité* utilisés pour la version française ont étymologiquement deux conceptions voisines dérivées du latin. *Male-habitus* signifie un état (une apparence, un aspect) mauvais, quelque chose qui va mal. *In-firmitas* signifie l'absence de fermeté, de solidité. La version anglaise utilise le terme similaire d'*infirmary* mais choisit le terme *disease* pour signifier la maladie qui fait référence à une pathologie médicale. Dit autrement, la constitution de l'OMS pourrait s'exprimer comme : la santé n'est pas seulement l'absence de quelque chose qui empêche de se tenir solide et ferme mais elle est aussi le fait de se sentir bien dans son corps, dans sa tête et dans sa relation aux autres².

Formulée ainsi, la question apparaît alors : si la santé n'est pas seulement une question d'absence, quelle est cette présence qui lui serait nécessaire ? La médecine européenne ne semble pas s'intéresser à cette question. L'important est de supprimer les motifs de maladie ou d'infirmité et le reste relève de la liberté individuelle de chacun et des conditions socio-économiques de chaque territoire. La médecine asiatique est plus nuancée puisque l'objectif est le bien-être qui s'exprime par l'équilibre harmonieux entre les contraires. Mais, que ce soit pour la médecine européenne ou pour la médecine chinoise, l'objet à soigner est l'individu.

Pourtant, à côté de ces deux formes de médecine coexistent de multiples formes de thérapie. À Taiwan, Arthur Kleinman (1980, p.61-68) recense ainsi la profession médicale occidentale, les médecins de pratique chinoise, les rebouteux, les herboristes, les thérapeutes mystiques et les thérapeutes de toute sorte. La pertinence de chaque thérapie semble étroitement liée au contexte culturel dans lequel elle se déroule et qui lui donne son sens. Cela est particulièrement vrai pour la thérapie mystique : *Lorsque ces explications sont extraites du contexte social dans lequel elles sont enracinées, elles semblent banales et fragiles, car elles ont perdu la signification impérieuse qui découle de leur statut sacré.* (Kleinman, 1980, p.222).

En Afrique, les thérapies mystiques conservent une place même si les nouvelles générations déracinées de leur environnement culturel historique ont plus de mal à en comprendre le contexte (Rosny, 1992). Les descriptions qui ont été faites des processus de guérison ou de maléfice dans des cultures traditionnelles insistent sur la dimension

¹ Constitution de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) : <http://www.who.int/fr/>. Bien que ce principe soit le premier de la constitution de l'OMS adoptée en 1946, la dimension sociale est très largement occultée dans les actions de l'OMS puisque celle-ci intervient quasi-exclusivement sur la lutte contre les maladies et les infirmités (<http://www.who.int/about/what-we-do/fr/>). D'autres Organisations des Nations-Unies s'intéressent aux rapports sociaux, notamment l'OIT (Organisation internationale du travail). À titre de comparaison, le budget 2016/17 de l'OMS est de 4,3 milliards de dollars contre 800 millions de dollars pour l'OIT.

² Ce qui est d'ailleurs plus proche de la version espagnole.

sociale du mal et de la thérapie : *un individu conscient d'être l'objet d'un maléfice est intimement persuadé, par les plus solennelles traditions de son groupe, qu'il est condamné ; parents et amis partagent cette certitude. Dès lors, la communauté se rétracte : on s'éloigne du maudit, on se conduit à son égard comme s'il était, non seulement déjà mort, mais source de danger pour tout son entourage ; à chaque occasion et par toutes ses conduites, le corps social suggère la mort à la malheureuse victime, qui ne prétend plus échapper à ce qu'elle considère comme son inéluctable destin. (...) D'abord brutalement sevré de tous ses liens familiaux et sociaux, et exclu de toutes les fonctions et activités par quoi l'individu prenait conscience de lui-même, puis retrouvant ces forces si impérieuses à nouveau conjurées mais seulement pour le bannir du monde des vivants, l'envoûté cède à l'action combinée de l'intense terreur qu'il ressent* (Lévi-Strauss, 1958, p.191). Le mal est intimement relié à la dimension sociale, être privé de la relation sociale c'est mourir.

Les signes manifestes de souffrance physique ou de désordre mental ne sont pas considérés indépendamment de la cause qui les a provoqués et qui est le véritable mal. Ces symptômes sont pris au sérieux et soignés par les herbes et les écorces, mais à quoi bon les faire disparaître, ils reviendront si le mal n'est pas sapé à la racine, si les forces mauvaises responsables n'ont pas été dénoncées et enrayées. Or, pour tout le monde, les causes ne sont pas à rechercher très loin, mais à débusquer dans le réseau de relations de la victime. (Rosny, 1981, p.258).

Deux visions du mal-être s'opposent donc. Dans l'une la maladie ou l'infirmité provient d'une cause matérielle, dans l'autre elle provient d'une cause sociale, d'une relation à autrui. Le matériel, s'il est présent, n'est que le médium qui porte la relation sociale. Soigner le médium peut donc permettre de supprimer les symptômes mais non de guérir le patient.

La distinction est celle qui existe entre un individu objet d'attention, mais d'attentions limitées à ce qu'il est (en tant que chose, que *Cela*) en tant qu'individu pour un *Je* qui est le sujet actif, et une personne qui vit par les relations qu'elle noue avec d'autres personnes, une relation de *Je* à *Tu* (Buber, 1923). Être un *Cela* pour un thérapeute peut permettre de soigner les symptômes mais ne guérit par le mal si ce dernier provient d'une relation à une autre. Seule la dimension *Je-Tu* peut permettre d'atteindre à la relation pour la rétablir, la libérer de ses liens.

Section I. Des approches thérapeutiques déconcertantes

En quoi la gouvernance de la santé devrait-elle différer en Afrique subsaharienne du reste du monde et, en particulier, du monde occidental (Europe et Amérique du Nord) ? Qu'il faille prendre en compte les spécificités de chaque région (le climat, le niveau de vie, les habitudes culturelles ou alimentaires, les interdits religieux, etc.) est une évidence et c'est ce que font tous les organismes internationaux qui interviennent dans le domaine de la santé. Mais, si la science de la gouvernance est de s'adapter aux différentes spécificités des territoires, alors il ne s'agit que d'une question de pratique, d'adéquation des moyens aux objectifs, de gestion et de formation des acteurs. C'est d'ailleurs la voie dans laquelle l'OMS (comme la plupart des organismes internationaux) est engagée : assurer une meilleure efficacité dans ses processus d'intervention³. Si, à l'inverse, l'objet de la gouvernance est de permettre que les

³ La réforme de L'OMS vise à positionner l'Organisation de manière à ce qu'elle soit mieux à même de faire face aux défis de plus en plus complexes que représente la santé au XXI^e siècle. En fixant

spécificités de chaque territoire puissent émerger et conduire à une forme de gouvernance originale, enracinée dans le contexte institutionnel territorial, alors il convient de mettre en évidence les mécanismes qui faciliteront cette émergence⁴.

D'autres régions du monde ont réussi à structurer des thérapeutiques différentes de l'approche scientifique occidentale. C'est en particulier le cas de la médecine chinoise. *La médecine chinoise est-elle un art ? Est-elle une science ? Si l'on entend par science le relativement récent développement intellectuel et technologique de l'Occident, la médecine chinoise n'est pas scientifique. Il s'agit d'une tradition préscientifique qui a survécu jusqu'à l'époque moderne et qui demeure une autre façon d'agir. Mais cela ressemble à une science dans le fait qu'elle est fondée sur une observation consciencieuse des phénomènes, guidée par un processus de pensée rationnel, cohérent et communicable. Elle a un corps de connaissances avec des standards de mesure qui permettent aux praticiens de décrire, de diagnostiquer et de traiter les maladies systématiquement. Ses mesures, cependant, ne sont pas les références linéaires de poids, de nombres, de temps, de volume, utilisées par la science moderne mais plutôt des images du macrocosme. Mais cela demande aussi la sensibilité artistique d'une logique synthétique – toujours consciente que l'ensemble définit les parties et que la configuration⁵ peut transformer la signification de n'importe quelle mesure en son sein. Parce qu'elle travaille avec des images, la médecine chinoise permet et demande une reconnaissance et une évaluation de la qualité. (...) La médecine chinoise n'est pas prioritairement quantitative. Elle reconnaît que la configuration de chaque personne a un cachet particulier ; chaque image a une qualité essentielle.*⁶

Grâce à une tradition plurimillénaire, la Chine a su codifier et formaliser un corpus cohérent de connaissances. D'autres régions du monde n'ont, jusqu'à présent, pas réussi à effectuer un travail similaire de collecte, de classification et de test de leurs systèmes thérapeutiques traditionnels.

