

Le concept de « Santé Globale », entre approches formelles et informelles, dans la Transdisciplinarité

**Dr. P. PAUL, professeur associé H.D.R. en Sciences de
l'éducation, J.E. « Dynadiv » N° 2449, Université François
Rabelais, Tours**

**Participation au Second Congrès Mondial de la
Transdisciplinarité, Vitoria, Brésil, 6 – 12 septembre 2005**

En contre-point à la posture scientifique actuellement dominante, l'approche présente ne considère pas l'humain comme réductible à ce que l'on perçoit de lui ou à ce qu'il peut comprendre, par lui-même, sur lui-même. Si la raison ou les modèles valent pour le général, l'être humain est chaque fois unique, son histoire relevant chaque fois d'un parcours singulier. Or ce qui le constitue en propre en tant qu'unicité c'est son intériorité, le drame des sciences humaines et médicales réfutant ou limitant cette intériorité en savoir objectif - psychologie incluse - afin d'en tirer, par utilisation des grands nombres, des lois générales espérant avoir valeur d'universalité. Un autre des drames contemporains, associé au précédent, consiste, par despotisme épistémologique du monisme matérialiste, à assimiler tout simplement l'existant à sa stricte réalité biologique. Mais l'humain est irréductible à une somme de connaissances. Et l'introduction du sujet dans le modèle biomédical, relativement récente dans l'histoire au moins postmoderne de la médecine, vient perturber l'édifice conceptuel objectif et quantitatif issu de la maladie qui dominait jusqu'alors. Ne nous y trompons pas : l'arrivée de l'humain, la revalorisation des méthodologies inductives et qualitatives, aussi scientifiques soient-elles, ne se positionne sur la scène que dans la mesure des échecs du système dominant. Mais les échecs existent bel et bien. Ils se trouvent même en augmentation au fur et à mesure que l'on tient compte de la complexité croissante des problèmes et que le réductionnisme se révèle impuissant à les résoudre. Ce constat large est également flagrant dans la pratique des soins, dans l'éducation à la santé ou dans l'éducation thérapeutique : au-delà des normes de référence issues des statistiques, sitôt que les comportements de la personne à soigner ou à éduquer doivent être pris en compte de façon singulière, le positionnement des soignants devient difficile entre impératifs issus des modèles normatifs se référant à la maladie mais ne tenant nul compte des malades d'un côté - donc générateurs d'échecs - et de l'autre l'évidence de devoir considérer les particularités propres à chaque sujet que l'on accompagne et qui interfèrent, nécessairement, sur la santé par les comportements - mais source de complexité difficile à traiter. Car l'existant, pour reprendre M. Cornu (2005), n'est pas un vivant qui se réduit à ses seules fonctions et qui, en conséquence, pourrait s'expliquer par un ensemble de causes et d'effets. L'être humain est un vivant, en quête de sens, situé dans le temps, conscient de sa finitude et n'existant que dans la relation : relation à la nature, à autrui, à lui-même et à sa transcendance possible. De cette réalité globale nous ne voyons plus aujourd'hui l'humain que comme objet de science, enfermé dans un cadre de valeurs normatives, ou que variable de l'économie, considéré comme consommateur. L'un d'ailleurs va souvent avec l'autre, les laboratoires pharmaceutiques l'ont bien compris. Ce consommateur de soins, de techniques de bien-être, qui en arrive à une production pharmacologique de lui-même (D. Le Breton, 1999), en fuyant la vieillesse, la maladie, la souffrance et la mort, valorise le rapport

aux apparences -toujours elles mêmes très normatives – en déniaient le caché, le ressenti, l'imagination symbolique, le sens, la mémoire et l'histoire. Il est donc un déni de la complexité humaine et un triomphe de la rationalité instrumentale qui favorise un détournement de la science en affirmant sa légitimité de façon tautologique et sans opposition : c'est elle qui édicte ce qui est tenu pour vrai, pour « bonnes pratiques », autorisées par le système. Tout ce qui n'est pas ainsi validé devient suspect, le succès résidant dans l'unique finalité de la pensée dominante, les moyens devenant la raison des fins.

Une problématique identique se retrouve dès lors, ce qui ne nous surprendra guère, dans les modèles habituels de la santé. Si le modèle dominant de la santé négative¹ se suffit de l'épistémologie classique issue du réductionnisme, il reste, avons nous dit, limité et ne peut répondre à la complexité des facteurs humains qui interfèrent dans la santé. Les modèles de santé positive² et, plus encore, de santé globale³ reposent inversement sur une épistémologie de la complexité qui impose, dans notre approche au moins, de croiser valeurs normatives issues du modèle de santé négative, réalités écologiques, valeurs communautaires, approches conscientes et inconscientes des comportements, manifestations existentielles et prise en compte du sacré. Mais de façon plus précise, sitôt sortis du cadre objectif précis des normes de santé considérées dans leur rapport de contre face au pathologique, les recherches actuelles sur la santé et son éducation butent sur l'élément qui vient perturber le modèle issu de la bio-médecine et de *evidence based medicine*, à savoir le sujet lui-même, qu'il s'agisse de l'éduqué ou de l'éducateur, du soigné ou du soignant ou encore de la relation intersubjective qui se développe entre les acteurs. Ces difficultés, tout compte fait nombreuses, reposent en réalité sur une contradiction épistémologique rarement mise à jour et qui n'est pas sans intérêt. Comment en effet concilier une épistémologie positiviste (le bio-médical, construit sur le modèle de la santé négative qui réfute la subjectivité en construisant ses méthodes par évacuation, grâce au quantitatif, des « irrégularités » subjectives individuelles) et une épistémologie interactionniste (tenant compte du sujet singulier, de son environnement écologique et social, de sa culture et de sa religion, de ses interactions ...). Comment introduire du singulier alors même que le refus de la subjectivité et de la singularité du modèle médical ne valorise que la quantification ? Serait-il possible de nous engager dans une nouvelle scientificité plus large qui ne valoriserait plus la seule objectivité technicienne mais qui redonnerait aussi à l'humain ce qui lui appartient et qui le constitue, à savoir la relation et le sens ? Si la santé nous paraît être à ce prix, il faut pouvoir inventer une nouvelle épistémologie, ce qui suppose d'un changement paradigmatique de la pensée qui reconnaisse l'importance du sujet et de ses interactions tout en se refusant à toute formalisation abusive afin de pouvoir accueillir, dans ses fondements mêmes, le part de chaos dans l'ordre ou celle de mystère dans le connu. Cette raison, de type contradictoire (J-J Wunenburger, 1990) et non point analytique et binaire, ne reposant plus sur la causalité mais sur les finalités, reste au service de l'être humain au lieu de l'abolir comme personne au prix d'une vérité, certes toujours rationnelle, mais univoque et vide de sens se révélant, à l'usage, souvent dangereuse.

Ce questionnement, tant dialectique que paradigmatique s'est traduit pour nous de longue date dans l'impératif de devoir ouvrir le mode de pensée classique. La transdisciplinarité, que nous évoquerons tout d'abord, a permis un tel cheminement. Nous reprendrons ensuite quelques unes de ses applications dans le champ plus particulier de la santé pour insister ensuite sur les relations qui se tissent entre formel et informel, modes de savoir et modes d'être dans la compréhension de « l'homme global » étayant le concept de « santé globale ».

¹ Qui repose sur les valeurs normatives se référant à la maladie.

² Construits sur des valeurs de bien-être.

³ Qu'il conviendrait, ce que nous allons tenter, de mieux définir.

