

Symposium 2010 de la Société Suisse de Philosophie

santé | justice | pouvoir



6, 7, 8 mai 2010 | Entrée libre
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV
Lausanne | Rue du Bugnon 46 | Métro M2 CHUV
Informations: www.sagw.ch/philosophie

Unil
UNIL | Université de Lausanne
Commission des sciences
humaines de la FBM



CHUV Centre hospitalier
universitaire vaudois

ESPACE2
RADIO SUISSE ROMANDE
LA VIE CÔTÉ CULTURE

Unil
UNIL | Université de Lausanne
Interface
sciences-société



Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften
Académie suisse des sciences humaines et sociales
Accademia svizzera di scienze morali e sociali
Accademia svizra da ciencias morales e sociais
Swiss Academy of Humanities and Social Sciences



Organisation

Comité scientifique:

Dr. Thémélis Diamantis, Président du comité scientifique

Christophe Calame, Président de la Société suisse de philosophie

Prof. Lazare Benaroyo, Directeur de l'Unité d'éthique du CHUV

Prof. Jacques Gasser, Président de la Commission des sciences humaines de la FBM

Prof. Jean-Bernard Daeppen, Directeur du Centre de traitement en alcoologie

Dr. Alain Kaufmann, Directeur de l'Interface Sciences-Société de l'UNIL

Dr. Hugues Poltier, MER, Section de philosophie de l'UNIL

Dr. Michel Vanni, Enseignant en philosophie

Corinne Noth, Adjointe à la direction médicale du CHUV

Philip Clark, vice-président du Groupe vaudois de philosophie

Gabriel Dorthe, vice-président du Groupe vaudois de philosophie

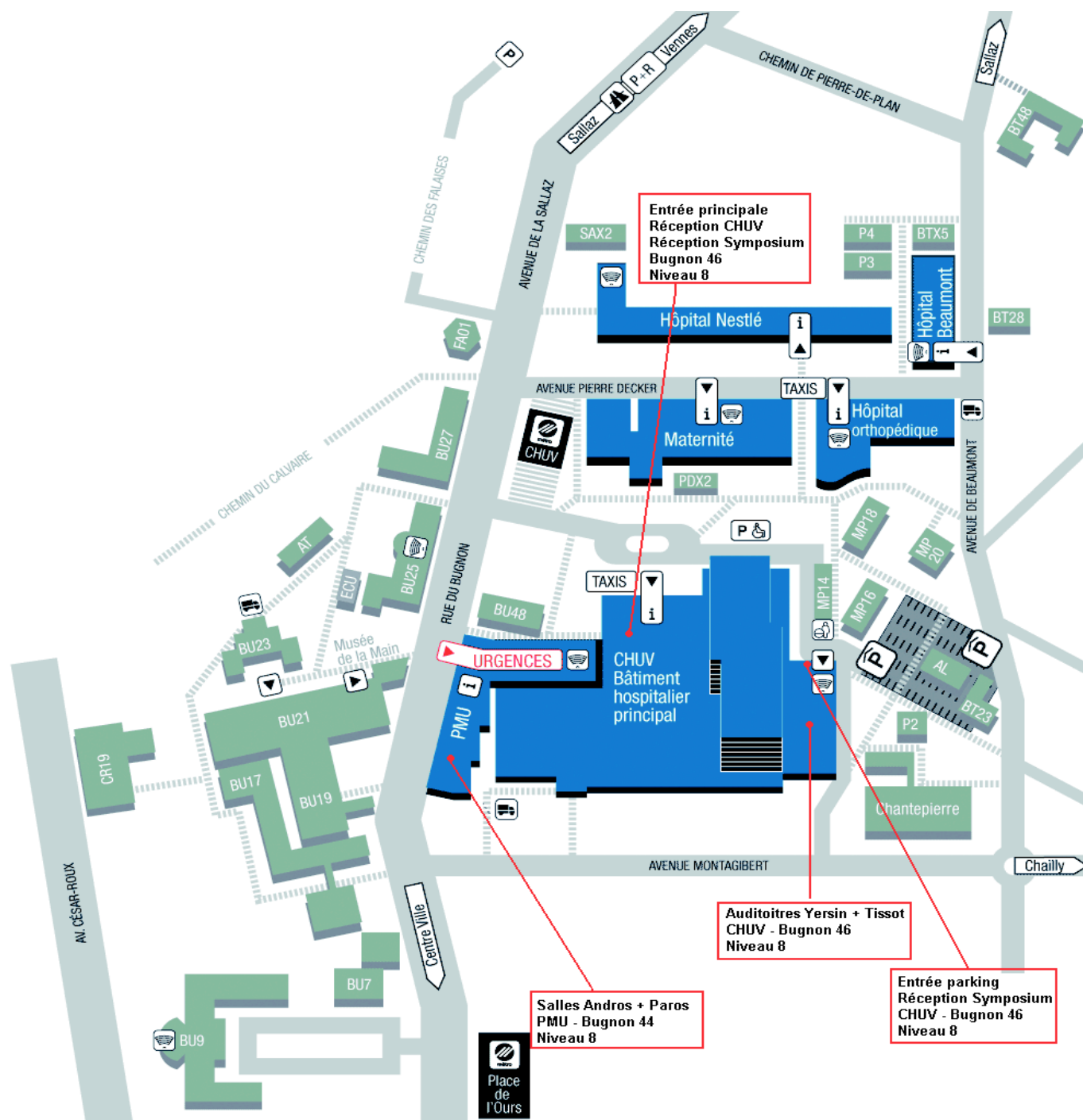
Le Symposium est organisé par le Groupe vaudois de la Société romande de philosophie, en collaboration avec:

Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

La Commission des sciences humaines de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne

L'Interface Sciences-Société de l'Université de Lausanne.

Plan



- Principaux bâtiments de soins
- Autres bâtiments
- Routes principales
- Liaisons piétonnières

- Accès principaux / handicapés
- Accueil / Information
- Auditoires
- Garderie

- Parking des hôpitaux
- Parking handicapés
- Livraisons
- M2: Station CHUV

Indications pratiques

Où me restaurer?

Cafétéria publique du CHUV

Bugnon 46 – Niveau 8

Vaste choix de sandwiches, salades et divers mets de petite restauration

Restaurant Les Falaises

A 5 minutes à pied du CHUV

Chemin des Falaises 1 – 1005 Lausanne

Vaste choix de pizzas et de spécialités italiennes

Restaurant Le MC's

A 5 minutes à pied du CHUV

Avenue de la Sallaz 6 – 1005 Lausanne

Ou encore: prendre le Métro M2 jusqu'à l'arrêt Riponne-Maurice Béjart ou Lausanne-Flon

Une ribambelle de restaurants, tea-room, etc. sont prêts à vous accueillir.

Internet

Un réseau wifi est disponible en libre accès dans le bâtiment principal du CHUV.

Personnes de contact

Olivia Chatelan, secrétaire du comité d'organisation: +41 79 556 84 10

Gabriel Dorthe, membre du comité d'organisation: +41 78 854 65 56

Corinne Noth, membre du comité d'organisation : +41 79 203 81 31

Liste des participants aux ateliers

Nom	Prénom	Institution	Mail
Barazzetti	Gaia	FTSR, Université de Lausanne	Gaia.Barazzetti@unil.ch
Barroux	Gilles	Collège International de Philosophie (Paris)	barroux.gilles@wanadoo.fr
Burnand	Alexandre	Equiterre (Genève)	burnand@equiterre.ch
Cereghetti	Antonella	r&associés avocats	acereghetti@r-associés.ch
Debons	Jérôme	Haute école cantonale vaudoise de la santé (Genève)	jdebons@hecvsante.ch
Diallo	Thierno	Equiterre (Genève)	diallo@equiterre.ch
Diezi	Jacques	Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne	Jacques.Diezi@unil.ch
Dorthe	Gabriel	IPTEH, FGSE, Université de Lausanne	Gabriel.Dorthe@unil.ch
Eden	Tania	Philosophischen Institut der Ruhr-Universität (Bochum)	taniaeden@hotmail.com
Ella	Steeve	Université de Paris-Est Marne-la-Vallée	s.ella@hotmail.fr
Fischer-Leresche	Marion		marion.fischer19@hotmail.com
Friedli	Serge	Université de Neuchâtel	s-s.friedli@net2000.ch
Giannopoulou	Archontoula	Ecole des hautes études en sciences sociales - EHESS (Paris)	archontoula.giannopoulou@gmail.com
Gintz	Claire-Ange	Laboratoire IRIST, Université de Strasbourg	clairegintz@yahoo.fr
Jaccard	Camille	Section de philosophie, Université de Lausanne	camille.jaccard@unil.ch
Janicki	Sébastien	Université Jean Moulin Lyon 3	sebastien.janicki@recherche.univ-lyon1.fr
Le Dref	Gaëlle	Laboratoire IRIST, Université de Strasbourg	ledrefgaelle@hotmail.fr
Loetscher	Catherine	Université de Neuchâtel	catherine.loetscher@net2000.ch
Martin	Hélène	Haute école de travail social et de la santé - EESP (Lausanne)	hmartin@eesp.ch
Marzocco	Valeria	Università di Napoli Federico II	valeria.marzocco@unina.it
Mauron	Véronique	Laboratoire Chôros, EPFL (Lausanne)	veronique.mauron@layaz.ch
Negri	Marina	Università degli Studi di Milano, sezione Ospedale Niguarda	marina.negri@ospedaleniguarda.it
Orvain	Jacques	Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (Rennes)	Jacques.Orvain@ehesp.fr
Routelous	Christelle	Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (Rennes)	Christelle.Routelous@ehesp.fr
Saraga	Michael	SPL/PMU, CHUV (Lausanne)	Michael.Saraga@chuv.ch
Trad	Ilham	FMH Médecine Interne	itrad@bluewin.ch
Weber	Jean-Christophe	Laboratoire IRIST, Université de Strasbourg	Jean-Christophe.Weber@chru-strasbourg.fr
Weber	Marc-André	Université de Neuchâtel	marc-andre.weber@unine.ch

Appel à communications

Les récents progrès des techniques – et surtout des représentations et des horizons portés par ces techniques – amènent à un déplacement considérable de ce que l'on croyait jusqu'ici appartenir aux limites de la condition humaine. Naissance et mort sont ainsi désormais livrées à des interventions qui modifient irrévocablement le poids de fatalité qu'elles avaient pu accumuler. La perspective d'une santé des corps poussée jusqu'à l'éternité n'est plus une simple chimère. Par ailleurs, l'identité même des sujets peut accomplir des transformations et des jeux d'accroissements qui repoussent toujours plus loin la clôture de l'humain. Enfin, l'ensemble de ces déplacements de limites implique une refonte des institutions censées en légiférer la gestion et la répartition: structures politiques et appareil juridique doivent accroître le cercle de leur champ d'application, pour tenter notamment de gérer les implications et les risques encourus par les populations. C'est l'ensemble des *pratiques* générées par ces déplacements que nous voulons interroger, à l'articulation de la santé, de la justice et des pouvoirs. Des pratiques face auxquelles il ne s'agit pas d'opposer de manière réactive une hypothétique essence humaine (qu'il ne faudrait à aucun prix transgresser), mais plutôt de maintenir la réflexion à la hauteur de l'enjeu qu'elles représentent.