D'un côté, des systèmes de représentation du monde ordonnés par des nosologies «scientifiques» - cliniques, biologiques et épidémiologiques - basées sur l'existence d'un «univers non-visible», peuplé de virus, parasites, bactéries, champignons, ..., d'atomes ; de l'autre, des systèmes ordonnés par des nosologies spécifiques, cliniques et sociales, basées sur l'existence de «mondes non-visibles» anthropomorphes, peuplés

des priorités claires, et en adoptant de meilleures pratiques de gestion et de gouvernance, nous pourrions mieux servir les intérêts de la communauté sanitaire mondiale. La réforme de l'OMS nous permet de nous acquitter avec plus d'efficacité de notre mandat constitutionnel en tant «qu'autorité directrice et coordonnatrice dans le domaine de la santé».

(http://www.who.int/about/who_reform/change_at_who/what_is_reform/fr/ accès novembre 2017). Les mots qui ressortent de ce texte sont : *défis, complexité, priorités, pratiques de gestion et de gouvernance, intérêts, efficacité, autorité*. L'efficacité dans un monde complexe est au cœur des préoccupations de l'OMS.

⁴ La démarche proposée est similaire à celle développée par Jürgen Habermas [Habermas J. (1991), *De l'éthique de la discussion*, Flammarion, 1999]. L'éthique ne définit pas *ex ante* les résultats de la discussion, elle permet que la discussion ait lieu et que, de cette discussion, émerge quelque chose qui n'était pas connu ou défini *ex ante*. Dans cette optique, la gouvernance ne vise pas à rendre effectif un idéal économique, social ou environnemental conçu *a priori*, mais à rendre possible l'émergence de pratiques correspondant à un équilibre entre les attentes des différents acteurs, les parties prenantes. La qualité de la gouvernance ne peut s'apprécier qu'*a posteriori* en analysant la nature de l'équilibre obtenu et ses conséquences sur chacune des parties prenantes.

⁵ *pattern* en anglais dans le texte originel.

⁶ Kaptchuk T.J. (1983), *The web that has no weaver – Understanding Chinese medicine*, Congdon & Weed, p.18.

par «la» déité suprême, des êtres primordiaux, des saints, des génies, des esprits de défunts, des humains bien et mal-faisants, etc.⁷

Les thérapies magiques semblent caractérisées par l'association du corporel, du psychisme et du social⁸. La pathologie dont souffre un patient n'est pas d'abord reliée à une maladie ou à une infirmité mais à une relation sociale : une inimitié. C'est parce qu'il existe une distorsion d'une relation sociale que la personne est souffrante. Dès lors, la thérapie magique va consister soit à rétablir une harmonie au sein d'une famille ou d'une communauté soit à rétablir une égalité entre les belligérants en chargeant de maux la personne estimée coupable⁹. Dans certains cas, les belligérants peuvent être internes à la personne : celle-ci peut être divisée en elle-même, partagée entre des passions contradictoires qui sont vues (ou rendues visibles au patient et à son entourage), par le thérapeute, comme autant de personnes en conflits au sein même de l'individu.

Présentées ainsi, les approches thérapeutiques traditionnelles semblent non seulement incompatibles avec l'approche scientifique occidentale mais également vouées à disparaître devant l'éclairage scientifique rationnel apporté par la pensée occidentale¹⁰. Or, dans l'approche scientifique moderne de la santé, il subsiste des pans très importants de la connaissance qui restent non seulement inexplorés mais quasiment imperméables à toute exploration scientifique par une pensée analytique rationaliste¹¹. Ces pans de la connaissance sur la santé peuvent être regroupés sous la dénomination d'effet *placebo*. C'est-à-dire qu'un patient présentant une pathologie connaît une amélioration ou une guérison sous l'effet d'un traitement thérapeutique dénué d'effets scientifiques¹².

§ A. Le mystère de l'effet *placebo*

L'effet *placebo* est l'effet thérapeutique procuré par un acte (un geste, une parole, un aliment, un objet, etc.) sans que cet acte n'ait de causalité scientifique avec la pathologie soignée. *Jusqu'à une date récente, toutes les médications étaient des*

⁷ Epelboin A. (2002), « La médecine traditionnelle dans les politiques de santé et de coopération avec les pays en développement », *Haut Conseil de la coopération internationale*, p.2.

⁸ Rosny de E. (1981), *Les yeux de ma chèvre – Sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala*, Plon 2012.

⁹ Pour prendre une analogie, face à un voisin estimé menaçant, il est possible soit de chercher les causes de cette inimitié afin de les solutionner et de négocier la paix, soit de renforcer ses défenses et d'affaiblir son adversaire. Comme l'histoire l'a montré (le déclenchement de la guerre de 1914/18 et, inversement, les accords de Munich en 1938), le choix optimal des solutions dépend des circonstances exactes de la menace.

¹⁰ *Les théories et les méthodologies de la médecine chinoise traditionnelle ne sont toujours pas confirmées ou mesurables par la science moderne. (...) Les outils de diagnostic de la médecine chinoise traditionnelle sont moins concrets et les résultats cliniques sont moins documentés que ceux de la médecine occidentale. De plus, la phytothérapie chinoise est ni aussi facile à prendre ni aussi rapide à réduire les symptômes que les médicaments occidentaux* [Xu J. et Yang Y. (2009), « Traditional Chinese medicine in the Chinese health care system », *Health Policy* 90, 133-139, p.138].

¹¹ *La médecine occidentale a méthodiquement étudié la relation entre structure et fonction et elle a conçu des médicaments ciblés contre les pathogènes et/ou les cellules et les tissus malades. La médecine chinoise, d'un autre côté, définit la santé en termes d'équilibre, et les traitements sont conçus pour restaurer cet équilibre en interagissant avec une grande variété de cibles* [Yuan R. et Lin Y. (2000), « Traditional Chinese medicine : an approach to scientific proof and clinical validation », *Pharmacology & Therapeutics* 86, 191-198, p.196].

¹² Un effet est considéré comme scientifique quand il est mesurable statistiquement et qu'il peut être répliqué, si possible dans des conditions d'expérience en double aveugle (ni le patient ni le soignant ne savent si le traitement contient ou non un principe actif).

*placebos (...). Avec l'augmentation du nombre de médicaments ayant un effet thérapeutique réel, il y a moins de nécessité de s'appuyer sur des produits ayant un effet placebo (...). L'effet placebo relève davantage des psychiatres que des autres chercheurs (...)*¹³. L'effet *placebo* a souvent été attribué aux médecines traditionnelles avec l'idée que cet effet devrait progressivement disparaître devant les progrès de la médecine scientifique.

Les travaux plus récents infirment cette idée. Non seulement l'effet *placebo* ne disparaît pas avec les progrès de la médecine, mais il est sans doute plus important que ce qui était estimé précédemment : *Dans la plupart des traitements et des situations de recherche, les effets non spécifiques [c.a.d. les effets placebo] du traitement sont sous-estimés (...) La qualité de l'interaction entre le physicien et le patient peut être extraordinairement importante pour le devenir du patient et, dans certains cas (peut-être de nombreux cas), les attentes du patient et de l'intervenant et leurs interactions peuvent être plus importantes que les traitements spécifiques*¹⁴. Dans la maladie de Parkinson, *pour certains patients, l'essentiel du bénéfice obtenu d'un médicament actif provient de l'effet placebo*¹⁵.

Dans une étude conduite au sein de la *Harvard Medical School* sur 262 patients souffrant d'irritabilité du côlon, trois groupes de patients ont été constitués : (1) une liste d'attente (aucune intervention), (2) une interaction limitée avec un traitement placebo, (3) une interaction renforcée avec un traitement placebo. Par conséquent, aucun groupe n'avait de traitement thérapeutique actif. Au bout de trois (six) semaines, 28% (35%) des patients du groupe 1 avaient une amélioration ; 44% (53%) du groupe 2 ; et 62% (61%) du groupe 3. L'amélioration du groupe 3 (62%) était similaire à celle observée dans le cas d'usage de médicaments¹⁶.

Si l'effet *placebo* est parfois comparable aux effets générés par des substances chimiques, le processus de réaction n'est pas nécessairement le même. Ainsi, dans une étude des changements de métabolisme cervical par le biais d'imagerie médicale, sur les huit patients (sur quinze traités) présentant une rémission, quatre étaient traités par *placebo* et quatre par *fluoxetine*. Les améliorations cliniques étaient comparables pour les groupes *placebo* et *fluoxetine*. Par contre, le *fluoxetine* semblait induire des modifications (effets annexes) du métabolisme cervical non présentes dans le groupe *placebo*¹⁷.