1) LA TRANSDISCIPLINARITE

La transdisciplinarité, entre savoirs disciplinaires et indiscipline du sujet

La transdisciplinarité, comme possible émergence d'un changement paradigmatique, engage à l'impératif d'un cheminement à double face, cette bipartition ne pouvant jamais totalement se distinguer. Elle s'apparente en effet d'une part, ce qui correspond à sa définition classique, à une épistémologie qui pointerait l'importance nouvelle des frontières disciplinaires, des zones floues, non accessibles aux clôtures classiques qui définissent les objets disciplinaires (c'est la part de ce qui se trouve « entre » ou « au-travers » dans la définition étymologique du terme « *trans* »). Mais elle impose d'autre part la construction d'une nouvelle épistémologie du sujet (car c'est bien lui qui s'exprime « au-delà » des savoirs disciplinaires) et qui participe toujours, d'une manière ou de l'autre, à l'observation par son interaction, plus ou moins forte, avec l'objet. L'ensemble postule d'une nouvelle ingénierie de la formation ; ingénierie car il s'agit bien, au sein des recherches disciplinaires, des organisations, de construire des ponts, des passages entre les frontières en considérant que la créativité, les changements se font le plus souvent aux marges organisationnelles (problématique des frontières, du découpage et du décloisonnement du savoir) ; formation car cette approche présuppose d'un cheminement, d'un processus, d'une traversée qui se construit, quelles que soient les disciplines ou les organisations, tout au long de la vie des personnes en devenant un art de l'enfantement (une maïeutique) tendant à la réunification d'un sujet toujours situé entre formel et informel, de différents objets et des contextes environnementaux, cette intégration présentant obligatoirement des contradictions en matière de champs disciplinaires, de logiques, d'épistémologies. Cette approche, chaque fois singulière, devient formatrice dans la mesure où elle autorise l'émergence des formes propres archétypales inscrites dans l'inconscient (problématique de la formation du sujet, P. Paul, 2003-a). On ne peut dès lors plus tendre vers la réalité qu'en l'observant, sous le plus grand nombre de points de vues possibles. Mais le décloisonnement des savoirs et des postures ouvre aux paradoxes et aux données contradictoires, donc, finalement, à la complexité ce qui impose la création de nouvelles approches plus aptes à les traiter. Une première réponse nous est déjà offerte : la complexité des objets s'enracine dans les approches systémiques (J.-L. Le Moigne, 1994 ; P. Paul, 2005-a). Mais il s'agit aussi de penser que les acteurs et les praticiens sont source de savoir, et pas seulement les disciplines ou les modèles. Cette nouvelle impulsion demande de construire les relations entre objectivité et subjectivité plutôt que d'affirmer l'une au détriment de l'autre (P. Paul, 2005-b). Ce constat s'inspire, au moins en partie dans l'histoire des sciences, des phénomènes quantiques pour lesquels les physiciens n'ont fait que découvrir un monde qui ne prend une forme déterminée que si on l'observe. Si l'existence de propriété ne ressort plus de l'objet lui-même mais de l'ensemble composé de l'objet, de l'appareil de mesure et de l'interprétation de l'observateur on peut donc dire que c'est la mesure qui crée la propriété et qu'il n'y a pas de réalité indépendante du type d'observation. La condition d'une réalité indépendante doit en effet être mise en doute. Il s'agit tout d'abord, mais la critique n'est pas récente dans l'histoire des sciences, de remettre en question la fiabilité de nos perceptions « objectives ». Le bâton tordu en pénétrant l'eau, le goût du tabac dans la bouche, agréable pour l'un, agressif pour l'autre ne réfèrent ni aux propriétés du bâton ni à celles du tabac. Décrire un objet c'est donc dire l'impression que nous en avons lorsque nous interagissons avec lui. Cette posture n'est pas récente : dès le 18^{ème} siècle, Berkeley et Kant reconnaissent que la réalité est dépendante de notre perception. Descartes lui-même au préalable, face aux mêmes constats, fait appel à Dieu pour garantir la correspondance entre ce que l'on observe et ce qui est. Derrière les informations, la réalité n'explique plus les phénomènes (T. Lepeltier, 2001). C'est l'explication que l'on donne aux

phénomènes, à leur interprétation qui laisse apparaître des réalités et qui leur donne sens : la réalité devient phénoménale, lieu de projection et d'interaction du sujet sur l'objet⁴.

Toute explication qui référerait à nos modes de perception est ainsi faussée. La relation entre propriétés extrinsèques d'un objet et propriétés intrinsèques du sujet n'étant pas établie, la bonne utilisation d'un concept ne dépend que du cadre ou du niveau de réalité dans lequel on l'emploie (H. Putnam, 1984). On ne peut attribuer une propriété à une chose indépendamment de la façon dont on l'observe et du cadre conceptuel que l'on utilise, c'est à dire du niveau de réalité sur lequel elle se situe (B. Nicolescu, 1996). D'où l'importance à encourager une nouvelle science, plus large et plus interactive, plus phénoménologique et herméneutique qui, en décrivant la réalité, ferait comprendre que l'on se décrit soi-même et qui deviendrait une science de l'auto connaissance engageant chacun dans un trajet tant historique que cognitif. Le réalisme scientifique, qu'il ne convient pas ici de rejeter mais qui décrit une réalité indépendante de l'observation scientifique, ne devient plus qu'un cas particulier associé à l'interaction, la plus faible possible, entre objet et sujet. Mais dans le registre des sciences humaines, sociales et médicales l'anti-réalisme redevient dominant.

Savoirs disciplinaires cloisonnés	Déclouisonnement du savoir
Réalité indépendante de l'observateur : hypothèse objective	Anti-réalisme, les propriétés des objets est dépendante de l'observation : hypothèse subjective et auto-formative
Indépendance de l'objet (réalité objective)	Interdépendance sujet-objet (réalité phénoménale), interactions/rétroactions
Réductionnisme scientifique, clôture des champs disciplinaires	Non-réductionnisme, complexité
Causalisme, déterminisme	Contradictions, paradoxes
Temporalité linéaire, passé-futur	Temporalité rétro-anticipatrice (auto-organisation)
Raisonnement par tiers exclu, rationalité discursive	Raisonnement dialectique et dialogique de type tiers inclus, rationalité herméneutique et intuitive
Logique d'élucidation	Logique d'accompagnement
Clôture disciplinaires (divergences, différences)	Interfaces (entre, au travers et au-delà des disciplines), réalité ouverte, convergence
Le sujet, point aveugle de la connaissance scientifique	Le réel, point aveugle de la connaissance transdisciplinaire
Recherche de signes/signifiants	Articulation entre sensation, signification et sens/interprétation
Délier	Relier
Recherche de la preuve	Recherche de témoignage
Certitude/ordre conflictuel	Incertitude/désordre non-conflictuel
Epistémologie de la réflexion	Epistémologie de l'action
Méthodes quantitatives (qui assurent un tamponnage statistique des variations individuelles de mesure) tendant vers l'universalité	Méthodes qualitatives (qui pointent l'unicité de chaque cheminement) mais dont caractère devient possiblement heuristique par la détermination de lois générales
Tension vers l'universel par effacement du singulier (quantitatif)	Valorise le rapport singulier-universel (qualitatif)
DISCIPLINARITE	INDISCIPLINARITE/TRANSDISCIPLINARITE

⁴ cette appréhension, au passage, fonde la validité de la méthodologie des histoires de vie

A la certitude des cadres limités par le réductionnisme doit s'adjoindre l'incertitude du fait total humain, la non-maîtrise des anticipations confrontées à la réalité du terrain et à nos projections. L'ensemble, du registre du sujet, insuffle du désordre dans l'ordre supposé de la réalité et postule de l'impuissance de toute discipline à témoigner du tout : tout acte réellement créatif est transgressif c'est-à-dire indiscipliné et transdisciplinaire.

La transdisciplinarité, en impliquant le sujet dans les disciplines de la recherche, postule d'une interaction forte entre objet et sujet. En particulier dans les sciences humaines et médicales, cette interdépendance affirme tout à la fois la non indépendance du chercheur (il s'agit d'adhérer à une épistémologie, à une méthodologie, des concepts, une recherche d'indicateurs, de proposer une interprétation qui ressorte de "l'appareil de mesure" qu'est l'observateur lui-même) et l'intérêt d'un parcours cognitif (si le chercheur se situe bien dans, entre, au-delà des disciplines, le résultat du cheminement proposé par sa recherche se situe lui-même au croisement du mouvement de transformation cognitive du chercheur et de son impact avec son environnement humain et naturel).

Approche épistémologique

Le réel est voilé, pour reprendre l'expression d'un physicien célèbre (B. d'Espagnat, 1984). Toute recherche suppose donc de pouvoir définir une posture d'observation, d'une façon de lire et de structurer le réel afin de réduire, de hiérarchiser, de simplifier la lecture des phénomènes (paradigme) en la renvoyant à la détermination, sous-tendue par des lois spécifiques, de « niveaux de réalité ». Se construisent dès lors des normes, des standards, des méthodologies tendant à stabiliser les pratiques sur des « lieux » particuliers de l'être. Inversement, standardiser sans accepter la pluralité, comme le proposent aujourd'hui les systèmes scientifiques dominants, c'est refuser la richesse issue de la différence en prenant pour réel la seule interprétation de lectures que l'on fait des événements au travers d'un modèle - parmi d'autres - se référant au monisme matérialiste. Le réductionnisme scientifique fonde, certes, son observation sur l'indépendance de l'objet face au sujet, conduisant à l'objectivité, la reproductibilité... Mais cette approche, que l'on peut considérer comme fondée dans tout un ensemble de situations, n'est pas satisfaisante en certaines autres, en particulier dans les sciences humaines où, hormis quelques cas particuliers, on ne peut être qu'avec les autres et avec le monde (l'être est toujours un "être avec" pour Ricœur, un "être au monde" pour Heidegger par exemple).

Les certitudes de la science construisent le savoir du côté de l'objet. Inversement, par la composition même de l'humain entre conscient et inconscient, les incertitudes se posent du côté du sujet. Le modèle scientifique, en excluant le sujet, renforce, certes, les certitudes objectives en opposant sujet/objet, vrai/faux, rationnel/irrationnel. Il délimite des disciplines comme autant d'objets dont la clôture même définit des champs. Mais au-delà des disciplines, et quel que puisse être leur intérêt, se situe toujours un sujet soumis au doute, subissant ses représentations, s'ignorant pour une bonne part lui-même. Que faire du sujet ? Faut-il l'éliminer, comme le suggère la science ? Ou est-il, bon gré, mal gré, participant de l'observation et de l'action ?

La transdisciplinarité, en ce dernier domaine, a pour vocation de saisir l'articulation entre objet et sujet, discipline et indiscipline, certitudes et incertitudes en affirmant les paradoxes et la complexité du champ général de la recherche en sciences humaines et médicales.