Le Symposium se composera de trois ateliers thématiques parallèles, destinés à entrer dans la problématique selon des axes distincts, fortement articulés les uns aux autres. L'enjeu central sera constitué par les nouvelles possibilités données à l'humain de se produire lui-même – radicalement – dans son corps, dans ses institutions et dans ses lois.

Une demi-journée organisée en collaboration avec Commission des sciences humaines de la Faculté de biologie et de médecine sera consacrée à un dialogue entre cliniciens et philosophes à partir des pratiques de soin.

I. Etats des corps

La médecine connaît-elle des limites ? Celles-ci ne sont sans doute aujourd'hui que des frontières momentanées qui réactualisent la perspective cartésienne d'une mécanisation complète du corps humain, et donc d'une réparation indéfiniment poursuivie jusqu'à l'hypothèse même de l'immortalité. Le « génie » médical pourra-t-il encore présider à de nouvelles noces entre l'artifice et le vivant ? Le *surhumain* du « terrible 20^e siècle » va-t-il laisser place au *transhumain* du 21^e siècle ? Ces questions ne concernent d'ailleurs pas seulement l'humain, mais toutes les espèces, dans les multiples rapports qu'on peut leur imposer (comme en témoigne le récent épisode de la vache folle).

II. Logiques des pouvoirs

Les soins médicaux sont-ils une forme de pouvoir ? La mondialisation des risques et de leur gestion impose des nouvelles exigences aux structures institutionnelles et aux représentants des Etats. Comment faire face aux bouleversements climatiques, aux mouvements de populations, aux nouvelles pandémies, etc. ? Par ailleurs, la prise en charge de ces risques autant que celle des corps implique une redéfinition du rôle de l'Etat et de sa capacité d'intervention et d'anticipation. A quelles pressions de la part du politique les citoyens vont-ils accepter d'être soumis, au nom de leur santé et de leur sécurité ?

III. Justesse des lois

Quelle justice lorsque l'accès aux soins s'effectue de manière fortement différenciée selon les populations ? Le problème de l'accès aux soins se pose en effet sur deux plans : d'une part dans la confrontation aux risques, aux catastrophes, aux pandémies, etc., d'autre part au regard des nouvelles exigences de bien-être, rendues exprimables par les techniques de transformation – ou de re-création – des corps (chirurgie esthétique, procréation médicalement assistée, etc.) Il s'agit de traduire dans des lois ces nouveaux rapports et avancées. Quelle écoute et quel cadre juridique convient-il par exemple d'accorder à des demandes de maternité tardive, d'insémination avec le

sperme d'un donneur mort, de désir d'enfants chez les couples homosexuels ou de transformation drastique des corps par voie chirurgicale ?

La médecine a longtemps défini la santé par le fameux « silence des organes ». Et toute la biopolitique classique consistait à administrer ce silence comme un *bien* : si les populations ne mouraient pas et ne souffraient pas, l'État moderne — centré sur la gestion des biens, après celle des âmes — avait bien largement rempli son devoir. Or, par un lent et irréversible renversement, nos sociétés semblent manifester de nouvelles exigences, qui portent sur l'apparence autant que sur la performance, sur la vie personnelle autant qu'à l'organisation même de la collectivité. Après cette longue réserve, on veut maintenant faire « parler » — sinon *hurler* — les organes : dans le sport comme dans l'alimentation, dans la jouissance, comme dans les soins, dans la répartition des moyens et des ressources médicales, — et jusque dans les termes de la naissance et de la mort.

Le corps se remet à *parler* dans les rues des grandes cités en une grande parade carnavalesque. Il nous appartient aujourd'hui de sentir notre corps autant que nous sentir un corps : entraîné, customisé, tatoué, percé de toutes parts, et bientôt remodelé par les nouvelles conquêtes de la neurologie et de la génomique, le corps le plus « sain » sera peut-être un jour celui qui *parlera* le plus,— et qui concentrera toute sa vie, éternelle peut-être, dans sa substance même. C'est une telle expression des corps et de leur santé qu'il conviendra pour nous de penser, au carrefour de la réflexion philosophique et des disciplines directement engagées dans la pratique.

Call for papers

Der technische Fortschritt der letzten Jahre – aber im besonderen durch diese neuen Techniken getragene Vorstellungen und denkbaren Möglichkeiten – bewirkt eine wesentliche Verschiebung dessen, was man bisher als Grenzen des Menschseins betrachtet hat. In Zukunft sind in den Bereichen von Geburt und Tod Interventionen möglich, welche das Gewicht des Schicksals, das diese beiden Begriffe bis heute beinhaltet haben, bleibend verändern. Die Perspektive einer bis in die Ewigkeit dauernden Gesundheit des Körpers ist nicht mehr eine reine Chimäre. Die Identität selbst des menschlichen Subjekts kann Transformationen erfahren, welche die menschliche Begrenzung immer weiter ausdehnen. Eine solche Erweiterung bewirkt aber auch Veränderungen im Bereich derjenigen Institutionen, welche den Auftrag haben, eben diese Grenzen zu bestimmen und zu kontrollieren. Politische und juristische Instanzen müssen das Feld ihrer Anwendung neu bestimmen, um Auswirkungen und Risiken für die Bevölkerung unter Kontrolle zu halten.

Ziel dieses Symposiums wird es sein, an der Drehscheibe zwischen Gesundheit, Justiz und Macht, die Gesamtheit jener Praktiken zu befragen, welche durch diesen Verschiebungen bewirkt werden. Es kann sich nicht darum handeln, diesen Praktiken reaktiv eine hypothetische menschliche Essenz, welche nicht überschritten werden darf, gegenüber zustellen, sondern die Reflexion auf eine Ebene zu heben, die solcher Herausforderung entspricht.

Das Symposium wird aus drei parallel geführten Seminaren bestehen, die dazu bestimmt sind, die Thematik aus drei verschiedenen, untereinander verknüpften Blickwinkeln anzugehen. Die fundamentale Problemstellung ist dabei die gegebenen Möglichkeiten des Menschen sich selbst radikal in seinem Körper, seinen Institutionen und Gesetzen neu zu gestalten.

Ein halber Tag wird unter Mitarbeit mit der Geisteswissenschaftskommission an der Fakultät für Biologie und Medizin der Universität Lausanne veranstaltet. Es wird aus einer Diskussion über Heilspraktiken zwischen Kliniker und Philosophen bestehen.

I. Veränderung der Körper

Kennt Medizin überhaupt Grenzen? Diese sind heutzutage zweifelsohne in Bewegung, und zwar in Richtung der kartesischen Perspektive einer vollständigen Mechanisierung des menschlichen Körpers, und damit auch einer unendlich fortsetzbare Reparatur bis zur Hypothese der Unsterblichkeit. Wird die medizinische Technik zu einer weiteren Fusion von Artefakt und Lebewesen führen? Wird dem *Übermenschlichen* des "furchtbaren 20^{ten} Jahrhunderts" das *Transhumane* des 21^{ten} Jahrhunderts folgen? Diese Fragen betreffen im übrigen nicht nur den Menschen allein, sondern alle Lebewesen in den vielseitigen, vom Menschen aufgezwungen Beziehungen (man denke an das Beispiel des Rinderwahnsinn).

II. Logiken der Macht

Ist die medizinische Pflege eine Form von Macht? Die Globalisierung der Risiken und des Risikomanagements erzwingt neue Anforderungen an die institutionellen Strukturen und an Vertreter der Staaten. Wie sollen sie sich gegenüber klimatischen Veränderungen, Verschiebung von Bevölkerungen, neuen Pandemien, u.s.w. verhalten? Die Verantwortung für diese Risiken wie auch für die Körper selbst verlangt ein Umdefinieren der Rolle des Staates und seiner Möglichkeiten zu intervenieren und zu antizipieren. Welcher Maß an staatlichen Zwang werden die Bürger akzeptieren im Namen der Gesundheit und der Sicherheit?

III. Richtigkeit der Gesetze

Welche Justiz brauchen wir, wenn der Zugang zur Pflege je nach Bevölkerungsgruppe verschieden ist? Die Problematik des Zugangs zur medizinischen Pflege stellt sich auf zwei Ebenen: einerseits bei der Konfrontation mit den Risiken, Katastrophen, Pandemien, u.s.w., andererseits angesichts der

neuen Anforderungen an das Wohlbefinden, möglich geworden durch die Transformations- und Erzeugungstechniken (Schönheitschirurgie, künstliche Befruchtung, u.s.w.). Es geht darum, den Fortschritt und die daraus entstandenen neuen Verhältnisse in Gesetzen festzuhalten. Wieweit ist man bereit, solchen Anforderungen wie Mutterschaft im fortgeschrittenem Alter, Befruchtung mit dem Sperma eines toten Spenders, Wunsch nach einem Kind von homosexuellen Paaren oder drastische Transformation des Körpers durch Mitteln der Chirurgie nachzukommen, und welche gesetzlichen Bedingungen soll man ihnen auferlegen?

Die Medizin hat die Gesundheit lange durch das berühmte "Schweigen der Organe" definiert. Die klassische Biopolitik bestand darin, dieses Schweigen als etwas gutes zu behandeln: solange die Bevölkerung nicht stirbt und nicht leidet, hat der Staat, als Verwalter von Seelen und Gütern, seine Rolle erfüllt. Aber im Verlauf einer langen und irreversiblen Umkehrung scheint unsere Gesellschaft neue Anforderungen zu stellen, welche das Aussehen des Einzelnen ebenso wie seine Performanz, das persönliche Leben ebenso wie die Organisation der Gemeinschaft betreffen. Nach dieser langen Stille sollen die Organe nun plötzlich sprechen, um nicht zu sagen "brüllen": im Sport wie in der Ernährung, in der Lust wie der Pflege, in der Verteilung der medizinischen Mittel und Ressourcen, bis zu Geburt und Tod.

Der Körper *spricht* wieder. Wie im Karneval wird er in der Öffentlichkeit in Szene gesetzt. Mehr als ein Körper zu sein, wollen wir heute einen Körper besitzen und unterhalten: trainiert, massgeschneidert, tätowiert, überall durchbohrt, und bald umgestaltet dank neuer Errungenschaften der Neurologie und Genetik. Vielleicht wird der "gesündeste" Körper bald jener sein, welcher am meisten spricht, und der sein ganzes, vielleicht unbegrenztes Leben in seiner eigenen Substanz komprimiert. Es gilt einen solchen Ausdruck des Körpers und der Gesundheit an der Schnittstelle des philosophischen Denkens und jener Disziplinen, welche direkt in der Praxis engagiert sind, zu reflektieren.