Pourtant, les *placebos* ne causent pas d'effets *placebo*. Les effets *placebos* sont des réponses de signification (*meaning response*). *Peut-être que seulement quand un ami, un proche, ou un guérisseur indique un certain niveau de soutien social (par exemple, en réalisant un rite), l'économie interne de l'individu devient capable d'agir. De plus, comme nous avons clarifié, standardisé et rationalisé notre médecine (...),*

¹³ Shapiro, A. K. (1960). A contribution to a history of the placebo effect. *Systems Research and Behavioral Science*, 5(2), 109-135, p.111, 123, 124.

¹⁴ Turner, J. A., Deyo, R. A., Loeser, J. D., Von Korff, M., & Fordyce, W. E. (1994). The importance of placebo effects in pain treatment and research. *Jama*, 271(20), 1609-1614, p.1613.

¹⁵ De la Fuente-Fernández, R., Ruth, T. J., Sossi, V., Schulzer, M., Calne, D. B., & Stoessl, A. J. (2001). Expectation and dopamine release: mechanism of the placebo effect in Parkinson's disease. *Science*, 293(5532), 1164-1166, p.1164.

¹⁶ Kaptchuk, T. J., Kelley, J. M., Conboy, L. A., Davis, R. B., Kerr, C. E., Jacobson, E. E., ... & Park, M. (2008). Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *Bmj*, 336(7651), 999-1003.

¹⁷ Mayberg, H. S., Silva, J. A., Brannan, S. K., Tekell, J. L., Mahurin, R. K., McGinnis, S., & Jerabek, P. A. (2002). The functional neuroanatomy of the placebo effect. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 728-737.

nous avons appauvri le sens de notre médecine à un degré tel que cela ne fonctionne plus aussi bien que cela pourrait.¹⁸

L'effet *placebo* dépend de mécanismes psychologiques (attentes, conditionnement, apprentissage, etc.) et neurobiologiques (certains mécanismes *placebo* modifient une hormone gastro-intestinale et des récepteurs nerveux¹⁹). *Des thérapies alternatives avec des rituels élaborés et des signaux environnementaux distincts peuvent avoir de forts effets placebo cliniquement significatifs. Des tests contrôlés aléatoires (RCT) d'acupuncture, bien que non spécifiquement conçus pour étudier les effets placebo, ont fourni des résultats qui supportent cette hypothèse.*²⁰

L'effet *placebo* semble échapper à l'analyse scientifique car il est étroitement lié à la personne et à son environnement spécifique²¹. Pour appréhender ces éléments, il conviendrait d'intégrer une multitude de variables.

§ B. La thérapie traditionnelle au cœur de l'effet *placebo*

Les thérapies traditionnelles, qui insistent sur l'interaction entre des substances actives, des rites et des paroles, peuvent retrouver une signification thérapeutique puisqu'elles contribuent à ce qui est dénommé l'effet *placebo* et qui semble être l'effet psychosomatique des interactions sociales. Avoir une personne considérée comme compétente qui s'occupe de soi et qui fasse attention aux multiples souffrances personnelles est en soi-même un motif de guérison. De surcroît, dans la mesure où les effets *placebo* agissent souvent indirectement (par le biais d'hormones ou de récepteurs nerveux), il n'est pas exclu que les instruments *placebo* puissent avoir par eux-mêmes un effet thérapeutique (l'exemple reconnu est celui de la couleur du traitement qui agit par suggestion sur le patient²²). Un *placebo* pourrait donc ne pas être réellement un *placebo* dans la mesure où ses caractéristiques (sans principes actifs reconnus scientifiquement) permettraient néanmoins de contribuer à la réussite d'un traitement.

Dans un compte-rendu de ses observations sur le traitement de soldats blessés dans des combats violents au cours de la seconde guerre mondiale (principalement en Italie), Henry Beecher observe que : *Trois quart des soldats grièvement blessés, bien qu'ils n'aient pas reçu de morphine pendant plusieurs heures, ressentent si peu de douleurs qu'ils n'ont pas souhaité d'analgésique, alors même qu'il leur était indiqué*

¹⁸ Moerman, D. E., & Jonas, W. B. (2002). Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Annals of Internal medicine*, 136(6), 471-476, p.475.

¹⁹ *Prises ensemble, ces études démontrent que certains mécanismes placebo opèrent en modifiant l'activité des peptides cholécystokinines (CCK) et des opioïdes endogènes* (Finiss et al., 2010, p.4).

²⁰ Finniss, D. G., Kaptchuk, T. J., Miller, F., & Benedetti, F. (2010). Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *The Lancet*, 375(9715), 686-695, p.5.

²¹ La méthode de recherche scientifique consiste à mesurer sur différents groupes de patients l'impact d'un médicament ou d'une thérapie et à comparer les résultats avec soit l'absence de traitement soit le recours à un traitement *placebo*. En observant et en comparant les distributions des résultats, on peut mesurer si le traitement thérapeutique a un effet statistiquement significatif. Dans cette démarche scientifique, tous les individus de l'échantillon sont considérés comme indépendants et leurs spécificités individuelles sont supposées pouvoir être appréhendées par diverses variables (le sexe, le poids, l'âge, l'hygiène de vie, etc.).

²² Un groupe d'étudiants en médecine fut invité à participer à une étude sur deux médicaments, l'un calmant et l'autre stimulant. Chaque étudiant a reçu un paquet contenant un ou deux comprimés bleus ou rouges, les comprimés étaient inactifs. Les réponses des étudiants au questionnaire indiquaient que (1) les tablettes rouges agissaient comme stimulants alors que les tablettes bleues agissaient comme calmants ; et (2) deux tablettes avaient plus d'effets qu'une seule. [Blackwell, B., Bloomfield, S., & Buncher, C. R. (1972). Demonstration to medical students of placebo responses and non-drug factors. *The Lancet*, 299(7763), 1279-1282.] cité par Moerman et Jonas (2002, opus cité).

que cela était possible²³. Une étude similaire sur 150 patients civils mâles a montré que 83 patients souhaitaient des narcotiques, soit 55% des civils victimes d'accidents contre 21% des soldats blessés à la suite de combats militaires très violents. Henry Beecher en conclut que la signification de la blessure détermine la douleur qui en résulte. Il observe également que le seuil de la douleur peut être modifié par des facteurs d'anxiété (ou par des sentiments de libération et d'apaisement)²⁴.

Jean Oury reprend ces résultats pour les appliquer à la question de la fatigue en milieu scolaire. Il note que *le paramètre essentiel, dans l'effet de fatigue, c'est la signification de ce qui nous entoure*²⁵. Il cite ainsi des études effectuées en milieu ouvrier (qui reprennent les études de Elton Mayo²⁶) qui montrent que le mode de contrôle ou le mode d'apprentissage conditionnent non seulement la fatigue de l'opérateur mais également sa capacité à respecter un certain rythme de production.

Or, qu'est-ce que la thérapie traditionnelle ? Pour Alain Epelboin, c'est donner du sens à des maux subis : *Grâce à la combinaison de leurs savoirs cliniques et thérapeutiques, de techniques et de dons de voyance de ces mondes non-visibles, les tradipraticiens donnent le sens des maux affectant le corps individuel et le corps social de leurs consultants, en indiquant la ou les causalités qui lient divers événements, biologiques ou non*²⁷. Un patient qui perçoit du sens dans ce qu'il vit est plus à même de se défendre contre les agressions qu'il subit.

La focalisation sur la dimension relationnelle explique l'usage de procédés thérapeutiques extrêmement divers mais qui, pour un grand nombre d'entre eux, font appel à des produits dits naturels (extraits de plantes, de minéraux ou de substances animales). En effet, à la dimension éventuellement thérapeutique du produit lui-même (certaines plantes ont des vertus scientifiques pour le traitement de certaines infections), s'ajoute une dimension mythique qui renvoie à des facteurs psychiques. Dans la thérapie traditionnelle, un extrait de plante ou d'organisme ne peut pas être réduit à un simple principe actif reproductible en laboratoire²⁸. Tout extrait de plante ou d'organisme véhicule également une histoire et une insertion dans un cosmos qui dépasse l'individu²⁹.

§ C. L'intégration dans une approche phénoménologique

La recherche du sens est compatible avec une approche phénoménologique³⁰. Les pathologies dont un patient souffre peuvent être considérées comme autant de

²³ Beecher, H. K. (1946). Pain in men wounded in battle. *Annals of surgery*, 123(1), p.99.