En parallèle, le fait que chaque individu, à un certain niveau (celui de l'identité), soit unique pourrait indiquer qu'il n'y a aucune généralisation possible. Nous diriger vers l'être, l'ontologie, supposerait alors, si l'on veut tenir compte du sujet, d'un parcours toujours singulier consistant à rassembler notre hétérogénéité, notre pluralité dans le temps, afin de tendre vers la production particulière de ce que nous sommes en termes de potentialités.

Cheminer vers soi-même, tout en ressortant du singulier, peut-il cependant prétendre à généralisation par voie heuristique ? Nous répondons par l'affirmative à la question. La découverte des faits singuliers peut en effet se catégoriser par modélisation, possiblement valable pour autrui par le fait même de notre appartenance commune à une identité humaine collective. Les cartes, nous le savons, bien que représentatives, ne sont ni assimilables au territoire ni au parcours singulier effectué. S'il est, métaphoriquement, des cartes routières, marines, de réseaux ferroviaires, de sentiers pédestres, d'état major... il s'agit de savoir avec laquelle nous voyageons, vers où elle peut nous conduire, quelle est sa spécificité, quelles sont ses limites. Et comme chaque vécu repose implicitement sur plusieurs cartes, autant dire que le chemin que nous empruntons se compose de fragments pluriels en ré-interprétation périodique selon les objectifs et qui interfèrent toujours les uns avec les autres. Le problème est que ces réorganisations peuvent apparaître contradictoires. On peut ainsi être scientifique convaincu et chrétien de foi par exemple. On peut aussi avoir envie de faire un régime alimentaire et se sentir incapable de le maintenir durablement, on peut ne pas chercher le risque et cependant y être entraîné. Il importe donc de disposer de méthodologies nouvelles aptes à favoriser le dialogue entre approches contradictoires. Ces méthodologies doivent s'appuyer sur la complexité de façon à "tisser ensemble" des points de vues différents, les récits de vie, en particulier, laissant transparaître les organisations temporelles manifestant l'ontogenèse. Le temps renvoie en effet ici aux récits ces derniers articulant, en tant que recherche de cohérence, les points de vues contradictoires dans une perspective rétro-anticipatrice⁵. L'anamnèse, l'histoire de la maladie, portent sur le sujet malade qui cherche une issue, en tant que soin ou/et sens à sa maladie. La santé (ou l'éducation à la santé) s'applique à la personne saine en tant qu'acte de vie ou de prévention. La méthodologie des histoires de vie peut donc s'appliquer dans l'un et l'autre cas, l'enjeu étant de permettre aux individus de construire du sens (auto-connaissance) et de l'action (autonomie)⁶.

La transdisciplinarité, qui réunit les états disparates de la recherche théorique et du terrain (approches expérimentales, artistiques, informelles, prise en compte de la subjectivité, de l'inconscient...), devient une méthode de transaction aux frontières créatrice de ponts, de passerelles, d'interfaces entre réalités différentes de même que la narration, si l'on en croit Ricœur, accorde les temporalités différentes qui s'entrechoquent⁷. La transdisciplinarité associée aux récits de vie devient en cela méthode d'appropriation de son propre pouvoir de formation, la manifestation des formes autant que leur dilution faisant remonter, dans le devenir, un anté - sujet qui se révèle au fur et à mesure de son projet de vie et/ou de recherche.

La formation transdisciplinaire devient ainsi une mise en forme autant qu'une mise en sens c'est-à-dire une herméneutique sur plusieurs niveaux de réalité articulant les aptitudes de synthèse ou de regards croisés disciplinaires avec notre aptitude auto-créatrice en tant qu'anthropoformation⁸.

⁵ Dans ces boucles rétroactives temporelles la finalité, inscrite dans le germe initial, suppose une inscription selon une perspective téléologique dans laquelle les événements passés se reconstruisent en fonction du futur pressenti.

⁶ (P. Paul, 2003-c).

⁷ Voir par exemple Ricœur (1983) et le temps conscient de l'histoire de formation et le temps inconscient des récits de rêves afin d'articuler repères diurnes et nocturnes (P. Paul, 2003-a).

⁸ L'anthropo-formation qui réunit l'écoformation (la façon dont l'environnement nous forme), l'hétéro formation (insistant sur l'importance de l'altérité), l'auto formation (il n'y a pas de formation sans prise en compte des singularités) et l'ontoformation (l'anté-sujet), pointe la complexité et les conflits que rencontre le processus, nécessairement pluri, inter et transdisciplinaire. Il y a des sources de savoir rendues accessibles par les clôtures disciplinaires, par leurs relations, mais certaines se situent au-delà des disciplines dans l'action, l'expérience, l'art, la religion, le sacré...

La transdisciplinarité s'affirme donc comme l'approche épistémologique et méthodologique du processus d'anthropoformation, c'est-à-dire de transformation de la personne au fur et à mesure de son devenir temporel⁹, les disciplines devenant les moyens et non les buts. Et du côté non plus du sujet mais des disciplines, la transdisciplinarité répond à leur clôture par l'ouverture des disciplines à la réalité complexe du sujet.

Trois (B. Nicolescu, 1996) ou quatre piliers (P. Paul, 2003) de la transdisciplinarité ont été décrits, la transdisciplinarité n'étant pas à considérer comme une méta discipline apte à unifier la science mais comme un processus de remembrement, de mise en relation qui s'oppose aux divers éclatements, hétérogénéités, de la personne humaine en construisant des ponts et en donnant du sens. La connaissance du Tout, nous dit avec insistance, après Pascal, E. Morin, ne peut se ramener à la connaissance des parties. Le Tout est plus que la somme des parties parce que l'organisation du Tout produit des qualités et des propriétés qui n'existent pas lorsque l'on considère les parties prises isolément. Inversement, si l'on peut bien tendre vers ce processus d'unification, nous n'y parvenons jamais totalement. Le réel reste à jamais ouvert et voilé même si la complexité (quelque chose qui est « plié avec plusieurs fois », « tissé ensemble » et que « l'on ne peut jamais expliquer dans sa totalité ») recèle en ses germes la simplicité (« plié une fois »).

Les enjeux portés par la transdisciplinarité réfèrent non seulement à la complexité mais également au paradoxe¹⁰. Aristote associe *paradoxos* à *adoxos* "qui ne correspond pas à l'opinion commune", cette définition évoquant Platon qui dans La République, avec l'allégorie de la Caverne, suggère l'importance de se libérer de l'enfermement propre aux apparences. Si la réalité se trouve ailleurs que dans la Caverne, la question est de savoir comment en sortir. Dans sa « Philosophie de non », G. Bachelard nous invite à son tour à repousser le savoir dominant pour le rectifier. Le paradoxe¹¹, en ce domaine, consiste à mettre en présence des arguments contradictoires de façon à reconstruire un édifice plus stable permettant de faire progresser la connaissance scientifique. En particulier le paradoxe, comme concept pouvant se rapprocher d'une rupture d'ordre logique et épistémologique, se retrouve lorsque existent des discontinuités théoriques affectant des champs scientifiques constitués. Ces ruptures épistémologiques, au sens bachelardien, viennent déstabiliser l'ontologie de la connaissance commune en ouvrant la science sur d'autres possibles. Le paradoxe désigne donc à la fois ces contradictions et les raisonnements que chacun tente de mettre en avant pour les résoudre. Pour P.Engel (1997, p 196-197), trois attitudes sont requises quand on les rencontre : on peut chercher à les dissoudre, à les résoudre ou à les absoudre. La stratégie de dissolution consiste à dire que ce qui se présente comme paradoxe n'en est pas un parce qu'il n'y a pas de réelle contradiction logique dans l'énoncé. La stratégie de résolution consiste à trouver une solution en montrant que ce qui se présente, de prime abord, comme contradiction n'en est pas une si l'on respecte une certaine distinction ou si l'on introduit de nouveaux concepts (la logique du tiers inclus par exemple). La stratégie de l'absolution est plus complexe dans la mesure où ce type de paradoxe apparaît insoluble. Elle consiste alors à reconnaître un point aveugle pour la pensée qui appelle un diagnostic, pas une solution. Le paradoxe constate donc la difficulté, l'opposition, la contradiction, l'incertitude, qui, au bout du compte, se résoudra le plus souvent en faisant émerger du sens ou qui s'absoudra en un point obscur introduisant l'inconnu, l'insu, l'incertitude dans les certitudes et dans les opinions. Il manifesterà, en tout cas, des réalités

⁹Eco – hétéro – auto – ontoformation construisent autant de niveaux de réalité que de filtres pour regarder le monde et pour s'identifier, se reconnaître soi-même.

¹⁰ L'adjectif grec *paradoxos*, substantivé en *paradoxon*, se compose en deux parties, "para", qui signifie contre, contrairement à, et "doxos", dérivé de "doxa", l'opinion.

¹¹ Quelques exemples de paradoxes : de l'unité/diversité (Morin). Du tout dans la partie et de la partie dans le tout (Pascal). Du lien social : être à la fois seul et relié avec les autres. Du cheminement de la vie : ne pas savoir où l'on va (si l'on excepte la mort) et y aller quand même. De l'auto qui se forme avec et contre l'hétéro (Barel).

nouvelles entre ou au-delà de savoirs habituellement rencontrés en introduisant de nouvelles modalités résolutives. "Le secret de la maîtrise du paradoxe" est simple à exprimer, il consiste à substituer à une situation paradoxale une stratégie paradoxale (Y. Barel, 1979, p 301).