Résumés des interventions

Justesse des lois

Marc-André Weber**Du secret médical et de la sphère privée**

Le secret médical englobe toutes les informations sur un patient dont un professionnel de la santé a connaissance dans l'exercice de sa profession. En Suisse, les médecins et leurs auxiliaires y sont astreints au titre du secret professionnel, par l'article 321 du code pénal, entres autres professions nommément citées. Les professionnels de la santé non cités dans cet article, comme les psychologues, sont tenus à un devoir de discrétion via la loi fédérale sur la protection des données (LPD).

La notion de secret médical est ancienne puisque, dans notre tradition, elle remonte à Hippocrate. Quant à celle de protection des données, elle découle de la protection de la sphère privée, inscrite en 1999 dans la Constitution fédérale, à l'article 13 (la LPD date néanmoins de 1992). Ainsi, la préoccupation accordée à la sphère privée semble récente, et cela pour tous les pays occidentaux. Néanmoins, nous pouvons considérer qu'historiquement, cette préoccupation n'était pas absente mais masquée. En fait, la propriété –les quatre murs entre lesquels nous étions protégés du regard extérieur– a longtemps suffi à nous protéger concrètement des intrusions dans la sphère privée, ne rendant pas utile qu'on s'y intéresse spécifiquement. Seuls certains cas nous obligeaient alors à nous dévoiler devant une personne « de l'extérieur », et ces cas ont suscité une protection spécifique, celle du secret médical, et plus largement celle du secret professionnel. C'est donc à partir du XIXe siècle, sous l'impulsion de progrès techniques permettant de collecter, de stocker et de diffuser facilement de grandes quantités d'informations, que la question de la sphère privée a pris son essor, les « quatre murs » ne suffisant plus à garantir sa protection. Ainsi, la question de la définition de la sphère privée et de sa protection par des normes est apparue au premier plan.

Aujourd'hui, nous voyons donc fusionner nos attentes vis-à-vis du secret médical et nos attentes vis-à-vis de la sphère privée. Après tout, dans les deux cas, il s'agit de laisser à l'individu une possibilité raisonnable de choisir dans quelle mesure il diffuse ou non des informations qui ont trait à lui-même. Il faut alors entendre le secret médical comme une extension de la sphère privée. Certes, des informations sortent de la sphère privée, le soignant étant une personne extérieure mais, par le secret, il confine ces informations, il en devient le dépositaire, de manière à ne pas nuire au patient. Sphère privée et secret médical sont donc intimement liés dans les faits, sinon dans le droit.

Mais dans quelle mesure une levée du secret médical est-elle nuisible au patient ? On comprend qu'elle le soit dans le cas de maladies / accidents / examens / traitements (MAET) honteux, comme lorsqu'il s'agit de maladies qui touchent les parties génitales, ou d'un accident que le patient aurait causé par irresponsabilité. On le comprend aussi lorsqu'il s'agit d'isoler ce dernier de pressions extérieures, comme ce fut longtemps le cas pour l'avortement, ou lorsque les MAET sont handicapants. Mais même pour des MAET qui ne tombent pas dans ces quatre catégories, nous accordons une importance à la non-divulgence des informations que nous transmettons à ceux qui nous soignent. Est-ce par prudence ? Sans doute. Mais je pense aussi que c'est parce que les MAET font partie du lot des maux, en tant qu'ils nous diminuent, et que nous attachons une réelle importance à apparaître en public sous des traits qui nous permettent de jouer pleinement notre rôle social, c'est-à-dire, en général, ceux de gens bien portants. Il s'agira donc d'éclairer en quoi le secret médical protège la vie publique du patient et en quoi cette protection est légitime.

Archontoula Giannopoulou**Qu'est-ce qu'une justification pratique?**

Les découvertes récentes de la science médicale semblent promouvoir l'idée d'un bien-être humain qui serait invulnérable par la maladie, la vieillesse et la mort, et donc d'un bien-être qui serait le but absolu et inconditionnel de l'homme.

Or les nouvelles techniques médicales rendent possible des actes qui nous paraissent immoraux, ou en tout cas, qui nous inquiètent et qui suscitent une interrogation sur la place des valeurs humaines. La réaction du progressiste serait de dire que ces inquiétudes relèvent d'un conservatisme qui présuppose l'idée d'une essence humaine intangible, une idée qui serait à l'encontre de l'évolution scientifique. Mais la question n'est pas de savoir si nous sommes progressistes ou conservateurs. Notre interrogation doit porter sur la possibilité d'exprimer ces nouvelles exigences au moyen d'un raisonnement pratique. Dans cette perspective, les techniques deviennent des moyens qui seraient nécessaires pour réaliser nos buts. Pourvu que notre discours ne soit pas frappé d'ambiguïté, il doit être possible de dire si les moyens requis pour obtenir tel but sont les seuls possibles, et aussi de savoir si nous avons vraiment besoin d'obtenir telle chose désirée.

A partir de cette première réflexion, les questions que je me poserai seraient les suivantes:

1. Les possibilités qui nous sont offertes par les nouvelles techniques peuvent-elles déplacer les limites de la condition humaine au point où nous serions obligés à une révision radicale de nos concepts ? Est-ce possible d'effacer la différence conceptuelle entre « contraintes objectives » et « contraintes subjectives » ; autrement dit, entre ce qui relève des « faits naturels » et ce qui relève de l'« intentionnalité humaine » ? Je soutiendrai que si c'était vraiment le cas, le raisonnement pratique serait discrédité.
2. Comment faut-il concevoir, dans ce contexte, le rapport de l'Etat avec ses citoyens ? Nous avons, d'un côté, une instance publique qui s'engage à défendre l'accès des citoyens aux biens communs, et de l'autre, les citoyens qui revendiquent leurs droits. Toute la difficulté est de savoir quand il y a privation d'un bien commun. C'est pourquoi il nous faut un raisonnement qui met au clair quels sont les besoins qui doivent être satisfaits et quels sont les moyens dont nous disposons pour les satisfaire. Cette mise au point est nécessaire pour être en mesure de juger si l'intervention de l'Etat (au nom du bien-être humain) est légitime, ou, inversement, si les demandes des citoyens (au nom des droits de l'homme) sont justifiées. En fait, chaque partie est censée pouvoir fournir des justifications d'ordre pratique. La question qui se pose est de savoir quelle forme doit prendre une justification pratique. Je tâcherai de montrer qu'une justification pratique doit pouvoir expliquer *pourquoi* les moyens dont je (ils) dispose(nt) ne suffisent pas pour satisfaire mes (leurs) besoins.

Antonella Cereghetti

**La réparation juridique des erreurs médicales:
impossibilité ou malentendu?**

Le droit est généralement perçu comme un rempart à l'injustice. Cependant, les espoirs mis en lui sont souvent déçus et laissent place à un profond sentiment d'injustice chez ceux qui ont fait appel à ses règles pour résoudre un conflit.

Un tel sentiment, lorsqu'il se généralise, provoque des dégâts considérables et menace la cohésion sociale. En effet, le doute s'installe peu à peu sur la pertinence des règles de droit, comme sur l'institution judiciaire et son aptitude à remplir sa mission. Du coup, le cercle vicieux de la défiance s'installe : les décisions de justice sont perçues comme empreintes de partialité et les acteurs judiciaires sont regardés avec méfiance, voire avec soupçon. La justice n'est plus légitime à exiger le respect des lois.

Ce constat n'épargne aucun domaine du droit, mais il est particulièrement sensible en matière d'erreur médicale, qui constitue un bon exemple pour comprendre l'écart qui se creuse entre les justiciables et la justice, et tenter, autant que faire se peut, de le réduire.

Cette situation met en effet en scène des victimes atteintes dans leur chair, des médecins touchés au cœur même de ce qui constitue leur art, des assureurs préoccupés par leurs seuls intérêts financiers et enfin des juristes qui tentent vaillamment de résoudre le conflit à l'aide de principes juridiques et de règles de droit. C'est dire que tous les ingrédients sont réunis pour que le malentendu s'installe. Et il s'installe très rapidement.

A ces logiques divergentes s'ajoute encore une difficulté sémantique majeure. Les termes utilisés par les juristes pour déterminer si la responsabilité du médecin est engagée, n'ont pas le même sens pour les uns et les autres. En particulier, les mots erreur, faute, dommage, lien de causalité ou réparation recouvrent des notions très différentes pour la victime, le médecin, l'assureur et le juriste, qui se voient ainsi privés de l'instrument de dialogue qui permettrait de dissiper le malentendu et d'éviter que la société se déchire peu à peu.

Sébastien Janicki**L'artificialisme et la production de corps *parfaits*.**

La médecine poursuit le but de devenir une science *parfaite* à l'instar des sciences physiques. Cet élan vers la perfection passe évidemment par une rationalisation de ses pratiques techniques qui va de pair avec une rationalisation de ses savoirs. Les sciences médicales montrent de manière surprenante que le vivant que nous sommes peut, *en droit*, être décomposé en un ensemble d'éléments distincts pour ensuite être recomposé de manière logique. L'essence même du mécanisme implique donc qu'il n'y a rien de plus dans le vivant que dans l'inerte. En ce sens, l'interface nature/artifice reste une exigence actuelle dans les discours médicaux.

Aussi, au fondement même de notre questionnement, nous interrogerons la condition de l'homme, de la machine et de leurs natures respectives, sous la condition telle que si l'homme est une machine, la nature elle-même ne pourrait-elle pas être une sorte de machine naturelle ? Dès lors, le corps humain n'est-il pas sujet à transformation, à métamorphoses ?

Dans une perspective médicale, le corps n'est pas quelque chose qui appartient nécessairement à l'individu. Il est d'abord objet d'études et d'expérimentations. Le corps est matière *organisée*. De ce point de vue, nous reprendrons la célèbre sentence de Descartes extraite du *Discours de la méthode* : « nous rendre comme maîtres et possesseurs de la nature ». Si le corps humain n'a plus de spécificité, est-il destiné à être transformé ou bien plutôt amélioré ?

Rappelons que déjà, dans l'ouvrage de Mary Shelley, le docteur Frankenstein voulait « fabriquer la vie ». Finalement, ce projet prométhéen n'a abouti qu'à la « création », au sens fort, d'un monstre - au sens de *monstrum* : ce qui se montre. Or la créature ne s'apparente plus à la vie mais à une machine (imitation de l'homme), un automate animé par une étrange revendication d'humanité. Par ailleurs, notons que les avancées dans le domaine des zoogreffes dépassent les distinctions entre l'homme et l'animal. Elles permettent une solution alternative aux transplantations d'organes classiques. Les frontières de l'espèce s'effondrent au profit d'une invention - ou réinvention - de l'homme en quête de satisfaction d'une corporéité non plus de l'ordre de « l'intime » mais mise en avant, « extimée », exposée comme en témoigne notamment le travail d'un artiste comme Orlan.

Loin de l'éthique traditionnelle, la médecine contemporaine franchit les limites du *modelage*. À l'instar d'une anamorphose, le corps peut se décliner de manière *infinie*. À cet instant, faisons-nous face à l'illusion de la toute puissance de la médecine, à une réponse à des désirs prométhéens ou à une simple utopie de corps parfait ?