²⁴ Beecher, H. K. (1955). The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association*, 159(17), 1602-1606.

²⁵ Oury, J. (1976). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Champ social éditions 2001, p.120.

²⁶ Mayo E. (1933), *The Human Problems of an Industrial Civilization*, Routledge, 2003.

²⁷ Epelboin A. (2002), opus cité, p.2-3

²⁸ Du fait de la variabilité des patients et des traitements dits naturels (les plantes ou les produits minéraux offrent des différences parfois significatives selon la plante, le lieu de culture, la période de l'année, la méthode de collecte), l'analyse scientifique des thérapeutiques traditionnelles est naturellement complexe avec la possibilité d'interactions entre ces deux variabilités.

²⁹ Deux éléments soulignent la différence entre la thérapie traditionnelle et la médecine scientifique moderne : le recours à des principes thérapeutiques naturels par opposition à des molécules de synthèse, l'imbrication du soin matériel et du soin psychique par opposition à la spécialisation médicale.

³⁰ *Des phénomènes tels que la santé, la maladie et a fortiori la qualité de vie ou la douleur, doivent être compris en fonction de la personne et du contexte dans lequel surviennent ces phénomènes.*

phénomènes auxquels on peut apporter une réponse mais auxquels le patient peut également conférer un sens consciemment ou inconsciemment.

Dans l'approche analytique rationaliste de la santé, chaque phénomène est isolé des autres et fait l'objet d'investigations pour déterminer les facteurs qui l'ont provoqué³¹. Il existe certes une complémentarité entre les différentes spécialités et une coordination peut exister entre elles, mais l'accent est mis sur la spécialisation et l'expertise nécessitées par chaque symptôme. Le patient se perçoit donc comme un individu victime d'agressions mais d'agressions vécues du dehors. Son corps ou son psychisme peuvent être touchés par des pathologies mais tout se passe comme s'il s'agissait de phénomènes qui lui étaient extérieurs et qui devaient donc être soignés par les experts³². L'incidence des relations sociales sur la santé n'est traitée qu'en tant que faits explicatifs secondaires³³.

A l'inverse, l'approche thérapeutique traditionnelle africaine repose sur la prise en compte explicite de l'imbrication du social, du corporel et du psychisme³⁴. Le facteur social est considéré comme déterminant dans tout trouble de santé³⁵. C'est parce que l'individu n'est pas en paix avec ses proches qu'il souffre d'affections. Le soin traditionnel va donc passer prioritairement par un rétablissement des relations qui est

(...) *La phénoménologie contextualise. (...) Elle montre comment la maladie, la santé sont vécues* [Ribau C., Lasry J-C., Bouchard L., Moutel G., Hervé C. et Marc-Vergnes J6P. (2005), « La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues », *Recherche en soins infirmiers* 2, 21-27, p.22]

³¹ Soigner la santé d'un individu revient donc à soigner les phénomènes qu'il manifeste en cherchant à comprendre leur causalité (de façon à intervenir sur les causes principales identifiées). Se focaliser sur les phénomènes peut parfois conduire à négliger leur rapport à une personne unique située dans son environnement et son histoire.

³² Le corps ou le psychisme sont fréquemment abordés de la même façon que l'automobile. C'est au garagiste de réparer ou de faire durer la mécanique, la carrosserie et toute l'électronique. Le propriétaire / patient est le plus souvent passif.

³³ On peut, à l'inverse, considérer que ce qui fait tenir le corps humain, ce n'est pas la matière qui s'organiserait d'elle-même, mais c'est le psychisme qui permet à cette matière de se structurer, de s'organiser en un être unique. *C'est le psychisme, et non pas la matière, qui apporte un principe d'individuation* [Lévinas E. (1961), *Totalité et Infini – essai sur l'extériorité*, Kluwer academic 2003, p.52]

³⁴ Dans une vision religieuse, la maladie est un enfermement, une incapacité à se relever, un repli dans une forme de mort. La guérison est donc la rupture des liens qui empêchent la personne d'agir, de vivre. Le mot grec traduit par *malade (asthénéia)*, signifie celui qui est sans force, on pourrait dire celui qui n'a plus d'énergie ni pour penser ni pour se déplacer ou se relever. L'absence d'énergie a sa source non dans le corps (qui révèle, traduit et communique) mais dans le psychisme [Jung C.G. (1956), *L'énergétique psychique*, Livre de poche, 2014]. L'approche religieuse diffère de la psychanalyse car elle considère que la personne humaine n'a pas son principe en elle-même mais que ce principe vient d'ailleurs, même s'il se traduit en premier lieu dans le psychisme. La matière est au-dehors ce qu'est la manifestation de la vie au-dedans, à savoir une complexification croissante du psychisme qui permet son individuation et le développement de ses interactions au sein d'une communauté humaine [Teilhard de Chardin P. (1955), *Le phénomène humain*, Seuil.]

³⁵ Ce qui renvoie aux approches psychanalytiques occidentales : *La reconnaissance et la méconnaissance du réel social sont en fait des idées directrices pour l'estimation de la santé et de la pathologie mentales. (...) L'hystérique en thérapie se plaint d'avoir conscience de toujours jouer un personnage, de ne pas pouvoir s'empêcher de faire les gestes ou de donner à sa voix les intonations qui correspondent à l'attente présumée des témoins. Elle (il) souffre de se mettre toujours en scène et de ne pas pouvoir faire autrement. Elle se sent habitée par une pluralité de personnes psychiques virtuelles et qui se produisent tels des acteurs au gré des spectateurs ou interlocuteurs. Mais elle ne sait pas qui elle est, sous cet éclatement impressionniste. Les autres sont d'ailleurs convoqués pour qu'elle repère dans leur regard ce qu'elle donne à voir.* [Vergote A. (1978), *Dette et désir*, Seuil, p.27 et p.201]

supposé conduire au rétablissement du corps ou du psychisme du patient³⁶. Dans la communauté africaine de Douala, *la maladie figure non seulement la « dégradation du corps », ce qui ne nous surprend pas, mais la « division du corps » en une partie visible devenue comme une carcasse et une autre partie invisible où se réfugie l'énergie. La santé retrouvée coïncidera avec la réunification des deux parties, de telle sorte que la personne ne fasse plus à nouveau qu'un seul corps. (...) A la différence de la conception grecque du composé humain, où l'âme est un principe immatériel et le corps matériel, la césure se fait ici au niveau de l'invisibilité et de la visibilité*³⁷.

La question du sens vient donner un liant aux phénomènes en les rapportant à un centre unique, la personne humaine. Cela ne signifie pas que la personne est responsable des pathologies qu'elle développe mais cela signifie que ces pathologies (les phénomènes observés) ne peuvent pas s'appréhender indépendamment de ce que vit (et de ce qu'est, au sens ontologique d'être-là³⁸) la personne³⁹.

Dans les thérapies traditionnelles, la question du sens est primordiale, d'où le recours à des mises en scène. Ce n'est donc pas une causalité qui est recherchée, une explication ou un traitement qui agirait de façon causale sur la pathologie, mais la mise en situation pour permettre au patient de donner du sens à ce qu'il vit. Ceci explique que certains outils thérapeutiques soient dénués de tout effet direct sur la pathologie soignée car ce n'est pas leur objet. Celui-ci est de permettre au patient de faire le lien entre son existence et ses pathologies, en donnant du sens à ce qu'il vit. Au lieu de rechercher le principe actif ou le traitement thérapeutique le plus adéquat pour soigner le symptôme, le thérapeute traditionnel va recourir à un large échantillon d'activités symboliques et thérapeutiques susceptibles d'aider le patient à combattre sa pathologie. Le phénomène est donc directement lié à un individu donné situé dans un environnement spécifique⁴⁰.

Section II. Proposition d'un cadre conceptuel alternatif

La médecine occidentale fonctionne sur l'approche analytique et la décomposition du tout en composants. La prise en compte des interactions et de la trajectoire de la

³⁶ Dans une société où la famille est réduite à la cellule parents-enfants, voire mère-enfants, et où l'État a le rôle de garant de la sécurité matérielle, physique et sociale des individus, les rapports sociaux bénéficient d'une protection qui permet à chaque individu de bénéficier d'une relative autonomie. A l'inverse, dans une société où la famille est élargie et où l'État est davantage un prédateur qu'un protecteur, des structures alternatives telles que la famille patriarcale ou matriarcale, ou la tribu, existent pour protéger chaque individu. L'impact social des relations individuelles est alors beaucoup plus marquant pour chaque individu puisque l'acceptation ou le rejet d'une communauté peuvent signifier une forme de mort.