Au niveau méthodologique, la problématique paradoxale renvoie le plus souvent à une logique de type tiers inclus tandis que la complexité construit les différents niveaux de réalité selon une interaction entre ordre, désordre et incertitude¹².

2) LA SANTE¹³

Comment tout d'abord définir la santé ?

La santé, en devenant un objet socialement élaboré, s'affirme être un « analyseur » qui nous interroge sur le notion de normes et de normalité. Elle devient un « langage social » questionnant le bien-fondé des mesures prises en son nom.

Trois modèles, associés à trois approches différentes de la santé, se juxtaposent habituellement aujourd'hui : celui de la santé positive, en référence au bien-être qu'il importe de préserver, celui de la santé négative, pour lequel la référence est la maladie qu'il convient d'éviter, celui enfin de la santé globale qui fait le constat de la complexité des déterminants biologiques, psychologiques, socioculturels, voire spirituels interférant dans la santé ou dans la maladie.

Tout d'abord la recherche d'une bonne santé est synonyme de recherche de bien-être (N. Leselbaum, 1998). Cette définition de la santé positive peut apparaître conjoncturelle, en correspondance avec une société valorisant individualisme et consommation. Elle correspond, pour D. Fassin (2001), à la version sanitaire de la recherche du bonheur dont nous savons l'importance culturelle dans nos sociétés modernes. Le bien-être, comme définition de la santé, n'est pourtant pas le critère absolu : fumer, boire, manger, avoir des relations sexuelles épanouissantes, travailler, avoir des loisirs peuvent s'analyser comme indicateurs du plaisir et du bonheur. Les mêmes actes, nous le savons, détruisent tout autant devenant donc indifféremment facteurs de résilience ou de pathogénie. Ces catégories ne présentent donc aucune frontière stable entre elles d'autant que nous ne sommes pas tous égaux face aux mêmes risques (F. Saldmann, 1997).

La santé, en second lieu, consiste inversement à combattre le mal, actuel ou potentiel et, sous forme de prévention, à valoriser l'absence de maladie. Ce modèle de la santé négative, très lié au paradigme scientifique biomédical, est suffisamment dominant dans notre culture pour ne pas avoir à l'approfondir. Mais affirmer un telle référence au mal, pour évidente qu'elle soit, suppose une bonne appréhension des questions de santé et de maladie ce qui n'est pas si simple dans la pratique, la complexité croissante du monde qui nous entoure nous rappelant chaque instant les limites de cette approche construite sur le modèle du réductionnisme scientifique.

Enfin, dans le cadre du modèle de la santé globale, la santé se décline en trois catégories (R. Massé, 1995) : physique, subjective et sociale, à laquelle il nous paraît important d'adjoindre une catégorie spirituelle¹⁴.

Dans la mesure où il existe aujourd'hui une grande difficulté à définir la santé, ses indicateurs opérant sur mode complexe, paradoxal, dialectique, s'impose l'ouverture

¹² Pour plus d'informations, P. Paul, 2003.

¹³ Cette partie est, pour l'essentiel, publiée (P. Paul, 2005-c)

¹⁴ Nous serons amené à définir cette catégorie, que nous distinguons partiellement des catégories subjective et sociale, dans les pages qui suivent.

à des approches non réductionnistes dont veut témoigner le concept de santé globale. Le praticien se trouve ici face à la situation paradoxale de devoir accepter les discours officiels qui se construisent selon des normes objectives que l'on doit respecter tout en acceptant de reconnaître l'importance des valeurs intériorisées portées par les groupes ou les personnes et de leur pouvoir d'action en rupture, le plus souvent, avec les normes que proposent le modèle médical. Ces contradictions ne touchent pas seulement le monde médical : de façon générale le modèle dominant impose des normes, des démarches qualité, des économies mais contradictoirement s'affirme de plus en plus un droit de l'utilisateur, du patient opposant deux approches objective et subjective, réductrice et interactionniste qu'il n'est pas aisé de rapprocher¹⁵.

L'ensemble de ces constats insiste sur l'importance à pouvoir disposer d'une épistémologie et d'une méthodologie des croisements, de la complexité et des paradoxes ce dont la transdisciplinarité témoigne (P. Paul, 2003-a ; 2004). Ces données imposent un approfondissement épistémologique et un changement paradigmatique si l'on souhaite à la fois hiérarchiser et articuler les interventions dans le cadre d'une approche plurielle de la santé. Cet approfondissement pose, en parallèle, la question de l'ontologie que nous engagerons, à la suite de Buber (1995) par exemple, sur plusieurs niveaux impliquant la notion de parcours, de stations cognitives et de transformation du regard que l'on porte sur soi et sur le monde au fur et à mesure des diverses phases du processus de santé globale.

Si la santé se définit dans son rapport au bien-être ou à la maladie s'instaure naturellement une dialectique du bien et du mal. S'il en est ainsi, c'est en raison de la structure même de l'être humain comme unité vivante tant corporelle que spirituelle. Celle-ci, comme organisation biologique complexe et déterminée mais reposant sur des lois d'inclination universelle, laisse en effet transparaître un sujet psychique de complexion singulière, potentiellement autonome mais orienté vers l'indétermination. La santé suggère alors la libre capacité donnée au sujet biologique de tendre vers sa satisfaction psychologique, cette réalisation du désir imposant une réflexion et une tempérance entre les deux versants afin de rendre compatibles le désir de soi avec toutes les nécessités et conditions de la vie humaine biologique.

Ce que chacun poursuit n'est donc pas tant la santé que la joie ou que la santé en vue de la plénitude vitale comme signification de soi. Ce questionnement est à la base des difficultés rencontrées dans le soin : à quoi cela sert-il de se soigner, de se restreindre, s'il n'est aucune plénitude à la vie ? Si la santé était un but, l'individu serait réduit au statut d'objet et de mécanique. Mais l'humain n'étant ni une chose ni un but, la santé, au-delà de la maladie ou de son absence, devient alors la puissance d'organisation de sa vie de la façon la plus optimale possible pour atteindre aux désirs et projets souhaités.

Si la santé se conçoit comme ressource et non comme but, il ne s'agit plus, alors, d'imposer des valeurs mais de donner les moyens de faire des choix ou, comme dans l'allégorie de la Caverne de Platon, d'aider à cheminer en brisant la chaîne des croyances pour connaître et agir, en correspondance et à la mesure des lieux que la conscience habite tout en laissant à chacun la responsabilité de son propre parcours. Comme impératifs du cheminement, le processus postule le respect de la mise en tension dialectique permanente et contradictoire entre ombre et lumière, conscient et inconscient, pulsions et refoulement, lâcher-prise et contrôle, réussites et erreurs, intégration et transgression.

¹⁵ C'est particulièrement le cas dans les approches liées à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique dans lesquelles la plupart des auteurs mélangent sans distinction ces deux approches épistémologiques contradictoires.

L'accident comme impératif ?

L'introduction de la complexité, des paradoxes, des contradictions dans la champ de la santé vient donc briser le dogme des certitudes. Si l'on ne peut tout contrôler, la notion de risque vient introduire l'incertitude, toute action devenant un pari que l'on prend, avec le plus de garanties rationnelles possibles, mais sans jamais pouvoir en mesurer toutes les conséquences. Entre l'expérience de soi dans laquelle, bien souvent, l'inconscient vient surprendre, et l'élaboration consciente, réfléchie et socialisée des conduites se situe donc un pli et bien souvent une opposition aux enjeux essentiels faisant de l'accident une nécessité en donnant un prix à la douleur qu'il s'agit de reconnaître (C. Fleury, 2002) et qui s'affirme à la fois comme modalité de connaissance de soi et comme critique de la raison, de la science et des comportements.

La souffrance, douleur, la maladie, qui ressortent de l'accident, postulent en effet d'un redressement de soi générateur d'auto connaissance. Ne pas accepter le prix de l'accident, de l'erreur, de la mort renvoie à créer une fausse mesure. La qualité du vrai affirme, inversement, la qualification du risque comme opportunité de croissance et de force en donnant un sens positif à l'épreuve, ce que d'aucuns définissent comme facteur de résilience. Ainsi, à la phénoménologie existentielle se surajoute une dimension plus herméneutique tendant à la révélation d'un autre ordre de vérité, plus caché et inconscient, qui s'entrouvre grâce à une brisure dans nos constructions mentales rendue possible par l'imprévu. Le « *pretium doloris* » précise et mesure alors, dans la santé comme dans la maladie et en tant que modalité de connaissance de soi, le risque que l'on est prêt à prendre consciemment ou inconsciemment pour se connaître. C'est grâce à la figure dionysiaque du démembrement, de la perte et de l'épreuve puis de la mortification et enfin de la métamorphose que la douleur propose une transformation de soi génératrice d'un nouveau mode apparitionnel : celui qui connaît le monde et qui se connaît est celui qui connaît le lien entre l'ombre et la lumière, l'apparent et le caché (C. Jambet, 2003), l'apparence et l'apparition (P. Paul, 2003-a), le biologique et le spirituel.