Pour pallier au manque d'exhaustivité et faute de répondre à l'ensemble de ces questions, il est toutefois nécessaire d'avancer un argument en faveur de la transformation des corps. Tout d'abord, l'essor des nanotechnologies en médecine nous fait entrevoir leurs applications à la fois en santé mais également, dans la transformation des corps, comme le souligne Eric Drexler dans *Engines of Creation*.

En se fondant sur les principes du cartésianisme, et notamment la doctrine de l'animal machine, la médecine a pu accroître son « pouvoir de connaître » ainsi que son « pouvoir de guérir » en transformant, en inversant la maladie pour finalement modifier, transformer les corps. En ce sens, toute thérapeutique est déjà une transformation des corps. Dans cette perspective, nous voudrions renouveler la question du corps aux prises avec la science moderne sans y omettre les idées médicales, alors entrecroisées par l'imaginaire et la rationalité.

Références bibliographiques indicatives:

Baltrusaitis J., *Anamorphoses*, Paris, Flammarion, 1996.

Janicki S., *La mécanique du remède*, Éd., L'harmattan, Paris, 2008.

Janicki S., *Du désordre apparent à l'ordre réel. Naissance du concept de monstre*, Éd. Jacques André, Lyon, 2009.

Catherine Loetscher

La santé dans la philosophie politique contemporaine.

Alors que les Anciens font de la santé un bien précieux dont ils parlent abondamment, les Modernes peinent à l'intégrer dans les systèmes philosophiques. Rousseau en parle dans *l'Emile*, mais pas dans *le Contrat social*. Hobbes n'en traite pas dans le *Léviathan*, et Machiavel l'ignore dans *Le Prince*.

Les philosophes actuels comme Robert Nozick ou John Rawls n'en traitent pas non plus particulièrement.

Et pourtant la santé est un bien précieux qui dépend de décisions politiques.

Outre les très importants aspects environnementaux qui sont pour une large part susceptibles de législation (degré de pesticides toléré dans les aliments, tests antipollution sur les véhicules, contrôle sanitaire de l'eau, etc), les comportements individuels sont eux aussi susceptibles d'être soumis à la réglementation (heures de gymnastique pour les enfants à l'école, interdiction de la fumée passive, etc).

Quant au système sanitaire proprement dit, il représente une part importante des dépenses publiques et privées. En Suisse c'est 10% du PIB, plus de 55 milliards de francs par an.

A partir de ce constat, comment expliquer que la santé ne soit pas largement thématifiée par les philosophes dans le cadre des théories politiques générales?

Le philosophe Daniel Weinstock a proposé quelques explications concernant ce phénomène. Elles ont trait à la définition que l'on retient de la santé, aux objectifs de la justice distributive en matière de santé et finalement à l'existence en tant que telle d'une théorie de la justice distributive en matière de santé. Ces explications permettent de comprendre en partie pourquoi la santé est un problème que la philosophie politique préfère laisser de côté. Je voudrais les reprendre, les étendre, et les discuter.

Ilham Trad**Medizin und Komplexität – ein Zukunftsprojekt?**

In der Medizin dominiert trotz einer riesigen Fülle an Details und Detailwissen aktuell (noch) eine mechanistische Weltanschauung von direkter Ursache und Wirkung (Biochemie, Pharmakologie, Mikrobiologie, Genetik). Dies ist zwar ergänzt worden durch mehr integrale Ansätze des Individuums auch als Subjekt (Psychosomatik, psychosoziale Medizin), hat aber wenig geändert an der grundsätzlichen Vorgehensweise, den Problemlösungsstrategien und an den Hoffnungen. Die Medizin wird immer wieder Opfer des eigenen linearen Problemlösungsglaubens, der zwar sicher für begrenzte Fragestellungen nützlich und notwendig ist, jedoch nicht der Komplexität gerecht wird, nicht einmal der medizinischen. Zunehmend werden auch in der gesellschaftlichen und globalen Realität immer mehr eine Aufsplitterung in verschiedenste Sichtweisen und Lebensentwürfe sichtbar, die auch Auswirkungen auf unsere Auffassung von Medizin und Körper haben. Was für Strategien sind denkbar, um diese vielfältigen Sichtweisen in Einklang zu bringen unter Wahrung von Werten, die uns wichtig scheinen? Diese verschiedenen Kulturen, Philosophien und Sichtweisen sind aber auch eine Fundgrube von bereits erprobten Strategien, die einen Beitrag hierzu leisten können. Komplexität erfordert andere Bewältigungsstrategien. Lineare Strategien nur als Element zu sehen, nicht als Lösung. Denn diese können in einer Komplexität nicht vorausschauend sein. Eine andere ist, nicht an eine feststehende inhaltliche „ideologische“ Lösung zu glauben (eine alles erklärende Sichtweise) und diese zu suchen, sondern sich gezielt nach immer wiederkehrenden Konstanten ethisch und sachlich sinnvoller Entscheidungskriterien zu orientieren.

Die Medizin braucht pragmatische Intelligenz, eine Art von Weisheit, die zur Handlung führt. Zufriedenheit, Glück, sogar Gesundheit sind etwas subjektiv Erlebtes, nichts objektiv messbares. Es bedarf hier sowohl der Tradition, als auch der Ideen und des Austausches, um ein brauchbares Instrumentarium zu entwickeln, dass auch praktisch anwendbar ist im Sinne von Herangehensweisen an aktuelle und zukünftige Probleme. Einige in der Literatur beschriebene Ansätze und eigene Ideen dazu werden in der Präsentation erläutert.

Marina Negri

Salute e felicità

L'esperienza dell'assistenza infermieristica attesta che l'uomo ha bisogno, è bisogno e qualsiasi conquista non colma tale bisogno.

Gli spostamenti delle frontiere non bastano a soddisfare l'uomo. Occorre pertanto chiedersi se tale spostamento sia la via soddisfacente per la salute, la giustizia, il potere.

L'oggetto di studio della disciplina infermieristica è l'uomo, dal punto di vista dei suoi bisogni specifici. Lo scopo dell'assistenza infermieristica è collaborazione al mantenimento e raggiungimento di uno stato di salute, ma più precisamente è il soddisfacimento dei bisogni di assistenza dell'uomo in qualsiasi situazione egli sia e fino alla morte.^{1 2}

Virginia Henderson scriveva nel 1978: "Tutti gli esseri umani vogliono sicurezza (cibo, vestito e riparo) e desiderano amore e approvazione; essi bramano anche varietà, avventura, progresso compreso l'apprendimento, e, in vario grado, cercano un bene ultimo, la forza etica che l'uomo vede in Dio o nella sua religione. (...) Una attività per la salute che ignori qualcuno dei bisogni fondamentali lotta contro natura, una forza indomabile, una alleata incomparabile. (...) Gli operatori sanitari non possono rispondere a tutti questi bisogni del paziente, ma possono aiutarlo a creare condizioni o a impostare un piano che renda possibile la soddisfazione di queste esigenze."³

E' forse cambiato l'uomo? Forse l'uomo non desidera più la felicità? Non occorre uno studio randomizzato per rispondere a questa domanda, basta considerare la propria personale esperienza.

La medicina può dare inizio alla vita di un uomo facendo incontrare due gameti, ma quell'uomo desidererà la felicità; e la medicina non la può dare. La medicina potrà allungare la vita dell'uomo, rimandare la morte, può anche dare la morte, ma non la può eliminare (sempre che si voglia rimanere nel campo del ragionevole e non in quello della fantascienza).

In una recente intervista il Prof. Sulmasy parlando di uno dei filoni di studio cui si sta dedicando, il rapporto medico paziente ha affermato: "una particolare sottolineatura potrebbe essere l'aspetto spirituale di questo approccio, normalmente trascurato nella letteratura bioetica. Quando parlo di spiritualità, intendo dire senso religioso, cioè quel livello della natura in cui emergono le domande fondamentali dell'uomo, quali il senso di bellezza, di bontà, di giustizia, in sintesi il senso dell'infinito, che nessuna teoria può cancellare, pena la distruzione stessa dell'uomo. Queste esigenze non sono annullate, anzi sono acuite nell'infermo e il professionista sbaglia se non ne tiene conto durante l'iter terapeutico".⁴

Ogni tentativo dell'uomo, anche quello di dare forma autonomamente e radicalmente al proprio corpo, è animato dal desiderio di essere felice. Ragionevolmente e lealmente la medicina pensa di poter rispondere a questa domanda? Una prospettiva potrebbe essere quella di valutare la soddisfazione nel medio e lungo periodo delle persone che si affidano a tali interventi.

¹ Vita A., Ortelli S., Fiamminghi M. Il modello delle prestazioni infermieristiche, Quaderno della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche, Università degli Studi di Milano, aprile 1993

² Manzoni E., Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Masson, Milano, 1997

³ Henderson V., Nite G. Principles and Practice of Nursing, sixth edition, Macmillan Publishing Co., INC., New York, 1978

⁴ Puca A. Intervista alla bioetica, LER editrice, Marigliano (na), 2009

Gaia Barazzetti

L'eugénisme caché dans le choix du "bon" bébé?

La pratique du diagnostic préimplantatoire cache-t-elle une nouvelle forme d'eugénisme? Peut-on justifier le diagnostic préimplantatoire au nom de l'auto-détermination dans les choix reproductifs? Comment concevoir une politique visant à réglementer cette pratique?

Effectué dans le cadre de la procréation médicalement assistée, le diagnostic préimplantatoire (DPI) consiste à trier les embryons obtenus par la fécondation en vitro, afin de réimplanter seulement ceux qui sont indemnes d'anomalies génétiques. La nouveauté du DPI par rapport à d'autres formes de diagnostic génétique prénatal est que le dépistage est fait sur les embryons, avant de commencer la grossesse, ce qui permet de détourner le choix d'un éventuel avortement. Dans l'hypothèse où il serait praticable sur grande échelle dans des programmes de dépistage prénatal, le DPI soulève des inquiétudes sur ses présupposés ainsi que sur ses conséquences eugénistes (King, 1999). Ainsi, le DPI a été condamné comme une forme d'eugénisme «négatif» visant à éviter la naissance d'individus porteurs de maladies indésirables. Les adversaires les plus hostiles de cette technique estiment que celle-ci aboutit à l'installation, à la fois douce et insidieuse, d'un eugénisme «privé» ou «démocratique», à la portée de chacun (Testart, 1992). De l'autre côté de la controverse, ceux qui défendent le DPI répondent que cette pratique n'a strictement rien à voir avec le véritable eugénisme, dont l'objectif premier, selon la définition classique forgée par Francis Galton, est d'améliorer l'espèce humaine: le but du DPI n'est pas la recherche de l'«enfant parfait», mais tout simplement de promouvoir l'auto-détermination des personnes face à des risques génétiques connus (Pembrey, 1998). Si l'un des aspects plus inquiétants de l'eugénisme d'Etat dans ces manifestations historiques est la coercition exercée sur les choix reproductifs des individus, le DPI, par contre, respecte l'«autonomie procréative» des parents (Missa, 1999).