³⁷ Rosny de E. (2011), *Le pays Sawa, ma passion*, presses de l'UCAC, p.178

³⁸ Heidegger M. (1927), *Etre et Temps*, traduction et édition Emmanuel Martineau, 1985.

³⁹ *Les textes qui cherchent à cerner la nature des faits psychopathologiques, et surtout à agir sur l'objet – ou plutôt avec lui – n'épousent pas toujours ni les objectifs ni les méthodes scientifiques dont on dispose habituellement pour soigner les maladies. (...) Ce qui est en question dans tout cet ensemble de cas, c'est, en dernier ressort, la conception classique de la maladie. Tant pis. Rien n'y fait ; on reste sur le cheval de bataille habituel : vous avez été atteint par telle ou telle autre maladie – comme on reçoit, hasard aidant, une tuile sur la tête. Dans le meilleur des cas, c'est la faute des autres, du bacille de Koch, des parents ou des voisins. En fait et toujours : vous n'y êtes pour rien.* Tosquelles F. (1976), « préface », p.11-12, in Oury, J., *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Champ social éditions 2001.

⁴⁰ Cette démarche n'est pas incompatible avec une approche scientifique. Mais elle implique que la démarche de test à l'aveugle ne peut pas s'appliquer en raison des spécificités propres à la personne et à son environnement [Rocard Y (1991), *La science et les sourciers*, Dunod].

personne peut révéler des causalités inexplorées entre des manifestations physiques et des ressentis psychiques conscients ou inconscients.

§ A. L'être humain, objet de désir

L'être humain est un objet de désirs en un double sens. En tant qu'objet d'étude, il est évident que l'être humain est animé par ses désirs. Ces désirs peuvent engendrer des troubles de santé, soit directement quand ils ne sont pas satisfaits⁴¹, soit indirectement quand ils sont satisfaits mais que cette satisfaction génère un trouble ailleurs⁴². Mais l'être humain est aussi un objet de désirs au sens littéral du terme. Il peut être désiré par un autre être vivant et ce désir d'autrui peut également entraîner des troubles de santé.

En tant qu'objet de désir, le point déterminant n'est pas le désir mais l'objectivation. C'est parce qu'une personne est perçue comme un objet (au sens où la spécificité de son être est niée) qu'elle devient passible de troubles de la santé. Dans ce schéma de pensée, le désir devient source de pathologie quand il transforme la relation en possession où la cible du désir est chosifiée⁴³.

§ B. La matérialité du ressenti

Dans la relation, il y a des faits (des paroles, des actions) et des perceptions (le ressenti). Les faits dépendent de l'émetteur, les perceptions dépendent du récepteur. Le même fait peut donc être interprété (perçu, ressenti) différemment selon le récepteur. Cette perception peut en retour influencer l'émetteur mais en tant que fait. Le récepteur ne renvoie pas à l'émetteur la vérité de ce qui a été fait mais uniquement un ressenti particulier lié à l'histoire et à la vie du récepteur qui réagit par rapport au message initial de l'émetteur.

Or ce que soigne la thérapie c'est l'expression du ressenti du récepteur. Par son approche statistique de la maladie et son objectivation des patients, la médecine moderne supprime la distinction entre le ressenti et le fait causal. Parce qu'il y a causalité, le fait initial de l'émetteur engendre une perception chez le récepteur. La médecine moderne, par le biais des statistiques, étudie cette causalité pour déterminer s'il existe des relations significatives. Autrement dit, la médecine cherche à déterminer si, dans un nombre statistiquement significatif de cas, le fait x a bien engendré la perception y. Ce faisant, on occulte la distance fondamentale entre l'émetteur et le récepteur, on fait comme s'il n'existait plus de différence entre le récepteur et l'émetteur, comme si en soignant le récepteur on soignait simultanément l'émetteur.

Si, à l'inverse, on distingue le ressenti du récepteur de la cause initiale de l'émetteur, il devient alors possible d'agir de deux façons distinctes. Si l'on agit sur l'émetteur, on agit dans le cadre d'une dimension sociale. C'est, par exemple, le principe de la police et de la justice : sanctionner et mettre hors d'état de nuire ceux qui transgressent les lois de la vie en société. C'est également le cas en présence d'une

⁴¹ Par exemple, la soif non satisfaite entraîne à terme la mort. Mais le lien peut être plus complexe quand le désir ne porte pas sur un bien vital au sens physiologique mais sur un bien psychosomatique. C'est le cas de la personne qui devient malade parce qu'elle n'obtient pas ce qu'elle désire : la reconnaissance ou l'amour d'une autre personne, la possession d'un bien, etc.

⁴² Par exemple dans le cas de la boulimie.

⁴³ Par exemple, une femme (ou un homme) qui est désirée sexuellement peut percevoir cela comme un épanouissement si le désir sexuel accompagne un désir de rencontrer l'autre en profondeur ou comme une violation si le désir sexuel ne vise qu'à l'assouvissement de désirs physiologiques.

épidémie ou d'un risque d'épidémie quand les autorités médicales prennent des mesures pour combattre une maladie ou son risque de dissémination.

Si l'on agit sur le récepteur, les symptômes de dysfonctionnement, de douleur, de mal-être vont permettre d'exprimer le ressenti du récepteur. Si l'on se situe dans une logique de causalité, on supposera que tel symptôme (tel ressenti) correspond à telle cause initiale (un virus, un traumatisme physique ou psychique, etc.). Ce faisant, la médecine occidentale traite le patient comme une victime d'agression et recherche l'agresseur pour le mettre hors d'état de nuire (par un traitement antibiotique, par l'usage de diverses drogues ou par un suivi psychanalytique).

Supposons que le ressenti soit bien causé par un message initial mais que l'ampleur et la direction du ressenti soient étroitement dépendantes du récepteur, c'est-à-dire du patient. Un individu en bonne santé, heureux de vivre, en harmonie avec son environnement naturel et familial pourra percevoir une agression extérieure (un virus, une agressivité de la part d'un membre de la communauté) comme un simple épiphénomène qu'il lui appartient de supporter et de digérer (c'est-à-dire de ne pas garder en lui mais d'éliminer). À l'inverse, un individu fatigué, souffrant de diverses pathologies va ressentir cette agression extérieure comme quelque chose qui le met en cause au plus profond de lui-même. Il va réagir en construisant toute une série de défenses et en contre-attaquant, c'est-à-dire en étant lui-même agressif et violent. Non seulement il peut réagir selon l'adage *œil pour œil, dent pour dent*, mais il peut aussi répondre de façon disproportionnée parce qu'il chargera, dans sa réponse, toutes les souffrances qu'il a par ailleurs.

Les symptômes seront donc très différents dans les deux individus et le mode de soin devra différer. Dans le premier cas, les symptômes sont légers et l'individu a besoin d'une aide pour limiter les dégâts causés par l'agresseur et pour l'aider à réparer ces dégâts. C'est la dimension sociale qui doit prendre le relai en soignant l'agresseur.

Dans le second cas, si l'on se fie aux symptômes de la victime, il conviendrait de prendre des mesures sévères contre l'agresseur. Or, comme nous l'avons souligné, l'émetteur a certes une responsabilité mais la perception de son acte est modulée par le ressenti du récepteur. Si le récepteur amplifie le message initial, le risque est grand de sur-réagir et de punir l'émetteur au lieu de chercher à soigner le récepteur. Par exemple, si une personne est affaiblie et attrape un rhume, il est tentant de soigner cette infection par l'administration d'une panoplie de médicaments destinés à mettre hors d'état de nuire l'agresseur. Ce faisant, on supprime certes l'agression mais on ne résout pas le problème du patient qui est sa grande fragilité.

De plus, si l'on est dans le domaine des bactéries et des virus, on ne sait pas trop ce qu'entraîne une sur-réaction. Peut-être rien, peut-être la création de mécanismes de défense des bactéries ou des virus qui les rendront ultérieurement plus résistants aux diverses agressions qu'ils subissent. Si l'on est dans le domaine social, il est évident qu'une sur-réaction génère une réaction en chaîne qui n'est pas prête de s'arrêter. Le terrorisme en fournit l'exemple éloquent.

Soigner le patient suppose donc de travailler sur son ressenti pour en comprendre les rouages et décrypter ce qui ressort du message reçu (perçu comme une agression) et de l'ensemble des facteurs qui gravitent autour et qui renvoient à l'histoire de la personne, à son environnement, à ses relations avec ses proches, à ses conditions de travail, etc.