Ces propos, d'évidence, ne sont pas à entendre comme ressortant d'une apologie de la souffrance ou de la maladie, que nous réfutons bien évidemment, mais d'une posture sanitaire liée à une herméneutique du pathos, le déni des épreuves transformatrices fixant l'inhibition en dépression ou en réaction, l'absence du désir orienté vers l'être poussant à toutes les inflations et substitutions comme tentatives désespérées de survie dans un monde désenchanté (D. Le Breton, 2003), enfin la force des représentations référant aux attitudes normatives étant génératrice de peurs, de refoulements, d'agressivité, de dépression sociale ou personnelle, d'amoindrissement des puissances de vie.

Le refus de la transgression, de la souffrance, de l'erreur, de l'illusion, de l'épreuve, en valorisant les normes sécurisantes et médiatiques édictées par une civilisation ne respectant d'ailleurs pas les valeurs fondamentales de la vie, fixe l'individualisme dans une façon de vivre que l'on souhaite sans risques mais qui devient très vite sans transformations possibles. Il maintient, par souci de protection, la disparition du sens et du lien de l'homme avec lui-même, avec les autres et avec ses divers environnements constitutifs par les meilleures raisons qui soient. Accepter l'accident, oser l'aventure permettent donc, malgré le risque et au prix de l'errance, l'accès au seuil d'une connaissance supérieure grâce à un supplément d'âme éveillé par l'épreuve vécue et intégrée. Le *pretium doloris*, comme démarche cognitive, ressort bien de l'ordre de l'affranchissement et de la liberté. Il rend possible le franchissement des barrières posées par nos limitations, personnelles ou collectives. Cette démarche, qui signe notre aptitude à l'auto guérison, à l'auto connaissance et à l'autonomie, révèle une

herméneutique de soi signifiant la polyphonie des niveaux ontologiques. Sa méconnaissance tend à stériliser toute action durable dans le champ de la santé.

La santé, entre normalité et authenticité

S'il n'est pas trop discutable, dans notre approche, d'impliquer le sujet dans l'action engagée, cette participation postule nécessairement, nous l'avons constaté, d'une liberté de choix liée au dépassement de toute volonté normative. A l'inverse, au regard non plus du sujet mais de l'objet analysé, caractéristique du modèle bio-médical, la notion de normalité et de pathologie se situe, par le prétexte de l'universalité des lois biologiques et pour l'essentiel, hors de toute liberté humaine. La fonction du soin en effet s'efforce de traiter un état pathologique réel ou potentiel pour restaurer un état normal. Mais le fait que cette restauration, si l'on suit Canguilhem (1966), ne permette jamais de retrouver à l'identique l'état préalable à la maladie affirme bien la non objectivité inhérente à l'acte thérapeutique et la relativité du concept de santé basé sur les normes issues de la maladie.

Si la santé renvoie au « *pathos* », qu'il s'agisse de la subjectivité de la souffrance ou des manifestations objectives de la maladie, c'est dans cet entre-deux, comme horizon de lutte, que réside toute intervention préventive ou thérapeutique. Le problème, alors, se situe dans l'interaction entre différents niveaux de perturbations, objectifs et subjectifs, apparents et cachés, affirmant l'importance d'une hiérarchisation des symptômes et des interventions qui se réfère à des critères chaque fois différents et qu'il convient de définir au cas par cas en fonction des différents niveaux de la réalité humaine.

Dire que la santé est absence de maladie c'est affirmer que la référence centrale est la maladie, considérée comme objet principal. D'ailleurs, dans notre monde moderne, les activités dites de santé concernent la maladie. C'est donc la maladie qui est normative, non la santé, dans la mesure où c'est bien elle qui, comme le disait Canguilhem toujours, génère de nouvelles normes de vie afin de ne pas retomber malade. La santé négative se construit autour de la connaissance objective et de ses implications.

Mais la santé est aussi préalable, antérieure à toute pathologie comme l'affirment ses versions positive et, plus encore, globalisante. Elle ne peut donc pleinement s'identifier à une absence de maladie. La santé, indépendamment de la maladie, est alors non plus un état mais un dynamisme vital auto-régulé par lequel le vivant fait face à ce qui le déséquilibre en se réorganisant.

Réunir les deux faces de la santé, l'une s'inscrivant comme écoute de la « parole » des organes après leur maladie et imposant de respecter des normes, l'autre comme « silence » de ces mêmes organes aussi longtemps que tout va bien, se conçoit donc comme processus dialectique à double entrée, l'une orientée vers l'altération (par présence excessive et pathologique à soi), l'autre vers l'oubli (par effacement naturel de soi). Le rapport entre affirmation et oubli, parole et mutisme, équivalant de mal-être et de bien-être, indiquerait alors la façon dont nous nous portons et comportons. La vie, sous sa double face de *pathos* et de silence, éveille ainsi à la présence de l'être qui se révèle dans le double miroir de son verbe (*logos*) et de son mystère (*muthos*¹⁶), de sa maladie et de sa santé, de ses préhensions formelles et de son insaisissabilité d'essence.

Mais la relation santé-maladie s'appréhende aussi selon d'autres tensions dialectiques, par exemple celle d'un processus d'évaluation entre une nécessaire

¹⁶ L'étymologie de « mystère » (par le grec « *muen* » : évoque l'idée d'avoir la bouche et les yeux fermés, comme le latin « *mutus* » (muet). Nous rattachons à cette attitude d'intériorité le mythe, « *muthos* » en grec, renvoyant certes à la « parole » (*muthein* : « parler »), mais qui réfère, selon nous, à une parole légendaire, à un récit lié aux grands archétypes de l'âme, manifestant l'inconscient et rendu conscient, précisément par le récit dès lors que le narrateur/auteur a effectué le chemin pour le rendre intelligible.

déstabilisation existentielle poussant au dépassement des limites personnelles et l'aspiration à une recherche des profondeurs tendant vers l'équilibre et la stabilité. Il ne s'agit plus, dans la problématique du stable et de l'instable, de conserver sa santé mais plutôt d'inscrire santé et maladie dans un processus large d'éveil des valeurs inscrites dans l'être consistant à réaliser sa nature, son essence. Prendre soin de sa santé devient alors maintenir, avec le plus de cohérence possible, son propre déploiement, du début à la fin, en espérant pouvoir réaliser, sans jamais totalement y parvenir, le mystère de sa propre origine. Dans cette optique qui valorise « l'auto », le soi-même, prendre soin de soi revient à vivre le plus authentiquement possible (B. Honoré, 1999), et nourrir sa santé devient former et se former à l'authenticité. Par authenticité nous entendons ce qui constitue l'intériorité de la personne propre, débarrassée de toute dissipation au dehors, intimement associée à l'être vital et à la singularité, cette nutrition de la vie se situant en un point d'équilibre libre des contradictions, toute dualité devenant ici piège pour l'authenticité. La santé, qui d'une certaine façon englobe tous les états d'harmonie et de réponse à la pathologie, ressort alors d'un rapport à l'authenticité¹⁷ ou à l'inauthenticité : une personne est en bonne santé dans le bien-être, la maladie ou la mort lorsqu'elle est authentique dans sa relation avec elle-même, avec les autres et avec le monde qui l'entoure. Elle est inversement malade, même dans l'état de santé apparent le plus manifeste, lorsque ces mêmes rapports constitutifs de l'être s'inversent et sont inauthentiques. Précisons aussi, en ce domaine, que dans notre approche le concept de soi procède d'un effacement de toute propension à une quelconque valorisation de l'ego et ressort d'une interaction non duelle entre universel et singulier, le même et l'autre.

Ainsi, deux approches pourraient au bout du compte s'appréhender. La première, qu'il s'agisse de santé positive ou de santé négative viserait à entretenir sa vie, à la maintenir le plus durablement possible dans les meilleures conditions qui soient (modèle positif) ou à retrouver la santé, éviter la maladie (modèle négatif) en respectant au mieux notre nature par les mesures normalisatrices ou harmonieuses qui favoriseraient l'équilibre biologique sur le plan existentiel. La seconde, à visée herméneutique et de portée plus large, consisterait à poser la question supplémentaire d'une recherche de sens propre à sa vie, d'un capital vital non plus à entretenir mais à découvrir et qui supposerait de chercher à appréhender notre réalité humaine en visant à l'unification du corps et de l'esprit, ce que nous considérons comme ressortant du soi et de l'authenticité. Cette dernière approche, seule, implique de mieux préciser le concept d'homme global, qui présuppose de quelque chose de plus que les seules articulations classiques de l'anthropologie médicale lorsqu'elle évoque les niveaux biologiques, psychologiques et sociaux. Car il est une dimension sacrée qui, certes, participe du social par le culturel mais qui le dépasse par l'accès à des informations transculturelles ne s'expérimentant ni par la seule perception empirique (son essence étant suprasensible) ni par la seule rationalité classique (sa rationalité, propre à l'imagination symbolique, ressort de la non dualité, P. Paul, 2003-a).