Cette contribution porte sur une appréciation du débat autour du DPI, notamment sur le rapport entre les formes du pouvoir technoscientifique dans ce domaine, en pleine expansion, de l'eugénisme négative et le discours appuyant sur l'idée d'auto-détermination reproductive comme but envisageable pour des programmes de dépistage prénatal.

Si l'auto-détermination des parents est évoquée pour distinguer le DPI des pratiques eugénistes (i.e. le DPI est une forme de maîtrise sur soi-même, permettant de réaliser ses propres plans de vie; en écartant la coercition, on écarte également ce qui rend le DPI une pratique réellement eugéniste), une sorte de complicité semble être à l'œuvre entre eugénisme et auto-détermination (i.e. le choix de recourir au DPI appuie une norme sociale qui tend à valoriser certaines caractéristiques et à dévaloriser d'autres caractéristiques considérées comme indésirables; le choix de recourir au DPI aboutit à des conséquences eugénistes, c.-à-d. moins d'individus porteurs de maladies génétiques).

L'analyse du rapport entre eugénisme et auto-détermination montrera qu'une politique visée à réglementer le DPI doit tenir compte du rapport complexe entre les buts visés par cette pratique, les formes de son administration, et l'appréciation de ses impacts sociaux (Shakespeare, 2005).

Références:

- King, D.S., "Preimplantation genetic diagnosis and the 'new' eugenics", *Journal of Medical Ethics*, 25, 1999, pp. 176-182.
- Missa, J.-N., "L'individu n'est rien, l'espèce est tout: analyse historique de l'évolution de la question de l'eugénisme au XX^e siècle". In: J.-N., Missa et C. Susanne (éd.), *De l'eugénisme de l'Etat à l'eugénisme privé*, De Boeck, Bruxelles, 1999, pp. 9-39.
- Pembrey, M.E., "In the light of preimplantation genetic diagnosis: some ethical issues in medical genetics revisited", *European Journal of Human Genetics*, 6, 1998, pp. 4-11.
- Shakespeare, T., "The social context of individual choice". In: D. Wasserman, J. Bickenbach, R. Wachbroit (Eds.), *Quality of life and human difference. Genetic testing, health care, and disability*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005, pp. 217-236.
- Testart, J., *Le désir du gène*, Editions François Bourin, Paris, 1992.

Véronique Mauron**Pudeur dans la connaissance. Comment regarder les embryons?**

La clinique de la procréation médicalement assistée (PMA) et la biologie de la reproduction produisent des images. Grâce au microscope et aux caméras, les gamètes et les embryons deviennent visibles. Sur l'écran d'ordinateur, les images se multiplient, nécessaires à la réalisation de la fécondation in vitro. Elles constituent aussi un moyen de communication puisque, en Suisse, de nombreux médecins montrent les embryons du couple sur un écran, peu avant leur transfert dans l'utérus.

La clinique de la PMA, si elle permet un traitement médical de la stérilité, met aussi en évidence un ensemble de problématiques qui débordent le champ médical : celles-ci ont trait à l'origine, à la naissance, au début de la vie, à notre venue au monde. Ces dimensions font l'objet de nombreuses études dans les disciplines de l'éthique, de l'anthropologie, de la sociologie, de la psychologie et de la psychanalyse.

C'est dans cette perspective d'ouverture que je propose une réflexion sur la fabrication des images en médecine de la reproduction. Il s'agira de montrer comment le regard des médecins et des biologistes pouvant, à priori, *tout* voir, restreint son champ de vision, jette un voile sur les images de la formation d'un embryon. Il sera alors question de pudeur, d'intimité, voire d'interdit.

Par ailleurs, comme les images de l'embryon sont montrées au couple, on s'interrogera sur la fécondation quand un embryon est formé à l'extérieur du corps et qu'il va venir habiter un corps. Comment envisager ce rapport entre extériorité et intériorité pour un acte aussi intime que celui de la fécondation ? Quel peut être l'impact des interventions de tiers dans cet acte ?

De manière sous-jacente, c'est la problématique du regard et des représentations dans les sciences médicales qui sera ici en jeu.

Résumés des interventions

Logique des pouvoirs

Claire-Ange Gintz**L'éthique du *care* et la relation de pouvoir dans les relations courtes: quels enseignements pour la pratique des soins infirmiers?**

L'éthique du *care* depuis la formation de ses premiers concepts à la fin des années 1970, se répand de plus en plus dans les milieux de soins, en particulier auprès des infirmiers et des infirmières. Cet engouement peut s'expliquer en partie par les réponses qu'il apporte à un malaise souvent exprimé dans cette profession : le manque de reconnaissance et de visibilité du cœur de leur métier, qui est le soin.

La pensée politique du *care* telle que la développe Joan Tronto¹ situe les notions de justice et de pouvoir sur au moins deux plans:

- celui de la répartition inégale des ressources en *care* à une échelle mondiale ou nationale
- celui de la relation qui se noue entre un prestataire (*caregiver*) et un bénéficiaire (*care receiver*).

Cette relation de soin est source de tensions parce qu'essentiellement inégalitaire : le récipiendaire a besoin du *care* qui lui est donné, plaçant le prestataire en position de force.

Mais aussi, celui qui produit le *care* peut-il être considéré comme simple prestataire de service, aux ordres du bénéficiaire. Cette ligne interprétative trouve des prolongements dans le questionnement identitaire de l'infirmière sur sa propre profession et sur la nature de sa contribution au système de santé publique.

La question que nous souhaitons poser ici est la suivante: au-delà du conflit entre les droits des bénéficiaires que sont les patients et la tentation paternaliste des pourvoyeurs, infirmières et aides-soignants en particulier, l'éthique du *care* peut-elle contribuer à renouer un rapport dialogique apaisé?

Cette interrogation se pose avec d'autant plus d'acuité, à l'heure où d'importantes réformes remodèlent le système hospitalier français dans son ensemble mais aussi la formation et l'exercice des professionnels infirmiers, et qui suscitent autant d'espoirs que d'inquiétudes.

¹ Joan Tronto, *Moral boundaries. A political argument for an Ethic of Care*, New York, Routledge, 1993.

Valeria Marzocco

Le consentement dans la relation thérapeutique.

Médecine et droit à l'épreuve de l'individualisme libéral.

« Dans toute société, la médecine, tout comme le droit et la religion, définit ce qui est normal, juste ou souhaitable » (I. Illich, 1976). Le parcours de la médecine dans la modernité s'organise suivant un itinéraire qui structure la relation entre le médecin et le patient comme une relation entre rôles. Le *medicus gratus* de la tradition hippocratique se transforme en un *medicus politicus* parafalier avec une forte accélération vers la bureaucratisation de la profession médicale parmi les professions libérales. Un des faits qui démontre avec la plus grande vigueur les traits de cette trame qui réunit la médecine et le droit est représenté par l'émergence du consentement à l'acte médical. L'*informed consent* peut être interprété suite au résultat d'un processus juridique de revendication : le droit d'être informé, en tant que condition de la possibilité de décider de son propre corps, représente le viatique par lequel l'individu autonome de la pensée libérale s'affranchit d'une autorité et impose au pouvoir un espace d'intangibilité. Dans cette perspective, l'affirmation juridique de l'*informed consent* scelle le dépassement des canons du paternalisme médical, mais *fonctionne* aussi dans la mesure où elle constitue la traduction, dans la relation d'autorité médecin-patient, de l'histoire moderne d'extension des libertés et d'implémentation des droits. Nous sommes dans le domaine de la grammaire du langage des droits : tout comme l'individu du contractualisme moderne hobbesien confie son corps au souverain afin qu'il en préserve l'intégrité et la vie, et encore, dans le paradigme contractuel de la modernité, lorsqu'il réclame des renégociations plus amples du « pacte », qui sont des traductions de ses propres libertés en droits, de même l'autorité du médecin, gardien du corps physique, se décline *de façon opposée* à l'individu qui a la propriété de son corps et l'extériorise comme une enceinte d'intangibilité envers le pouvoir. La physionomie juridique de l'*informed consent* est, pour cette raison, en ligne avec les prérogatives du droit à la vie privée, qui trouve son origine dans l'opposition dynamique entre individu et pouvoir. La liberté de l'*informed consent*, tout comme celle du *right to privacy* est une liberté des modernes, selon Constant, et une liberté négative selon Berlin. Toutefois on ne peut éviter de soumettre cet itinéraire à une question : l'autonomie et la liberté représentent-elles vraiment la même chose ? Interférer avec la première cela signifie-t-il nécessairement interférer avec l'autre ? Dans le domaine juridique du consentement informé, l'autonomie de décision, la liberté de se doter d'une règle de l'individu ne satisfait pas seulement le cadre contractuel de la relation médicale, mais se confronte avec cette *limite* représentée par le corps lui-même. Avec cette limite représentée par le corps malade. La maladie, la souffrance, *exposent* le corps comme limite, mais définissent aussi une condition, un rôle, une *altération* à *normaliser*. Ces considérations se prédisposent toutes deux à une sereine et même traduction de liberté et d'autonomie qui se retrouve souvent à la base de la théorie du consentement informé, un *vulnus* très profond. En prenant comme point de départ une subjectivité réécrite à partir de la vulnérabilité, selon Lévinas, ou un itinéraire libéral atteint d'une irrémissible hétérogénéité des fins, qui produit et dissout les libertés de l'individu, selon Foucault, s'ouvrent des itinéraires de réflexion qui sont capables de révéler la dynamique de pouvoir qui se cache, même dans l'âge du consentement, à l'intérieur de la relation thérapeutique.

Christelle Routelous et Jacques Orvain

Habilitation et déshabilitation des corps et des savoir-faire: Comment les outils organisent et le statut des personnes malades et celui des professionnels de santé

Nous analysons la manière dont l'institution hospitalière cadre, par des dispositifs techniques et discursifs, la capacité d'action des acteurs qu'il s'agisse des personnes hospitalisées ou des professionnels. Nous étudions comment l'environnement non-humain et les scripts médico-techniques modèlent le statut des acteurs qu'ils enrôlent, comment les interfaces vont modifier le rapport à la personne et entre professionnels et faire évoluer leurs identités. Nous étudions comment à travers l'ajustement à l'environnement sociotechnique, l'individu acquiert à la fois des limitations mais aussi des habiletés particulières.

La prise en charge « déshabilite » l'individu, elle réduit les capacités d'actions de la personne du malade en lui ôtant toute autonomie fonctionnelle par des dispositifs techniques et des pratiques de prises en charge. La prise en charge construit donc un usager du système de santé qui ne peut jouir et faire valoir ses nouveaux droits (loi de mars 2002). A l'inverse, les professionnels ont une capacité d'action qui devient apparente dans la prise en charge à travers l'usage de matériaux et aides techniques dont ils ont la gestion en valorisant une action relevant du cure ou du care, selon l'instrumentation qui est faite de l'outil mobilisé.