§ C. Le dualisme matière-esprit

De nombreuses philosophies ou religions opposent la matière et l'esprit. La matière serait à la fois de l'ordre du périssable (tout retourne à la poussière) et de l'impérissable (rien ne se crée, tout se transforme). La matière n'est qu'une forme provisoire de matérialisation de l'énergie. Le réagencement des atomes produit de nouvelles formes de matière. L'esprit est plus insaisissable et, pour les philosophies et religions qui y attachent une importance, il est ce qui dure au-delà de la mort et de la décomposition de la matière.

Aux premiers siècles de l'ère chrétienne, il existait une forte controverse entre la pensée grecque qui voyait la matière subordonnée à l'esprit et la pensée juive qui voyait les deux indissolublement liés. Pour les grecs, l'esprit survivait à la matière, au corps. Pour les juifs, l'esprit s'éteignait avec la mort. Mais, progressivement, la pensée juive a pris en compte la possibilité d'une résurrection des morts qui toucherait le corps et l'esprit. Ces deux approches se distinguaient par la place accordée à un Dieu créateur. Pour les grecs, l'esprit de chaque individu préexistait et durerait éternellement. Pour les juifs, chaque individu recevait à sa naissance l'esprit (le souffle de Dieu, le souffle de vie). À la mort, ce souffle de vie s'éteignait comme une chandelle dont on souffle la flamme. La résurrection des morts était donc conçue comme le souffle de Dieu qui venait ranimer la flamme et donc redonner vie aux corps des défunts. Individuellement le corps et l'esprit étaient donc indissolublement liés même si le corps trouvait son origine dans la terre, la matière, et l'esprit son origine dans le souffle de Dieu.

Dans la pensée chrétienne, l'unité du corps et de l'esprit est maintenue mais l'esprit est placé au premier plan : *c'est l'esprit qui fait vivre*. Autrement dit, le corps et l'esprit sont indissolublement liés mais c'est l'esprit qui donne la vie au corps et qui vit dans le corps. Le corps est le médium indispensable par lequel l'esprit peut pleinement vivre et il ne peut pas vivre sans le corps. La résurrection touche donc à la fois le corps et l'esprit car il n'y a pas d'esprit humain sans corps humain, sans incarnation, sans possibilité de rencontrer la nature et l'autre de façon concrète, matérielle.

À l'époque moderne, ces visions anthropologiques ont été profondément modifiées. Scientifiquement l'homme est perçu comme matière avec un esprit qui lui-même émerge de la matière. La représentation la plus simple en est la comparaison du cerveau humain à l'ordinateur avec sa capacité d'analyse et de stockage des données. La conséquence en est que l'esprit n'est plus dissocié du corps (la pensée grecque est donc abandonnée) mais il ne représente pas non plus un souffle divin (les pensées juives et chrétiennes sont également abandonnées). L'esprit (mais en réalité on fait désormais référence au cerveau, organe où se situerait l'esprit) est perçu comme un outil au service du corps, comme une extension du corps mais qui serait de même nature que le corps lui-même. Son développement aurait procédé du même développement que les autres fonctions corporelles, en réponse à des stimuli et à des modifications environnementales qui ont favorisé la sélection des individus et des espèces susceptibles de mieux tirer profit de leur environnement.

En termes de santé, l'anthropologie va être déterminante. Si le corps n'est qu'un outil destiné à être abandonné par le corps, peu importe ce qui peut accabler le corps puisque ce dernier n'est qu'une demeure provisoire, périssable. Mais, à l'inverse, si l'esprit n'est qu'une extension du corps, il faut, certes, faire attention à l'esprit mais de la même façon que l'on fait attention au corps. Tout comme il faut faire de l'exercice, avoir des repas équilibrés et des aliments sains, il faut faire travailler son esprit et lui fournir les éléments dont il a besoin : un esprit sain dans un corps sain.

On comprend dès lors le développement des médecines alternatives et des modes de vie qui recommandent une hygiène corporelle et mentale : alimenter et entretenir correctement son corps et son cerveau, avec une extension à tous les organes du corps sans nettement différencier le cerveau (lieu de la réflexion) du cœur (supposé représenter le lieu des sentiments), des poumons (le souffle, la régénération) ou des organes digestifs (qui permettent l'assimilation des éléments extérieurs et leur élimination).

§ D. L'intégration dans un environnement naturel

La vision anthropologique de l'homme se croise avec une vision biologique : quelle est le rapport de l'homme à la nature ? Les approches scientifiques modernes ont mis en évidence l'héritage biologique de l'homme qui intègre dans ses cellules les fruits des transformations biologiques intervenues au cours de millions d'années, depuis l'organisme unicellulaire jusqu'au développement de cellules extraordinairement complexes.

L'information biologique sur un être vivant est contenue dans n'importe laquelle de ses cellules mais la différenciation de chaque cellule pour répondre à la fonction qui lui est imposée se fait de façon encore mystérieuse. Autrement dit, chaque corps vivant a une unité sur laquelle la science n'intervient qu'en faisant comme si chaque élément (par exemple, chaque organe) était indépendant.

Cette vision analytique étroite du corps, où chaque élément est supposé pouvoir être traité séparément de la globalité du corps, est désormais dépassée. La prise en compte des interactions entre toutes les cellules qui composent un corps humain est reconnue scientifiquement même si elle n'est pas nécessairement intégrée dans les protocoles médicaux. En effet, pour appliquer une thérapie, il est plus simple de ne retenir que les principales causalités identifiées, en ignorant les causalités secondaires qui alourdiraient le modèle et rendraient le traitement thérapeutique plus complexe à mettre en œuvre.

§ E. Le bien et son appropriation

L'être humain naît dans un monde où le bien est à sa disposition⁴⁴ : l'oxygène, le lait de sa mère, les soins de ceux qui l'entourent. Chacun s'approprie le bien en fonction de ses besoins. Le bien ne devient objet de conscience que parce qu'il doit être partagé ou parce que la personne humaine élève sa pensée jusqu'à s'interroger sur l'origine ou la nature du bien qu'il consomme.

Quand le bien est partagé, chacun s'approprie la part qui lui convient aussi longtemps que le bien lui-même semble sans limite. Ce fut le cas de la plupart des ressources naturelles⁴⁵. Quand le bien est surabondant par rapport à sa consommation, seule une pensée philosophique ou religieuse peut conférer au bien une valeur qui n'est pas économique. Quand la consommation affecte non seulement le flux mais également le stock de la ressource, se pose la question du mode de répartition de la ressource. Le bien peut être privatisé soit par le droit du plus fort soit par le jeu des marchés et les

⁴⁴ Ou du moins on pourrait l'espérer pour chaque être humain.

⁴⁵ Au début de la révolution industrielle la ressource halieutique des océans paraissait sans limites. Désormais, des quotas de pêche sont instaurés pour de nombreuses espèces et dans de nombreux espaces maritimes. De même l'oxygène de l'air paraissait un bien disponible à volonté. Désormais, la taxation des émissions de gaz carbonique met un prix sur les rejets et, indirectement, sur la consommation de l'air.

mécanismes de prix ou de taxation. Mais le bien peut aussi être régulé par un ensemble complexe de normes qui vont déterminer les droits de chacun⁴⁶.

La notion de bien commun émerge quand la privatisation des droits d'usage ne permet pas de répondre efficacement aux enjeux de conservation et de consommation du bien et qu'il est nécessaire d'introduire des valeurs qui ne soient pas seulement économiques. C'est en particulier le cas dans le domaine de la santé. La santé d'un individu n'est pas seulement du ressort de sa libre décision ; elle a également des impacts sur les autres personnes, soit en raison du caractère contagieux de la maladie soit en raison des coûts de soin supportés par les autres acteurs.

Section III. L'interaction individu – communauté – territoire

L'approche médicale occidentale tend à s'affranchir de l'insertion d'un individu dans une histoire et un environnement⁴⁷. Dans une approche où la question de la santé peut être déconnectée de la question de l'être, il est possible d'envisager les phénomènes pathologiques comme des objets que l'on peut aborder de façon analytique en identifiant les facteurs susceptibles d'avoir une action thérapeutique statistiquement significative. A l'inverse, si l'on aborde la santé dans une relation à l'être de la personne incarnée dans un territoire donné et donc soumise à des normes, des habitudes, des interactions sociales, des schémas mentaux, les phénomènes pathologiques ne peuvent plus faire l'objet d'une analyse *in vitro* mais ils doivent nécessairement intégrer les circonstances précises propres à chaque personne. Autrement dit, il devient extraordinairement difficile de mener une étude statistique classique⁴⁸ compte tenu de la multitude des variables qui devraient être prises en compte pour rendre compte de l'environnement de chacun des patients étudiés.