Cette réalité non duelle s'expérimente, pour J-J Wunenburger (1981, p. 11 et 80), selon deux lignes de force, celle d'une force d'attraction (*Mysterium fascinans*) et celle d'une force de répulsion (*Mysterium tremendum*). La recherche d'authenticité, équivalente de celle du sacré, relève ainsi de couples d'attraction et de répulsion, de plaisir et de souffrance tendant, selon les cas soit vers l'excitation dionysiaque, sujette aux transgressions de façon à briser les limites sclérosantes, soit vers la gravité normative, construite sur les interdits et les mesures autogérées. Dans tous les cas, et au-delà du partage classiquement opéré entre santé positive et santé négative, le concept élargi de santé globale réunit donc l'ensemble des oppositions en permettant, en parallèle, aux formes symboliques rencontrées de devenir

¹⁷ En provenance du grec « *autos* » : « soi-même ».

hiérophaniques (par un trajet herméneutique, mythique et transhistorique) et existentielles (par un trajet biologique et historique).

3) ENTRE FORMEL ET INFORMEL, UNE PHENOMENOLOGIE DES MODES D'ETRE DANS LES MODES DE COMPRENDRE ?

L'interaction entre modèles de la santé reposant sur des lois différentes, biologiques, psychologiques, socioculturelles et sacrées offre une illustration saisissante du concept de « niveaux de réalité » propre à la transdisciplinarité de même que se découvre, par cet intermédiaire et sous le concept d'homme global, un modèle anthropologique qui intègre et renouvelle les relations entre formel et informel, apparent et caché, ordre et désordre.

L'être humain est classiquement physique, psychique, social. Ces trois réalités, d'ordre existentiel, révèlent une autre réalité, d'ordre essentiel, sacré, spirituel qui s'exprime tout autant par le biologique (le corps temple, la sexualité sacrée...), le psychologique (le symbolique...) que le social (le religieux, l'initiatique...). Les trois domaines habituels de l'existence pointent donc conjointement le profane et le sacré, la similitude et l'altérité. Notre relation aux autres et au monde devient le miroir de notre relation à nous-mêmes. Se distinguent ainsi l'altérité vraie, qui renvoie à la réalité, en soi, de l'autre, l'altérité comme semblable, recherchant dans les divers environnements qu'elle traverse son propre intérêt et sa propre image. Cette image à son tour, comme relation virtuelle de l'ego à l'Alter Ego, si l'on suit H. Corbin, offre un miroir plus ou moins déformé, à rectifier, permettant la prise de conscience progressive de *l'Imago Dei*. Cette dernière pourrait se concevoir comme ce que nous sommes en vérité dans une « trans » - réalité, comme un au-delà de nous mêmes en tant qu'êtres existentiels. Il y a donc à la fois et paradoxalement rupture et continuité dans les rapports entre profane et sacré (entre « niveaux de réalité »), ce dont la médecine doit tenir compte si elle veut espérer une meilleure compréhension des pathologies et des comportements face à la maladie ou encore une meilleure appréciation des facteurs de santé.

Les médecines traditionnelles par exemple réfèrent, le plus souvent très explicitement, à l'enracinement des puissances de la vie corporelle dans une réalité invisible et supra existentielle qu'il importe de maîtriser si l'on souhaite vivre durablement (ce qui est le cas dans les pratiques de longue vie) ou se soigner. Cette réalité, de l'ordre du sacré¹⁸, constitue la dimension première de l'existence, dans le sens de puissances archaïques issues d'un niveau primordial, inconscient et situé au-delà de la manifestation physique¹⁹. Cette reconnaissance est aujourd'hui l'objet de critiques, de réfutations et bien souvent de négations dans la culture moderne, uniquement focalisée sur les réalités physiques construites par le monisme matérialiste. Il s'agit inversement, dans les approches traditionnelles de la santé, de rétablir les relations entre visible et invisible²⁰, le profane, l'impur s'articulant et se reliant toujours au sacré, au pur. Il importe donc, dans cette optique, de mieux appréhender comment la perception des choses concrètes et visibles, ce que l'on maîtrise en matière de sensibilité et de conscience, renvoie à la découverte d'une autre réalité, plus cachée et inconsciente, qui peut cependant se signifier²¹ et qui interfère toujours, d'une manière ou d'une autre, avec la santé ou la maladie.

¹⁸ ou du placebo si l'on veut, mais avancer ce mot ne change rien à l'affaire si l'on n'est pas capable d'expliquer son action (P. Paul, 2003-b)

¹⁹ C'est le cas, par exemple, dans la médecine chinoise traditionnelle avec le concept de « Ciel antérieur » par rapport au « Ciel postérieur », ce dernier seul référant à la vie existentielle tandis que le premier ressort du céleste, du monde des divinités, précédant à notre naissance et y succédant lors de notre mort biologique.

²⁰ Les concepts de « nei » (le caché, l'ésotérique) et de « wai » (l'apparent, l'exotérique) dans la médecine chinoise.

²¹ Comme l'état T suggère le jaillissement d'un méta niveau par semi potentialisation des contradictoires.

Le psychisme pour sa part évolue dans un espace délimité par la réalité physique mais ses compétences abstraites débouchent, par l'imaginaire, sur le symbolique. En son intérieur coexistent des affects le plus souvent contradictoires, organisés à partir du pôle du plaisir et du déplaisir et qui construisent le sens intime donné aux événements, nécessairement différent d'une personne à une autre dans la mesure où chacune des situations traversées est strictement personnelle. Si le vécu et le sens sont différents pour chacun, cela ne pourra être élucidé qu'à la condition d'en parler. Le récit, sa configuration et sa reconfiguration permettent seuls en effet, si l'on en croit Ricœur, l'exégèse et l'herméneutique. Ce cheminement vers soi, du registre de la construction identitaire participe aussi du sacré, toute théogonie²² étant d'une certaine façon « psychogonie ».

Les discours culturels et les représentations sociales, les contes et les légendes, les mythes officiels et officieux parlent à notre imaginaire et nous permettent de nous ouvrir à une dimension autre de nous-mêmes, de nous laisser pénétrer du « Tout Autre ». Ils peuvent certes, par excès de « terre », tendre vers l'illusion²³ ou, par excès de « ciel », générer des fantasmes faisant prendre des désirs pour des réalités. Mais ces impasses n'invalident pas l'effectivité de l'imagination vraie comme « organe de perception » (H. Corbin), nourrie par l'inconscient collectif si l'on en croit Jung, en tout cas apte à appréhender d'autres réalités.

Ne pas tenir compte de l'ensemble de ces dimensions dans les pratiques de santé renvoie toujours, d'une façon ou d'une autre, à l'échec. Ainsi le modèle de santé négative, reposant sur les normes biologiques, s'enracine bien dans la réalité physique. Mais il ne tient pas compte des réactions psychiques, toujours personnelles, qui interfèrent avec les comportements et qui viennent mettre en échec les logiques rationnelles. Il en est de même des représentations sociales, si on les ignore. Le modèle de la santé positive tient certes compte des composantes individuelles. Mais, valorisant le rapport au bonheur, sa mise en avant rend difficile l'acceptation des contraintes liées aux normes du modèle précédent. Enfin, le fait de ne pas tenir compte de la part sacrée en l'homme l'ampute pour une bonne part de ses puissances de guérison et de transformation les plus essentielles. Cette phénoménologie de l'invisible, de l'inconscient, du désordre, de l'accident, intimement reliée à la santé, considérée comme cheminement tendant vers l'authenticité, manifeste nous l'avons avancé les puissances de guérison propres à l'effet placebo dont nous savons tous l'excellence thérapeutique. Elle se rapporte à un sentiment subtil, à l'impression de dépendre d'une volonté indépendante de la volonté personnelle de la personne consciente et qui ne se laisse pas appréhender comme une chose visible (J-J Wunenburger, 1981, p 11). Cette réalité d'essence non duelle réfère, nous l'avons abordé, à deux forces « numineuses », d'attraction et de répulsion. L'approche du numineux s'évoque par la présence d'une énergie (*orgè* en grec), de quelque chose de « Tout Autre »²⁴ mais qui, dans tous les cas, nous arrache à nous mêmes et nous trouble²⁵ en nous illuminant ou en nous brisant, en tout cas en nous transformant et en nous guérissant. Entre la crainte marquée de gravité, de respect régulier des normes et l'extase conduisant à s'unir à ce que l'on ne contrôle pas, les puissances de santé, par leur rapport au sacré, réunissent à la catégorie rationnelle les catégories intuitive, émotionnelle, sensorielle et transgressive afin de nous renvoyer à un au-delà de nous-mêmes, origine de toute existence. La santé, comme sa contre face la maladie, devient ainsi le lieu de méditation de l'insaisissable, elle porte le mystère même de la vie²⁶ dont elle ne peut se

²² La naissance, ou l'origine des « dieux » est aussi à la naissance et à l'origine de ce qui nous permet de les penser, autrement dit le psychisme.

²³ (Ne plus voir les réalités intérieures mais nos projections et interprétations existentielles, liées à l'ignorance et à la peur).

²⁴ L'ogre de nos contes dans sa face répulsive, l'ange, la fée par exemple comme force attractive.

²⁵ Mais qui doit se distinguer d'expériences psychiques d'hyperexcitabilité aveugle ou de troubles délirants.