Nous avons mis en évidence la manière dont les dispositifs techniques et organisationnels définissent l'identité professionnelle des soignants d'une part et le "soi" des personnes hospitalisées d'autre part. A travers l'étude des outils du soins et des cadres législatifs de la pratique médicale ; notre présentation vise à démontrer le caractère sociotechnique de cette déconstruction/reconstruction des rôles et identités qui modifient tout à la fois la définition des acteurs et l'institution.

Michael Saraga**Une déception neuroscientifique? - l'exemple psychopharmacologique.**

Les dernières années ont été marquées, en médecine et particulièrement en psychiatrie, par la place grandissante des « neurosciences ». Les « neurosciences » sont les techniques habituelles d'investigation médicale (biologie moléculaire, génétique, physiologie, imagerie, etc.) appliquées au système nerveux, qui y échappait encore en partie jusqu'à récemment. Les années 90 ont été par exemple déclarées « decade of the Brain » par le président Bush. Depuis, la recherche psychiatrique est pleine de neurosciences, qui promettent de venir prochainement à bout des maladies mentales. Pour l'heure, les résultats tardent à venir (ce qui ne veut pas dire qu'ils ne viendront pas); mais les journaux scientifiques et les chercheurs sont très enthousiastes sur les perspectives.

Ce virage neuroscientifique s'accompagne d'un virage scientifique tout court. Avec la parution du DSM-III, la psychiatrie a repris place dans une tradition médicale et scientifique. Elle a intégré les principes de la médecine « fondée sur les preuves », qui s'appuie sur la statistique pour démontrer l'efficacité de ses traitements (plutôt que sur l'expérience personnelle du clinicien ou les principes physiopathologiques).

Au cours des dix dernières années, trois très grandes études, sponsorisées par le National Institute of Mental Health américain et impliquant des milliers de patients schizophrènes, bipolaires et dépressifs, ont comparé les psychotropes apparus durant les années 90, entre eux et avec des molécules plus anciennes ; le but était d'élaborer des recommandations véritablement « evidence-based » en déterminant quelle stratégie thérapeutique était la meilleure, éventuellement en fonction de certaines caractéristiques des patients.

Les résultats ont été extrêmement décevants. Les nouveaux neuroleptiques, antidépresseurs et stabilisateurs de l'humeur se sont révélés peu efficaces, nettement moins que ce qu'avaient montrés les études de mise sur le marché, contre placebo – et aucune stratégie ne s'est montrée supérieure à une autre.

Quelle a été la conséquence? En fait, les recommandations sont restées les mêmes ; cette « évidence » embarrassante a été ignorée. Ce qui peut se comprendre : les traitements gardent malgré tout une certaine efficacité selon l'expérience personnelle des cliniciens (ce paramètre peu considéré par EBM) et ceux-ci continuent à les utiliser. Le plus grave est plutôt que les résultats ont été présentés sous un jour si favorable, les études accueillies avec un tel enthousiasme, que de nombreux psychiatres n'ont probablement pas réalisé à quel point ils étaient mauvais. Cet enthousiasme sur les vertus des approches « fondées sur les preuves » rappelle celui réservé aux promesses des neurosciences.

Cette attitude est peu scientifique; en vérité, la littérature scientifique en psychiatrie perd beaucoup de sa crédibilité en raison de l'enthousiasme de rigueur lorsqu'on commente les produits d'EBM ou des neurosciences.

On peut dès lors s'interroger sur les raisons d'être de cet enthousiasme, par exemple:

1. En appliquant une lecture sociologique appliquée aux chercheurs eux-mêmes, qui construisent leur trajectoire professionnelle sur leurs travaux et sont ainsi condamnés à l'enthousiasme, assumé de bonne ou mauvaise foi, notamment pour justifier leur activité, d'un point de vue existentiel mais aussi financier (il ne fait pas cracher dans la soupe) ;
2. En relevant un Zeitgeist résolument positiviste en médecine, qui suscite un enthousiasme sincère fondé sur la promesse de merveilles à venir, brouillant la capacité à mesurer la relative médiocrité des avancées accomplies;
3. un appétit dans la société civile pour ce genre de promesses.

C'est sans doute ce dernier niveau qui a le plus d'intérêt pour la question de l' « état des corps ». On peut raisonnablement proposer que l'appétit de neurosciences n'est qu'un aspect de la fascination et l'excitation suscitées par les perspectives, angoissantes ou exaltantes, d'une « transhumanité » à venir. Que révèle alors le succès de ce discours oscillant entre eschatologie et positivisme naïf ? Une suggestion, qu'il revient sans doute aux spécialistes des sciences humaines de critiquer, est qu'il est lié à un désinvestissement du politique.

Jacques Diezi**Le médicament: un modèle en changement**

Une description sommaire de l'invention du médicament moderne ferait remonter son histoire aux débuts du XIX^{ème}, lorsque les chimistes analytiques réussissent à extraire les principes actifs de plantes connues pour leurs effets, parfois positifs, dans le traitement des maladies. Cette épopée se poursuivrait, au cours de ce même siècle, par les premières réussites de la chimie de synthèse des grandes usines de colorants qui, associées à l'esprit d'entreprise des pharmaciens d'officine, ont abouti à fabriquer et commercialiser des produits identifiables en tant que médicaments au sens où nous l'entendons aujourd'hui. Dans l'entre-deux guerres du siècle dernier apparaissent, innovation considérable, les premiers composés efficaces et peu toxiques pour le traitement des maladies infectieuses systémiques. Et l'après-guerre voit la construction progressive et le perfectionnement du « modèle » de l'industrie pharmaceutique que nous connaissons, avec ses exploits scientifiques et économiques qui désormais nous sont familiers. En parallèle à ces développements, les cadres réglementaires de contrôle étatique se construisent, souvent en réponse à des incidents ou catastrophes.

Cette brève description est bien entendu excessivement schématique et idyllique. Moderne ou non, il faut rappeler aussi que le médicament reste l'un des membres de ce grand groupe des « remèdes », interventions multiples destinées prévenir les maladies ou traiter les malades. La prise en compte du caractère individuel du traitement et de ses composants personnels (apparemment « irrationnels ») n'est pas supprimée par la science thérapeutique moderne (qui au contraire doit en tenir compte pour démontrer l'effet spécifique de ses inventions).

Si le « modèle » de développement industriel du médicament a sans doute atteint ses sommets à la fin du siècle dernier, des questions et incertitudes nouvelles se profilent. Elles résultent notamment d'une apparente perte de capacité innovatrice, en termes quantitatifs tout au moins, de l'industrie pharmaceutique. La place de plus en plus grande occupée par des produits biotechnologiques, coûteux et destinés en priorité aux marchés de pays à ressources économiques élevées, soulèvera plus encore que par le passé des questions éthiques d'équité et de justice sociale intra- et internationale. Les intentions proclamées de développer davantage les traitements de maladies orphelines, ou de mettre en œuvre des programmes annoncés de « traitements personnalisés » fondés sur les connaissances nouvelles de pharmacogénomique, ou encore l'activisme renouvelé en faveur des « médecines complémentaires » vont également contribuer, entre autres, à mobiliser les budgets et ébranler les politiques sanitaires. Elles seront évidemment des enjeux majeurs de pouvoir.

Finalement, nous verrons peut-être aussi se déployer les fantasmes pharmacologiques des porte-parole de ces mouvements visant à « améliorer » les capacités humaines (« human enhancement », ou H+), qui voient dans le Prozac, la Ritaline ou le Viagra les précurseurs des composés qui dans l'avenir nous permettront de dépasser les capacités cognitives et somatiques dont le commun des mortels doit se contenter. Il est vrai que certains sportifs et « soigneurs » ont déjà ouvert certaines perspectives...

Alexandre Burnand et Thierno Diallo**Pouvoirs publics et conceptions de la santé: concurrente ou complémentaire?**

Le rôle de l'Etat en matière de santé publique est aujourd'hui influencé par diverses approches de la santé, qui proviennent du milieu médical conventionnel, des organes de prévention, de la détection précoce et des acteurs plus récents de la promotion de la santé. On peut schématiquement en dégager deux modèles : d'une part le modèle biomédical, qui met au centre la maladie, le corps biologique et ses sous-systèmes (molécules, organes, fonctions), et d'autre part, le modèle socio-environnemental, qui observe les comportements humains et les facteurs socioéconomiques et environnementaux de la santé.

En arrière fond des débats publics sur l'évolution des coûts de la santé, c'est la définition même de la santé qui devient un enjeu épistémologique et politique. La démarche scientifique dominante qui comprend la santé comme une « absence de maladie » se heurte à une conception plus processuelle qui évoque la santé comme instable, multifactorielle et construite en interagissant avec la société, ayant pour paramètres le comportement (alimentation, activité physique, toxicomanie) aussi bien que l'environnement social, familial et psychologique de l'être humain (situation socioprofessionnelle, réseau social, état de vulnérabilité). Parmi les facteurs qui déterminent la santé et contribuent à la longévité - les « déterminants de la santé » - certaines études montrent la grande influence des facteurs comme les conditions de vie socioéconomique et l'état de l'environnement par rapport à l'importance des services de santé. La perception commune est néanmoins totalement inverse, faisant encore peser beaucoup de responsabilités au secteur sanitaire dans l'état de santé d'une population.

Au problème de l'accès aux soins curatifs et préventifs, souvent abordé sous le seul angle économique de la répartition de la charge des dépenses sanitaires, vient se joindre la question des inégalités sociales, environnementales et spatiales de santé, qui met en exergue le problème de l'accessibilité, non pas seulement aux soins, mais aux diverses ressources institutionnelles, sociales et cognitives (par le biais des mécanismes d'empowerment) de la santé, qui permettent de maintenir ou d'atteindre des niveaux acceptables de santé et de bien-être. Avec cette analyse sociologique, la dimension éthique et démocratique de la gestion publique en matière de santé prend son essor, puisant ses fondements dans les droits de l'homme et les droits politiques et sociaux. En élargissant encore le débat sur les inégalités liées à la médecine à deux vitesses ou à l'accès limité aux prestations des migrants et des personnes en situation de grande précarité, cette conception place au centre le bas niveau de santé physique et mentale du groupe dit des « populations vulnérables », large et hétérogène du point de vue sociodémographique (adolescents, personnes âgées, familles monoparentales, etc.) et touchant particulièrement les couches socioéconomiques à bas revenus.

Par conséquent, débordant la mission traditionnelle confiée au système sanitaire, c'est la responsabilité toute entière de l'acteur public qui est préconisée, dans ses politiques sociale, fiscale, économique, de transport ou d'urbanisme. C'est non seulement les politiques préventives et leur degré d'efficacité mais aussi les activités sociétales et l'action étatique non sanitaire qui deviennent des facteurs potentiels de santé publique. L'étude d'impact sur la santé (EIS) est par exemple l'instrument émergent qui permet d'évaluer les impacts positifs et négatifs sur la santé, particulièrement sur les *inégalités sociales de santé*, que peut potentiellement renforcer toute politique publique ou à l'inverse, contribuer à faire diminuer.