La thèse de cet article est qu'il n'est pas possible de présupposer les critères d'une bonne santé et de construire les pathologies en fonction d'une vision universaliste. Il est nécessaire de partir des territoires et de leurs *institutions* (les normes, les us et coutumes, etc.) pour appréhender la santé et les processus qui peuvent y contribuer.

*Vus de l'extérieur des comportements peuvent paraître bizarres ou franchement pathologiques alors qu'ils rejoignent les références symboliques de leur culture. Faut-il en conclure que les critères de la pathologie sont irrémédiablement relatifs ? (...) l'homme malade est jugé tel parce que son vécu et son comportement ne sont pas conformes aux symboles essentiels qui gouvernent la communauté.*⁴⁹

Dans le monde européen et nord-américain, la différence entre l'universel et le territorial est sans doute moins sensible que dans d'autres régions du monde car la représentation de l'universel a été construite à partir des fondements culturels, religieux, usuels de la civilisation européenne. Des différences notables existent entre les diverses nations européennes ainsi qu'au sein des États nord-américains mais ces différences sont sans commune mesure avec celles qui les séparent des pays africains, asiatiques ou sud-américains.

⁴⁶ Ostrom E. (1990), *Governing the Commons – The Evolution of Institutions for Collective Action*, Cambridge University Press 2015.

⁴⁷ Parce que les causes pathologiques sont supposées être clairement identifiées et indépendantes du contexte, notamment toutes les agressions microbiennes.

⁴⁸ C'est-à-dire sur la base de la comparaison entre deux échantillons supposés intégrer des individus ayant des caractéristiques similaires.

⁴⁹ Vergote (1978), p.29.

§ A. Partir de l'individu pour construire la connaissance

Toute démarche scientifique pose comme objet de sa connaissance ce qu'elle étudie et, par conséquent, l'individu est fondamental dans toute démarche thérapeutique scientifique. Mais cet individu n'est appréhendé que comme une accumulation de symptômes décomposables et analysables scientifiquement.

La démarche proposée vise à partir de l'individu dans son unicité et de n'appréhender les symptômes que comme des symptômes de quelque chose de global qui s'exprime de multiples façons. Chaque symptôme est un signal sur ce qui est en train de se jouer au « cœur » de l'individu. Une difficulté (rencontrée déjà par la médecine chinoise dans sa confrontation avec la médecine scientifique occidentale) est celle du langage. Les mots n'ont pas le même sens selon les cultures et la traduction est toujours infidèle. Par exemple, parler du « cœur » de l'individu dans la médecine chinoise⁵⁰ ne fait pas référence à un organe défini matériellement, biologiquement, mais à une fonction remplie par différents organes qui se complètent, se chevauchent, s'entravent et se suppléent. Le mot « cœur » a donc un sens imagé pour rendre compte d'une fonction, que l'on ne peut pas décomposer analytiquement en un ensemble d'organes, car la défaillance de l'un peut être compensée par le développement d'un autre dont la fonction principale n'est pourtant pas celle du premier. C'est donc en termes d'équilibre que la médecine chinoise raisonne : comment des flux émanant de divers organes (certains primordiaux, d'autres secondaires) arrivent à remplir la fonction qui permet à un individu d'exister et d'être en harmonie avec lui-même et avec son environnement :

La médecine occidentale est principalement concernée par les catégories isolables de maladie ou par les agents infectieux, sur lesquels elle se focalise, qu'elle isole, qu'elle cherche à modifier, à contrôler, à détruire. Le médecin occidental commence par un symptôme, et il cherche ensuite le mécanisme sous-jacent – une cause précise d'une maladie spécifique. (...) Le médecin chinois, par opposition, dirige son attention sur l'individu dans sa globalité physiologique et psychologique. Toutes les informations pertinentes, qu'il s'agisse de symptômes ou d'autres caractéristiques générales du patient, sont collectées et entrelacées pour former ce que la médecine chinoise nomme un « schéma de discordance »⁵¹. Ce schéma de discordance décrit une situation de déséquilibre dans le corps du patient.⁵²

L'inconvénient évident de cette démarche est que, si chaque individu est appréhendé dans son unicité et sa particularité, il n'est plus possible d'avoir de démarches statistiques. On aura au mieux une succession de cas cliniques. La démarche nécessite donc d'inverser le processus habituel. Au lieu de partir d'un échantillon pour extrapoler les résultats obtenus à une population (et par conséquent à tout individu figurant au sein de cette population), on doit partir de la population pour observer s'il existe des traits généraux qui se dégagent. Cette approche s'apparente à la démarche de Freud quand, à partir de son expérience clinique, il a essayé de mettre en évidence des relations entre certains comportements et certaines représentations psychiques. D'une certaine manière, le mythe d'Œdipe est une extrapolation d'observations cliniques et non le résultat d'une démarche statistique⁵³.

⁵⁰ Kaptchuk T.J. (1983), p.54.

⁵¹ « pattern of disharmony » en anglais.

⁵² Kaptchuk T.J. (1983), p.3-4.

⁵³ Il est même possible qu'une démarche statistique sur un échantillon représentatif de la population aboutisse à la conclusion que le complexe d'Œdipe n'est pas statistiquement significatif et

Partir de l'individu signifie donc collecter l'information en s'abstenant de toute interprétation *a priori* pour se limiter à des données le plus exhaustives possibles et présentant un caractère qualitatif marqué. Comme pour un tableau impressionniste, l'explication causale surgira de la vision d'ensemble. Des traits significatifs apparaîtront à l'observateur sans que nécessairement celui-ci puisse expliquer la causalité elle-même. Il pourra la constater. La connaissance sera donc initialement empirique, même si elle pourra, par la suite, donner lieu à des essais d'interprétation théorique.

§ B. Enregistrer les processus thérapeutiques, les circonstances et les résultats

L'enregistrement des observations comprend une dimension codifiable (par exemple, la nature des produits administrés au patient et leur dosage) et une dimension descriptive (par exemple, la description de la mise en scène de la thérapie et son effet sur le patient et son entourage).

Cet enregistrement paraît difficile à réaliser tant cela suppose de travaux ethnographiques pour saisir la réalité et le contenu des traitements thérapeutiques traditionnels. Les limitations économiques et sociales apparaissent évidentes : le coût de l'enregistrement, la nécessité de disposer d'observateurs capables d'identifier les éléments, d'en rendre compte et de les codifier, la mise en place de systèmes d'informations pour enregistrer les données, les sécuriser et les rendre disponibles de façon anonymisée, la fiabilisation de l'ensemble du processus. L'absence d'incitations économiques⁵⁴ explique que, jusqu'à aujourd'hui, on ne dispose que de travaux épars marqués par les spécificités des milieux dans lesquels les observations ont été effectuées.

Or, la diffusion massive des sites web et la création de logiciels permettant aisément à tout utilisateur de saisir son opinion sur un processus, un bien ou un service, donné, modifient cet état de fait⁵⁵. En créant un portail de la santé, il serait possible de permettre à tout patient de décrire ses symptômes, le traitement suivi et les résultats observés⁵⁶. La difficulté est dans la structuration du logiciel (du site) pour permettre une relative exploitabilité des données.

Pour l'instant, on en est encore à des comptes-rendus thérapeutiques schématiques, incomplets et peu fiables. Il serait possible de structurer davantage les modalités de réponse, pour permettre un usage des résultats non seulement par les chercheurs et les praticiens mais aussi par les patients eux-mêmes, qui pourraient tester la validité de telle ou telle recommandation thérapeutique en fonction du nombre d'avis (d'observations, de comptes-rendus des expériences thérapeutiques individuelles) favorables ou défavorables que ces pratiques suscitent.

donc universel. En réalité, on aura simplement mesuré la relation entre des symptômes apparents et non l'explication sous-jacente qui, elle, reste hors de portée du mesurable.

⁵⁴ On est en présence d'un bien commun non appropriable, non brevetable.

⁵⁵ Tous les sites marchands permettent désormais aux utilisateurs de saisir leur avis sur la prestation offerte ou le produit livré. Cette apparente soif d'auto-contrôle (de contrôle des utilisateurs sur les producteurs) résulte d'une double souci : disposer de données permettant d'améliorer les processus et de mieux répondre à la demande, éviter que ce contrôle ne soit exercé en externe et que l'entreprise ne subisse le contrôle d'une entité tierce qui aurait alors une prise directe sur ses processus (l'exemple typique est le site *Tripadvisor* qui note les hôtels et les restaurants et qui, de ce fait, détient un pouvoir de contrôle très important sur eux puisque la notation conditionne la fréquentation et le niveau des prix).