²⁶ La vie, en sa définition, étant tout autant expression de la sexualité que du sacré.

distinguer. La sexualité, rendant manifeste la vie, fait donc le pont entre transcendance et immanence. La phénoménologie de la vie en ses différents niveaux, tant existentiels qu'imaginaires, éclaire les conditions d'une structure métaphysique relevant d'une véritable rupture ontologique. Sa double origine, céleste et terrestre, maintient l'homme dans une tension vitale fixant la conscience ontologique entre limitations constitutives de l'être dans le monde et accomplissement libérateur eschatologique (G. Gusdorf, 1953, p. 42). Mais la relation à la puissance invisible que représente la santé ne s'explique pas par la seule perception empirique (du corps) ou par la seule rationalité explicative (portée par le psychosocial). Sa perception, à laquelle participe le supra sensible, se rencontre avant tout grâce à l'imagination symbolique. Si les deux univers du céleste et du terrestre sont bien séparés, sans quoi il n'y aurait qu'une seule et même réalité comme c'est le cas dans le monisme matérialiste, l'approche transdisciplinaire postule d'un état rendant possible leur conjonction, comme A et non A se conjoignent en un état T d'intégration paradoxale des contraires (S. Lupasco, 1987). Cette médiation suppose d'un lieu particulier à l'intérieur de l'homme, initialement potentiel mais demandant à s'actualiser, où peuvent se « spiritualiser le corps et se corporaliser l'esprit », pour reprendre une phrase chère à H. Corbin (1980, p. 120). Ce lieu, pour se rendre intelligible, reconnaissable et donc conscient, impose le développement, avons nous avancé, d'un organe imaginaire de perception²⁷. La santé, comme manifestation la plus authentique de soi, s'identifie alors à la rencontre entre expérience sensorielle, émotion et intellectualité qui s'orientent dans la direction d'une puissance invisible à laquelle on espère se joindre²⁸ et qui pourrait se révéler par cet intermédiaire. Si la maladie, dans l'anthropologie médicale, se décline selon ses dimensions biologique (*disease*), subjective (*illness*) et sociale (*sickness*), nous pouvons donc affirmer qu'elle est aussi l'ombre du développement spirituel, ce qui porte à quatre ses catégorisations.

L'homme, en formation tout au long de sa vie de santé ou de ses expériences de maladie, tend, malgré ses contradictions ou peut-être grâce à elles, vers sa plénitude. Ce sentiment intime correspond à une tentative, jamais atteinte, d'unification supposant d'un processus de perfectionnement de l'être, en devenir. Entre temps biologique (génétique) ou temps psychosocial (collectif) d'une part et a-temporalité propre à la transcendance de l'autre, le temps personnel, vécu au présent, devient la mesure du parcours et du mouvement, c'est à dire du changement et de la trans-formation de l'être qui advient. Deux lieux au moins, existentiel et sacré, sont indispensables nous l'avons souligné pour appréhender cette élaboration dans sa plénitude. L'un ressort de l'univers extérieur, l'autre appartient à l'univers intérieur à la condition de retrouver le chemin du voir et de la vie qui se cachent sous l'apparence phénoménale des choses²⁹. La quête identitaire du sujet, considéré dans sa globalité, serait alors ce qui apparaîtrait à l'horizon de la recherche d'une unité perdue qui rejoindrait, en les intégrant contradictoirement, deux aspects, terrestre et céleste, apparent et caché, duel et non-duel de la personne. Deux statuts, ontologiques autant qu'épistémologiques, président donc à l'humain selon qu'on le situe en tant qu'objet de connaissance ou en tant que sujet marchant et vivant. Connaître paradoxalement l'Un, par interaction et intégration de cette double nature, suppose la trans-création d'un « inter-monde imaginal » comme lieu de conjonction de la terre et du ciel, de l'existentiel et du sacré. Ce chemin est « retour à l'origine de soi », initiation.

La traversée créatrice et imaginative vers une autre rive de soi, répondant à l'état de semi-actualisation du sacré et de semi-potentialisation de l'existentiel, comme « état

²⁷ qu'un grand nombre de références anthropologiques situent du côté de l'imagination active explicitant ainsi l'importance, dans la plupart des pratiques traditionnelles de guérison, des rêves et visualisations.

²⁸ Cela pourrait d'ailleurs correspondre à l'étymologie du mot « placebo ».

²⁹ Ce lieu correspond au concept de « monde imaginal » (*mundus imaginatus*) chez H. Corbin.

T », s'effectue par la mise en synchronie de deux processus à la fois distincts et contradictoires. L'un réside dans la traversée des niveaux de réalité considérés comme ruptures et obstacles qui résistent et qui s'opposent (option duelle et existentielle de la « psychogonie »³⁰). L'autre impose d'expérimenter la posture inhérente aux ponts qui réunissent entre eux les niveaux de réalité différents (option non-duelle, essentielle et vitale de la théogonie personnelle³¹). Cette dernière opération ressort d'une épistémologie de l'effacement formel et de la transparence tant vitale que subjective et non d'une épistémologie de la réduction déterministe et de la résistance cognitive de l'objet. L'ensemble du processus, formel et informel, biologique et spirituel, universel et singulier, séparant/reliant l'objet et le sujet, permet de faire retour à l'origine une de soi. Ce cheminement précise, au fur et à mesure, les différentes étapes de la quête identitaire aptes à manifester le principe d'individuation situé à l'entrecroisement entre individualité et universalité, « terrestréité » et spiritualité.

Mais à partir du moment où plusieurs déterminismes, associés à chacun des niveaux de réalité, agissent simultanément, l'imprévisibilité devient la règle. Les confrontations entre déterminismes personnels, sociaux, familiaux et vacuité d'essence de l'individu créent un jeu, un espace de liberté apte aux changements vitaux. Ce phénomène, d'ordre chaotique, en générant des points de bifurcation, obéit cependant à des capacités internes, cachées d'auto organisation qui se révèlent par tension en dirigeant vers la réalisation de sa propre nature. Les états non-équilibrés, « activés », caractéristique de nos existences, aspirent ainsi à une cohérence, un état final inscrit en germes dans l'état initial et les différents états intermédiaires.

Les problèmes de la relation de l'être et de la forme, les transformations successives liées à cette interaction supposent ainsi de s'introduire dans le paradoxe de l'articulation contradictoire entre principe formel, moule de l'apparence, configurant transitoirement la contingence comme traces, et réalité informelle, sacrée de l'être dont l'insaisissabilité d'essence transcende nécessairement toute forme. Il est donc un jeu, tant dialectique que contradictoire, entre formel et informel et un incessant passage entre l'un et l'autre impliquant les concepts d'information et de transformation. L'informel dans ce contexte, comme abstraction réfutant les représentations classables et reconnaissables, devient le niveau de réalité sans doute le plus apte à favoriser une expérimentation par implication, certes voilée, mais « simple » du sujet dans sa dimension sacrée.

Dans le cadre particulier de la phénoménologie imaginaire, qu'il importe de valoriser dans le champ de la santé car cette dimension est la grande absente des pratiques, la forme renvoie plus particulièrement à l'expérimentation, à la narration et à l'interprétation du vécu personnel. Elle interroge sur ce que l'on peut identifier, sur ce que l'on veut conserver car considéré comme signifiant et qui constitue la structure ou le récit, figuré par les images. Les signifiants offerts, en reconfigurant le récit lui donnent sens. Ils deviennent ainsi autant icônes visibles qu'opérateurs de l'absence (M-J. Mondzain, 2003). Les images donnent en effet à reconnaître dans ce que l'on dit, dans ce que l'on voit et dans ce que l'on interprète ce qui constitue ou ce qui destitue la pensée et, plus encore, ce qui signifie l'être ou sa parodie. Dans l'expérience formelle le récit, comme image, par la vision de « l'autre » offre à se découvrir soi-même. Mais la similitude n'est ni dans le récit ni dans la vision mais à leur horizon qui suggère ce qui n'est pas montré. L'informel, comme paysage et perspective secrète de la

³⁰ Métaphoriquement, ce « récit de la création du psychisme » suppose, comme l'indique l'alchimie en tant qu'art hiératique, un retour à l'origine de soi imposant la traversée des différentes « couches » (généalogies) qui composent la phylogénèse du cerveau.

³¹ Voir sur ce sujet la question de la révélation des « noms » dans la quête identitaire (P. Paul, 2003-a, 2^{ème} partie, chapitres 8-3 et 8-4).

similitude, donne à la dissemblance ses lettres de noblesse en renvoyant à autre chose qu'elle-même. Le réel insaisissable et à jamais voilé devient de la sorte signifié autant qu'orienté.

Si la forme correspond au principe d'organisation interne des apparences, l'informel fait écho à cette matrice invisible par son dépassement ce qui, en quelque domaine que ce soit, pose à la fois d'un côté la question du respect des normes ou des valeurs (biologiques, psychologiques, sociétales, identitaires ...) et de l'autre leur nécessaire transgression, inhérente à leur impératif continu de compréhension, d'interprétation et de surpassement. Si l'enjeu de cette contradiction ressort d'un questionnement éthique, cette dialectique interroge en parallèle le récit, l'image, le rêve, le symbole. Ceux-ci deviennent les signes possibles d'une réalité cachée témoignant d'une dimension informelle dont la réalité nous échappe et qui touche à quelque chose de plus ontologique que le savoir car situés du côté du sujet et non plus du côté de l'objet. L'exploration de la forme, le contenu des rêves présupposent ainsi d'une part invisible de nature différente, agissante et agente, dont la présence même dynamise la tension favorisant - sans jamais l'atteindre - la recomposition de l'Unité.