Pour l'Etat, les implications sont, encore une fois, cruciales. Il s'agit d'opérer à une allocation judicieuse des ressources vers les différents prestataires socio-sanitaires (prévention, détection précoce, etc.) et les autres programmes publics non sanitaires, comme le suggère la promotion de la santé, et de travailler à une meilleure coordination entre les services de santé traditionnels et les autres secteurs publics, qu'il s'agisse de l'éducation, de l'insertion ou encore des politiques de logement et de mobilité. Ce qui veut dire que l'Etat est appelé à adopter une vision moins sectorielle et plus holistique et globale de la santé, si elle veut atteindre ses objectifs en termes d'efficacité et de rentabilité économique, autant à court qu'à long terme. Alors que la médecine se concentrait sur les systèmes organiques et les sous-systèmes biochimiques du corps biologique, la conception socio-environnementale, toujours selon une vision systémique, porte son observation et son action vers les niveaux supérieurs de la réalité humaine: les unités micro-sociales (famille, école, lieu de travail), l'action communautaire (unités sanitaires, services de prévention), le système social, l'économie, le territoire puis la biosphère dans son ensemble, des « écosystèmes urbains » au niveau planétaire (ex: diffusion des maladies par la mobilité accrue, effets des changements climatiques sur la santé).

Jean-Christophe Weber
Gouverner les chairs et les esprits

Le praticien de la technê médicale contemporaine cherche une boussole pour s'orienter dans le domaine où il exerce –non sans savoir(s), certains certifiés, d'autres supposés–, mais dont les contours sont devenus flous, les barrières poreuses, les lignes de force contradictoires. Penser l'actualité d'une pratique rendue incertaine par la multiplication de zones conflictuelles est un enjeu pratique aussi bien que politique. Ainsi on proposera comme prémisses que:

« l'état des corps » est de nature critique, et est critique dans son être, ouvert à la dé-mesure, au dionysiaque, à l'hubris, ordonné à sa propre jouissance. La crise corporelle n'est pas fondamentalement une affaire d'avancées technologiques. Mais aussi l'hubris ne saurait être annulée, car elle est aussi l'élan qui ouvre le champ des possibles.

- « il y a » de la médecine pour remédier aux conséquences néfastes des dérèglements du désir, aux mauvaises dispositions du corps qui affectent l'âme, aux tensions douloureuses voire mortifères de la jouissance. La médecine comme art de gouvernement des corps, de toujours.

Partant, nous pouvons situer quelques points délicats de notre actualité :

- Il y a une confusion des registres lorsque la médecine devient un appareil d'Etat au service d'une biopolitique qui entend gouverner la population mais aussi chaque-un dans sa chair et son esprit: la réponse à l'appel de l'homme souffrant se transforme en ardente incitation au soin .

- Quand la biopolitique est déléguée aux individus et incorporée, ce sont des as-sujettis subjectivés par la norme médicale qui réclament la tutelle médicale bienveillante, par ailleurs rejetée au nom d'une autonomie : travestissement de l'Aufklärung quand penser par soi-même s'identifie à un conformisme revendiqué ?

- La médecine est aussi toujours en risque de dé-mesure, depuis Asclépios : aussi bien dans la production biotechnologique d'un vivant humain domestiqué que dans la prétention totalisante de la médicalisation de l'existence.

Si la santé est la capacité de transgresser la norme et donc de restituer au corps des possibilités de dé-mesure, si mettre de la philosophie dans la médecine est nécessaire pour tempérer le zèle à faire du bien, le médecin devrait pouvoir laisser à désirer. Mais le peut-il encore quand la qualité de son travail est jaugée à l'aune de son emprise sur les comportements ? Ressaisir sa pratique comme une technê invite à cultiver une tactique voire une éthique du tact au service d'une singulière contingence mal équipée pour le bonheur. Les sources savantes du bricolage tactique ? Agamben, Althusser, Butler, Canguilhem, Descartes, Fagot-Largeault, Folscheid, Foucault, Freud, Hacking, Kant, Lacan, Memmi, Nietzsche, Platon, Sloterdijk, Tillich, Resweber...

Marion Fischer-Leresche
Une éthique de la vulnérabilité

Le concept quotidien de vulnérabilité tend à réintroduire une nouvelle forme de paternalisme dans les soins. Le souci de protéger autrui redonne au principe de bienfaisance de sa force. Si cette préoccupation est pertinente, il n'en reste pas moins que ce point de vue, dans le contexte du soin, doit être argumenté raisonnablement. Le problème réside avant tout dans la manière de définir la vulnérabilité et par conséquent la personne dite vulnérable ou, plus largement les populations vulnérables. Parler de personnes - de populations - vulnérables, c'est opérer un tri, une catégorisation, ceci à partir d'une norme explicite ou implicite. Quels sont dès lors les critères pris en compte pour déterminer d'une part la nature de la vulnérabilité, son degré d'autre part et finalement les conséquences effectives sur la capacité d'autodétermination de la personne concernée?

Sur quelles bases se fait l'attribution du patient par les professionnels de la santé à la catégorie des personnes « normalement vulnérables » ou à celle des personnes « plus que normalement vulnérables »¹?

Ces questions sont symptomatiques du contexte socio-culturel contemporain dans lequel la question du bien, du bonheur ou encore de l'utilité ne peuvent pas se définir de façon univoque. Or, au quotidien des réponses concrètes doivent être apportées.

La représentation sociale contemporaine dominante au sujet de la vulnérabilité privilégie la thèse du manque, du défaut ou de l'altération de deux facultés humaines devenues essentielles pour définir la dignité humaine: la raison et la volonté. La vulnérabilité prive l'homme d'une qualité qui le définit en tant qu'être humain et lui confère une valeur propre. Ça n'est pas un hasard si, hormis l'intérêt de la pratique médicale, nos sociétés occidentales acceptent unanimement de définir la mort sur la base du critère de la mort cérébrale.

Exister, c'est avant tout « vouloir » et « pouvoir », bien souvent dans une idée de performance. La vulnérabilité est ce grain de sable dans les rouages de la vie, qui altère l'homme dans son identité, sa dignité ou le prive d'un imaginaire potentiel. Dès lors, elle nécessite assistance, compensation. Être vulnérable, c'est être faible dans son humanité. Ce point nous renvoie à une vision anthropologique d'un homme fort, guerrier, combattant.

Je souhaite donc revisiter cette notion fortement liée à l'expérience de la maladie, pour tenter d'en dévoiler un autre aspect : celui d'une ressource pour le soin. La vulnérabilité, loin de seulement priver l'homme de quelque chose d'essentiel, le force au contraire à exister dans l'essentiel.

Le regard philosophique sur le monde du soin permet d'opérer un décentrage réflexif et de dégager de nouveaux univers de sens pour la pratique quotidienne.

Dès ses origines, la philosophie occidentale a placé la question de la vulnérabilité au centre de ses investigations ; ne serait-ce que par rapport à cette vulnérabilité irréductible, qui tient au fait que l'homme est un être souffrant et mortel.

Pour Aristote, c'est cette imperfection même qui confronte l'homme à une liberté qui le dépasse et le force à penser sa responsabilité. Ce regard permet de penser la vulnérabilité dans une dimension éthique positive. Plus proche de nous, Hannah Arendt fonde l'intelligence des relations humaines sur la vulnérabilité, qui n'est rien d'autre que la condition *sine qua non* d'une humanisation de nos pratiques.

¹ Dans une traduction libre des termes, cette distinction est opérée par Havi Carel dans son article « A reply to 'Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability' by Derek Sellman : vulnerability and illness », *Nursing philosophy* (2009), 10, p. 214-219

Steeve Ella¹

Vive la « fin de la philosophie » ou la philosophie à l'horizon de l'éthique

La philosophie comme on le sait était centrée sur la question de l'être qui est, au fond, sa question inaugurale et fondamentale. Le monde grec en effet est le matin de la pensée ; or, comme se le demandait Heidegger, « *peut-être ce matin n'est profond que médité de notre soir où il décline entrant dans l'aube plus matinale d'un jour encore inattendu.* » Ce jour est désormais connu et fort heureusement d'ailleurs, c'est le jour de la fin de la philosophie. De quoi est-il question au juste ? Il est question au cours de ce propos, de mettre en avant ce que Heidegger appelait irrémédiablement « la fin de la philosophie et la tâche de la pensée ». Ce que ces deux thèmes ont en commun, c'est l'horizon d'une discipline qui ne soit plus fondée sur la question dominante de l'être, sur la spéculation et le verbiage, sur sa prétention à répondre à elle seule à toutes les questions qui mobilisent la conscience humaine aux quatre coins du monde, mais sur sa capacité à se repenser, en particulier grâce à l'éthique, à se définir autrement comme *autrement qu'être*. Il s'agit d'indiquer que la fin de la philosophie désigne la délocalisation de son lieu d'interrogation, du moins du site originaire et traditionnel où elle s'est produite dans l'histoire des idées : l'être. Il s'agit de penser l'autre de l'être, c'est-à-dire Autrui, en mettant entre parenthèses la question de la Vérité qui la sous-tend pour faire place à celle de la Justice, si on considère que la vérité nous renvoie à l'abstrait tandis que la justice nous conduit au concret, au relationnel avec autrui ; car Autrui doit être envisagé non plus comme un même identifié dans le moi, mais comme un être différent qui par la radicalité de son altérité inspire le respect et la responsabilité par le concret de son visage comme le voudrait Emmanuel Levinas. Vive la fin de la philosophie ou la philosophie qui est à son stade terminal à l'époque actuelle, implique par ailleurs qu'elle se doit de « *reconnaître que les sciences modernes dans leur travail d'installation ne vont pas tarder à être déterminées et pilotées par la nouvelle science de base, la cybernétique.* » La cybernétique, à notre époque présente, désigne la technique et son déploiement dans les différents champs du savoir, en l'occurrence la biomédecine et la médecine. Mais étant donné que la cybernétique ne pense pas, étant donné qu'elle démultiplie son efficacité et son champ d'application, elle doit être pensée par la philosophie au risque de ne pas prévenir l'humanité de ses conséquences négatives, aux plans éthique et bioéthique, concernant le maintien de l'humain en l'homme. Dans cet ordre d'idée, la fin de la philosophie serait une critique de la philosophie par la philosophie pour lui donner de se réapproprier son objet et son discours sous de nouveaux hospices et à l'horizon de l'éthique. Le propos sera centré sur les débats contemporains en éthique médicale à l'aune de Heidegger et de Levinas.

¹ Steeve ELLA, auteur de *Emmanuel Levinas, des droits de l'homme à l'homme*, Paris, L'Harmattan, coll. « Commentaires philosophiques », 2009.