⁵⁶ De nombreux sites liés à la santé proposent des informations sur les pathologies et les traitements possibles avec, parfois, des partages d'expériences thérapeutiques.

Une telle démarche se heurte évidemment au principe de prudence et au risque de diffuser des pratiques potentiellement néfastes pour la santé (individuelle ou collective) à long terme. Le cas des huiles essentielles est symptomatique. Les règlements européens⁵⁷ et nationaux qui visent à protéger le consommateur ont paradoxalement pour effet de limiter la production et la commercialisation d'extraits de produits naturels en imposant des coûts administratifs et de contrôle⁵⁸.

Or, un postulat de cette recherche est que, dans le domaine de la santé, l'industrialisation des process touche parfois ses limites parce qu'il existe une interaction complexe entre la personne humaine et son environnement⁵⁹. L'enregistrement des processus thérapeutiques ne viserait donc pas l'industrialisation de nouveaux process mais l'enregistrement de la diversité des processus thérapeutiques possibles. En documentant et en enregistrant des parcours de soins variés, il semble possible de faire émerger des variables actuellement occultés par la médecine moderne et pourtant présentes dans la médecine dite traditionnelle ou alternative.

§ C. Permettre l'émergence d'un bien commun

En économie, le concept de biens communs a souvent été utilisé de façon négative pour décrire le sort de biens soumis à la libre utilisation individuelle. C'est ce que l'on a dénommé la tragédie des *commons* (les biens communs en anglais). Deux solutions sont traditionnellement proposées : la gestion par l'autorité publique (qui renvoie au rôle de l'État⁶⁰ et aux travaux dans le domaine des sciences politiques) ou la privatisation, c'est à dire la gestion par la propriété individuelle (modèle mis en place dans de nombreux pays à la suite des travaux de l'école dite *de Chicago*⁶¹). Une troisième solution repose sur une gestion collective des *commons*⁶². Cela suppose un mélange complexe d'*institutions*⁶³ (le mot anglais peut être traduit par normes sociales, environnementales et économiques, lois, règlements, coutumes, croyances) qui assurent l'équilibre entre les intérêts privés et l'intérêt collectif de conservation et de pérennisation de la ressource. La gestion durable des *commons* suppose leur inscription dans un territoire réel délimité.

La santé constitue un bien commun qui unit les intérêts individuels et les intérêts collectifs (la famille, la communauté, l'humanité). L'approche industrielle tend à déraciner ce bien commun de son environnement : une maladie est traitée par tel ou tel

⁵⁷ Notamment le règlement européen REACH du 18 décembre 2006 : *Les huiles essentielles sont des substances chimiques dont l'innocuité pour la santé et l'environnement ne saurait être garantie (...). En conséquence, les fabricants et importateurs d'huiles essentielles doivent dans la plupart des cas enregistrer les huiles essentielles qu'ils mettent sur le marché européen, et ce faisant, ils doivent déterminer les propriétés chimiques, toxicologiques et écotoxicologiques de ces huiles.* Source : <https://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ130707367.html>, accès le 11/07/18.

⁵⁸ La DGCCRF (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes) écrit ainsi : *en vue d'assurer la protection et l'information du consommateur, il est demandé aux professionnels d'indiquer, pour chaque huile, un usage unique, associé aux mode et précautions d'emploi appropriés* [<https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/huiles-essentielles-0>, accès le 11/07/18].

⁵⁹ On peut aussi considérer qu'un patient peut souhaiter conserver la maîtrise de sa santé (des processus thérapeutiques) alors même qu'il s'appuie sur les conseils d'experts.

⁶⁰ Cf. la présentation du rôle de l'État dans la théorie économique néoclassique : North D.C. (1981), *Structure and Change in Economic History*, Norton.

⁶¹ Friedman M. (1962), *Capitalism and Freedom*, The University of Chicago Press.

⁶² Ostrom E. (1990), *Governing the Commons – The evolution of institutions for collective action*, Cambridge University Press, 2015.

⁶³ North D.C. (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge University Press.

médicament ou thérapie indépendamment du cadre et du mode de vie de la personne. Ce faisant le bien commun devient un bien universel qui ne devient concret que dans son rapport à l'individu. La famille, la communauté, se trouvent exclues de la participation au maintien et au développement du bien commun.

Introduire le concept de territoire⁶⁴ permet de considérer qu'un individu n'est pas un être abstrait, mais qu'il est profondément enraciné dans un milieu social et environnemental qui conditionne sa vie et, *a fortiori*, sa santé. L'être humain n'est donc pas seulement un ensemble matériel de cellules en interactions les unes avec les autres et avec leur environnement physico-chimique. L'individu est également un être social en interaction avec son entourage et ses interactions sociales interagissent avec les interactions physiques ou chimiques.

Mais le concept de territoire est aussi nécessaire pour la mise en œuvre du projet de recherche lui-même. En effet, si l'individu est incarné dans un territoire, le système de santé qui lui est offert est également marqué par les interactions avec les domaines économiques, sociaux et environnementaux⁶⁵. Certaines offres de soin s'expliquent par le jeu des acteurs économiques et des situations de domination au niveau local, régional ou international. Les normes relatives à la santé ne sont donc pas nécessairement la résultante de la poursuite du bien commun mais elles découlent parfois de l'imposition d'intérêts particuliers.

Le territoire est donc le lieu dans lequel il est possible d'identifier les conflits normatifs qui vont façonner le cadre dans lequel chaque individu se débat avec son histoire, ses désirs, sa santé.

Conclusion

Au lieu de considérer que le traitement thérapeutique peut faire abstraction de la personne, de son histoire et de son environnement, pour se focaliser sur le symptôme, il est proposé de réintroduire le processus de guérison dans sa dimension territoriale, incarnée, et donc de repartir des expériences de santé vécues par les patients⁶⁶.

Cela suppose de faciliter la mise en place de systèmes de collecte et de traitement de l'information accessibles aux adhérents du système (patients, thérapeutes, chercheurs, gestionnaires du système). Alors que cette fonction est assurée par l'État ou par ses administrations dans les pays occidentaux, il est proposé, dans le cadre

⁶⁴ Pour une définition de ce concept, on peut se reporter à deux articles de l'auteur : (2014), « Les frontières des Organisations. Enjeux et représentation », *Prospective et Stratégie*, N°4-5, p.13-28. (2016), « Innovations et territoires. La prise en compte des interactions sociales », *Prospective et Stratégie*, N°7, p.59-68.

⁶⁵ La résistance de la médecine chinoise traditionnelle face à la médecine occidentale s'explique par le processus de transmission de la connaissance au cours des siècles à travers l'empire chinois : *L'efficacité proclamée de la médecine chinoise traditionnelle n'est pas une « anecdote » comme cela est fréquemment affirmé. Dans le passé, des médecins ont identifié la relation entre certaines configurations et une formule correspondante et ils ont mémorisé « l'essai » qui a ensuite été testé par leurs successeurs de façon répétée pendant des centaines ou des milliers d'années. Ainsi, il s'agit bien d'essais cliniques individuels mais non d'une anecdote. Le scepticisme vis-à-vis de la médecine chinoise traditionnelle est principalement dû à l'inaccessibilité de l'immense corpus de la littérature classique sur ces essais* [Jiang W-Y. (2005), « Therapeutic wisdom in traditional Chinese medicine : a perspective from modern science », *Trends in Pharmacological Sciences* 26(11), 558-563, p.562].

⁶⁶ Dans les forums de discussion, des personnes livrent leur témoignage sur leurs processus de guérison ou leurs échecs. Cette pratique semble s'inscrire en réaction à une scientification du processus de santé qui recourt massivement aux analyses et à l'expertise technique. Les forums de discussion constituent une tentative de réappropriation par les patients de leurs processus de santé.

institutionnel africain, de favoriser l'émergence de places virtuelles de santé qui recenseraient les pratiques et les résultats observés.

On peut aussi imaginer que de nouvelles filières thérapeutiques soient progressivement organisées pour répondre à des besoins spécifiques.

Par ailleurs, certaines pathologies (maladies auto-immunes, maladies infectieuses et tropicales) semblent présenter des variabilités telles que la probabilité de réussite d'un traitement standardisé chute fortement. Les traitements médicaux semblent devoir s'adapter aux spécificités des patients pour pouvoir lutter efficacement contre la maladie. Cela peut donc également constituer un champ de recherche sur la base des pratiques locales qui seraient recensées et rendues accessibles.