En guise de conclusion il convient d'insister, sous le concept de « santé globale », sur les rapports entre santé, authenticité et formation du sujet. L'ensemble affirme une dimension plus large et plus profonde de l'humain que celle du savoir classique fondé sur un monisme matérialiste contraire à toute approche dialectique et à toute connaissance profonde, donc cachée, de l'être. Si l'on accepte cette nouvelle approche, le statut de la forme (biologique, psychologique, sociologique...) se trouve confronté, dans ses marges, à l'imprévu, à l'informel, au chaos, identiquement à la façon dont le canon littéraire confucéen, vecteur de l'ordre social, rencontre le statut de l'extraordinaire (d'inspiration plus taoïste) inversant inopinément le « controuvé » en merveilleux (F. Jullien, 2004). Seul ce type de processus, par construction dialectique, donne stabilité à l'acquis (par recherche de « con-formité »), comme le caractère « extraordinaire » de sa déstabilisation donne leur mort aux formes en dynamisant leur capacité d'essor et leur aptitude de mutation.

La question de la santé, comme celle du sujet, rencontre donc au total quatre obstacles révélateurs : celui de la « *corporalisation* » (le biologique), celui de la « psychologisation », celui de la socialisation, celui, enfin, de la « *subjectivation* » (le sacré identitaire). La quête sanitaire supposerait ainsi d'avoir à traverser des zones différentes de prise de conscience (de résistance), renvoyant à autant de niveaux à la fois ontologiques, logiques que phénoménologiques. La question des différents « lieux » de soi, sur différents niveaux de réalité, devient alors inséparable de la problématique complexe et paradoxale de la construction identitaire, de l'ontologie et de la santé. Elle affirme la complexité de l'homme pluriel, de son éclatement, de son possible remembrement en insistant sur le processus anthropologique de formation qui s'y associe.

Rendre la personne actrice de sa santé, de sa vie demande donc de prendre soin des quatre niveaux de réalité physique, psychologique, social et spirituel qui composent et définissent l'homme global afin de relier ces niveaux, habituellement disjoints entre eux, la non reconnaissance, les ruptures autant que les confusions de niveaux devenant source d'ignorance et d'erreurs, donc de pathologie même dans l'état de santé le plus apparent.

Cette acceptation ne peut cependant se suffire de concepts ou de spéculations : passer de l'information à la formation par la transformation suppose de faire, pour soi-même également, comme soignant ou éducateur, le chemin. L'accompagnement à la transformation suggère donc le développement de compétences particulières pour le professionnel qui ressortent de l'expérientiel et d'un travail sur soi plus encore que de théorisations. Il conviendrait en ce sens de pouvoir mettre plus en avant dans les formations ce constat grâce au développement de méthodologies de recherche-formation à inventer mais qui

s'appuieraient, d'une manière ou de l'autre, sur les récits de vie et de formation des acteurs de la santé.

BIBLIOGRAPHIE :

- Bachelard, G., 1940, 4^{ème} éd. 1994, *La philosophie du non*, PUF, coll. Quadriges
- Barel, Y., 1979, 2^{ème} édition 1989, *Le paradoxe et le système*, Ed. P.U. de Grenoble
- Buber, M., 1995, *Le chemin de l'homme*, Ed. du Rocher
- Canguilhem, G., 1966, *Le normal et le pathologique*, PUF
- Corbin, H., 1980, *Temple et contemplation*, Essais sur l'Islam iranien, Ed. Flammarion
- Cornu, M., février 2005, L'existant est plus que la vie, www.contrepointphilosophique.ch Rubrique philosophie
- D'Espagnat, B., 1984, *Le réel voilé, analyse des concepts quantiques*, Ed. Fayard
- Engel, P., 1997, *La dispute, Une introduction à la philosophie analytique*, Les éditions de Minuit
- Fassin, D., 2001, *La globalisation de la santé – Eléments pour une analyse anthropologique*, Ed. Karthala
- Fleury, C., 2002, *Pretium doloris, l'accident comme souci de soi*, Ed. Pauvert, département de la Librairie Arthème Fayard
- Foucault, M., 1966, *Les mots et les choses, une archéologie des sciences humaines*, NRF-Gallimard
- Gusdorf, G., 1953, *Mythe et métaphysique*, Ed. Flammarion
- Honoré, B., 1999, *Être et santé-Approche ontologique du soin*, Ed. l'Harmattan
- Jambet, C., 2003, *Le caché et l'apparent*, Ed. de l'Herne, coll. Mythes et religions
- Jullien, F., 2004, *La Chaîne et la trame*, PUF
- Le Breton, D., 1995, *Anthropologie de la douleur*, Ed. Métailié
- Le Breton, D., 1999, *L'adieu au corps*, Ed. Métailié
- Le Breton, D., Risquer sa vie pour en retrouver le goût, dans *Le Quotidien du médecin*, N° 7345, mardi 3 juin 2003, p16
- Le Moigne, J-L., 1974, réed. 1994, *La théorie du système général, théorie de la modélisation*, P.U.F.
- Lepeltier, T., Les physiciens et l'énigme de la réalité, dans revue *Sciences Humaines* N° 118, juillet 2001, pp 16-20
- Leselbaum, N., 1998, « Autour des mots « éducation sanitaire », « promotion », « prévention », « éducation à la santé » », dans *Education à la santé, recherche et formation pour les professions d'éducation*, N° 28, Ed. INRP, pp 131-138
- Lupasco, S., 1951, réed. 1987, *Le principe d'antagonisme et la logique de l'énergie*, Ed. du Rocher
- Massé, R., 2001, « La santé publique comme projet politique et individuel », dans *Systèmes et politiques de santé – De la santé publique à l'anthropologie*, Ed. Karthala, pp 61-64
- Mondzain, M-J., 2003, *Le commerce des regards*, Ed. du Seuil
- Morin, E., 1994, « Regards transdisciplinaires sur l'interdisciplinarité », dans *Rencontres transdisciplinaires N° 2*, Ed. du Ciret, juin 1994
- Morin, E., 1998, « la pensée complexe », dans *Rencontres transdisciplinaires N° 12*, Ed. du Ciret, février 1998
- Nicolescu, B., 1996, *La transdisciplinarité, manifeste* Ed. du Rocher
- Paul, P., 2003-a, *Formation du sujet et transdisciplinarité, histoire de vie professionnelle et imaginaire*, Ed. l'Harmattan
- Paul, P., 2003-b, « Effet placebo et efficacité symbolique », dans *Le sacré aujourd'hui*, sous la dir. de B. Nicolescu, Ed. du Rocher, pp 202-214
- Paul, P., 2003-c, « Histoires de vie et transdisciplinarité dans la médecine et dans l'éducation à la santé », dans *Chemins de Formation* N° 6, *Les écritures de soi*, Ed. du Petit Véhicule, Nantes, pp 168-180
- Paul, P., 2 février 2004, *Education à la santé et à l'environnement : apport croisé des médecines chinoise et occidentale*, Note de synthèse sur travaux pour l'Habilitation à Diriger des Recherches, Laboratoire des Sciences de l'éducation, Université de Rennes II
- Paul, P., 2005-a, « Vers la transdisciplinarité », dans *Transdisciplinarité et formation*, coord. P. Paul et G. Pineau, Ed. L'Harmattan, pp 69-83
- Paul, P., 2005-b, « Sujet, autoformation, anthropoformation et niveaux de réalité », dans *Transdisciplinarité et formation*, coord. P. Paul et G. Pineau, Ed. L'Harmattan, pp 175-202
- Paul, P., 2005-c, « La dimension éthique dans l'éducation à la santé », dans *Education du Patient et Enjeux de Santé*, Vol. 23 N° 2, pp. 38-45
- Pineau, G., 1991, « Formation expérientielle et théorie tripolaire de la formation », dans *La formation expérientielle des adultes*, coord. Courtois, B., et Pineau, G., Paris, La Documentation française, pp 29-40
- Platon, 1964, *Le Banquet*, trad. E. Chambry, Ed. Garnier-Flammarion

Platon, 1966, *La République*, trad. R. Bacou, Ed. Garnier- Flammarion
Putnam, H., 1981, réed 1984, *Raison, vérité et histoire*, Ed. de Minuit
Ricœur, P., 1983, *Temps et récit I. L'intrigue et le récit historique*, Coll. Points-Essais N° 227
Ricœur, P., 2000, *La mémoire, l'histoire, l'oubli, l'ordre philosophique*, Ed. du Seuil
Saldmann, F., 1997, *Les nouveaux risques alimentaires*, Ed. J'ai lu N° 4504
Wunenburger, J-J, 1981, *Le sacré*, coll. Que sais-je , N° 1912, PUF
Wunenburger, J-J, 1990, *La raison contradictoire. Sciences et philosophie modernes : la pensée du complexe.*
Ed. Albin Michel