Résumés des interventions

Etat des corps

Gilles Barroux

La régénération: objet inépuisable de sciences et de mythologies

L'aptitude du vivant à se reproduire n'a cessé d'être un sujet d'étonnement et d'investigation. En cela, elle confère à une célèbre pensée de Spinoza – « Nul ne sait ce que peut un corps » – une résonance toujours renouvelée. Outre les mécanismes de la reproduction sur lesquels l'homme intervient de manière de plus en plus complexe, c'est dans l'infiniment petit de la matière vivante elle-même que la biologie contemporaine connaît d'intenses expériences avec des enjeux très conséquents. Cet infiniment petit nous fait entrer dans tous les pores des cellules du vivant. Si la biologie cellulaire est déjà une science reconnue, affirmée, l'événement récent réside dans l'aptitude propre à certaines cellules de se régénérer : les cellules souches. Jusqu'à quel point ces cellules sont-elles capables de régénérer un organisme, un tissu ? Quels espoirs sont permis ? L'on parle déjà – ce dont la presse scientifique à grande diffusion se fait l'écho – de réparer le cœur, d'en finir avec les cancers...

En amont de cet événement dont la portée n'est, pour le moment, que partiellement et prudemment envisagée dans les milieux scientifiques, une impressionnante histoire de la régénération de la matière vivante mérite d'être connue, à la lumière des débats contemporains animant une biologie en pleine régénération elle-même.

L'idée de régénération suggère la capacité propre à un être de reprendre vie à partir de quelque funeste accident. Il existe, bien entendu, une mythologie de la régénération. Le Phénix ne cesse de renaître de ses cendres, ne serait-ce que pour alimenter le lexique métaphorique de bien des discours. L'éternel retour n'est-il pas une philosophie de la régénération, un mode d'être ? Les religions ont très tôt compris le parti à tirer de cette aptitude à renaître : la résurrection allie en une même signification aptitudes à la régénération et à l'éternité. Régénération, résurrection, palingénésie...

Mais, au-delà des mythologies et des religions, il y a une histoire scientifique de la régénération. Celle-ci connaît un moment décisif, au XVIII^e siècle, lorsque le naturaliste suisse Abraham Tremblay découvre de curieux animaux – qu'un autre fameux naturaliste, René Antoine Ferchaut de Réaumur, appellera des polypes (de « poulpe » : plusieurs bras) – bousculant l'ordre des distinctions entre le monde végétal et le monde animal. Si les bras de ces « poulpes » se reconstituent, ne pourrait-il en être de même pour d'autres créatures dont l'existence est alors ignorée ? Un formidable engouement, une authentique curiosité s'expriment alors : jusqu'où les êtres sont-ils capables de régénération ? Jusqu'où la matière vivante, que l'on décomposait en fibres, en tissus, loin encore d'une approche cellulaire, est susceptible d'autonomie ? Enfin, jusqu'où les frontières entre les différents règnes de la nature peuvent-elles être bousculées ?

L'idée de régénération connaît également un succès qui ne se dément pas dans la médecine, quand il s'agit d'aller puiser dans le sang des moyens thérapeutiques tout azimut. La nature du sang, même après la découverte de William Harvey au début du XVII^e siècle, continue à être entendue comme un processus de régénération cyclique. Loin d'être rejetée sans être pour autant unanimement appréciée, la pratique de la saignée fait l'objet de justifications reposant sur des arguments aussi bien physiologiques, thérapeutiques, hygiéniques que politiques. En effet, la fin du XVIII^e siècle connaît un regain de la métaphore de la régénération pour invoquer un sang nouveau, frais opposé à celui qui, putride et corrompu, étouffait la France de l'ancien régime. Le citoyen régénéré commence par cet acte vanté comme patriotique : la saignée...

Forçant toutes sortes de limites – entre règnes végétal et animal, entre réparation, cicatrisation et réincarnation, entre politique, idéologie et biologie, ou encore, entre puissance de la nature et pouvoir de l'Homme – la régénération interroge de manière exigeante autant que surprenante, dans l'histoire comme dans une actualité très contemporaine l'état des corps.

Tania Eden**Eine Topographie des Unbestimmten an Grenzen des menschlichen Lebens**

Die gewachsene technologische Verfügungsmacht des Menschen, die sich mittlerweile auf die menschliche Lebenssubstanz selbst erstreckt, hat zu tief greifenden Veränderungen des Naturbegriffs geführt, in deren Verlauf die Grenzen zwischen Naturprodukten und Artefakten ständig verschoben werden. Wo die Grenzen zwischen *bios* und *techne* verschwimmen, tauchen neue Formen von Unbestimmtheit auf, deren begriffliche Bewältigung uns vor besondere Probleme stellt.

Neuerungen in der Intensiv- und Transplantationsmedizin haben dazu geführt, dass unser Lebensende den Charakter eines schicksalhaft vorgegebenen Faktums verloren hat. Wie sollen wir mit Menschen umgehen, deren vitale Funktionen maschinell aufrechterhalten werden, deren Hirnfunktionen aber irreversibel ausgefallen sind? Dem neuzeitlichen Personenbegriff verdanken wir die wichtige Einsicht, dass unser Leben für uns immer auch eine Innenperspektive hat, weshalb wir unsere Identität als Person nicht zuletzt in dem Maße behaupten, in dem es uns gelingt, das, was andere vielleicht als Bruch unserer Persönlichkeit empfinden, trotzdem als die je eigene Biografie zu erzählen. Folglich sollte dem unwiederbringlichen Verlust einer solchen Innenperspektive auch so etwas wie ein personaler Tod entsprechen. Da der eigene Tod als Gegenwart unmöglich ist, ist gegen eine medizinische Definition des Todes, die das Erlöschen personaler Identität mit dem irreversiblen Ausfall aller Hirnfunktionen gleichsetzt, aus erstpersönlicher Sicht wenig einzuwenden. Die zeitlichen Grenzen der menschlichen Existenz werden zunehmend vage. Ähnliches gilt andere Aspekte des menschlichen Lebens. Biotechnische Verfahren der Gehirntransplantation, der Hybridbildung und der künstlichen Zeugung werfen unaufhörlich die Frage auf, ob, von wann ab und bis wann eine Entität noch als Person anzusehen ist.

Doch nicht nur die Identität der Person ist mit Unbestimmtheiten behaftet, auch organische Natur des Menschen, d. h. die Deutung des menschlichen Körpers, sieht sich mit neuen Formen von Unbestimmtheit konfrontiert. Zum Körper sowohl in klassisch ontologischer wie auch in klassisch medizinischer Sicht gehört alles, was innerhalb der ihn umhüllenden Haut liegt. Deshalb betrachten wir ein Dialysegerät, obwohl es lebensnotwendige Funktionen des Organismus übernimmt, gewöhnlich nicht als Teil unseres Körpers. Schon bei der Transplantation einer Spenderniere wird die Sache komplizierter, auch wenn die Abwehrreaktion des Immunsystems zeigt, dass die ursprüngliche Grenze zwischen dem Körper und seiner Umgebung in der Unterscheidung zwischen Eigenem und Fremdem weiterlebt. Glaubt man den Versprechungen der Stammzelltechnologie, dann ist auch diese Unterscheidung bald nicht mehr zweifelsfrei anwendbar. Derzeit wird darüber spekuliert, embryonale Stammzellen zur Herstellung bestimmter Zelltypen, Gewebeverbände oder sogar ganzer Organe heranzuziehen. Welcher Kategorie aber würde ein Organ angehören, das zwar einer körpereigenen Zellprobe entstammte und insofern als ‚körpereigen‘ bezeichnet werden könnte, das aber außerhalb des Körpers entwickelt und danach implantiert wurde, weshalb man es ebenso gut zur Kategorie des Körperfremden zählen könnte?

Ziel meines Vortrags wird sein, mit Blick auf die genannten Phänomene verschiedene Unbestimmtheitstypen zu unterscheiden und zur Diskussion zu stellen.

Camille Jaccard

Les Rapports de Jacques Derrida au savoir médical: entre clôture et ouverture

« Plus et moins d'anatomie ! voilà ce qu'il nous faut aujourd'hui » déclarait Jacques Derrida dans un échange épistolaire au sujet de la différence sexuelle avec la féministe américaine Verena Andermatt Conley en 1982, et d'insister sur la nécessité d'une « ouverture attentive [...] à toutes les formes nouvelles de savoir sur le « corps », sur la « biologie », sans considérer comme « classée » la question dite « anatomique » »¹.

Or, il apparaît que cette remarque n'a, près de trente années plus tard, rien perdu de son actualité. En effet, à une époque où les sciences dites objectives font des découvertes considérables et où les progrès techniques repoussent les limites de l'humain, il est nécessaire pour la réflexion philosophique de tenir compte de ces nouvelles pratiques. Toutefois, cette ouverture ne peut se faire à sens unique et pour réaliser cette « multiplicité des voix » rêvée par Derrida, les sciences objectives doivent également prendre en compte le travail philosophique, combien même ce dernier combattrait l'idée d'un « destin biologique ». En d'autres termes, la revalorisation du savoir anatomique, telle que l'entend Derrida, ne doit pas être confondue avec une reconduction aux « fétiches essentialisants ». En effet, dans toute son œuvre Derrida n'a cessé de relire la tradition afin d'en interroger les structures, les systèmes d'oppositions (notamment la séparation entre essence et existence ou entre nature et culture) et plus généralement les mécanismes de pouvoir sur lesquels elle s'est construite. Mais qu'on ne s'y trompe pas, ce travail *déconstructif* n'est pas uniquement négatif, il permet aussi d'ouvrir des champs d'analyse inexplorés et d'inventer de nouvelles formes de liens. Pour nous donc, qui avons à faire face à de nombreux défis posés dans le domaine de la santé, il pourra être intéressant de dégager les enjeux de cette proposition derridienne qui, si elle peut paraître *a priori* paradoxale, s'avérera sans doute stimulante pour repenser l'interaction du savoir médical avec la philosophie.

Pour mener à bien cette enquête, nous procéderons en deux temps. En premier lieu, nous examinerons dans quelle mesure et dans quel contexte Derrida préconise un recul de l'anatomie. Nous verrons alors en quoi la *déconstruction* opère principalement au niveau de ce que Derrida appelle le *phallogocentrisme*, néologisme dans lequel on reconnaît le terme *phallus* renvoyant à l'organe sexuel masculin. Cela nous permettra d'être attentif au rôle du savoir anatomique dans la construction des représentations, en particulier celle de la femme, ainsi que dans les processus d'assignation à une identité sexuelle qui, dans notre société, découle généralement d'un énoncé performatif proféré par l'autorité clinique. Pour chacun de ces aspects de l'analyse, nous serons également attentifs aux enjeux de pouvoir sous-jacents à ces pratiques et à leurs conséquences juridiques. Nous ne manquerons pas de relever, en outre, les « déplacements d'écriture » et les jeux sur les étymologies qui accompagnent cette *déconstruction*, nous verrons alors comment et pour quelles raisons Derrida se réfère au lexique médical pour forger certains mots de sa philosophie (*hymen*, *invagination*, etc). Ce dernier constat, nous conduira au deuxième temps de l'analyse dont la tâche sera de saisir ce que Derrida entend par un supplément d'anatomie. Nous verrons alors pourquoi il insiste sur l'importance de « re-sexualiser » le langage au détriment d'une prétendue neutralité qu'il condamne, en raison du fait qu'elle relèverait, selon lui, d'enjeux de pouvoirs non déclarés.

Nous terminerons en nous posons la question de savoir quels retentissements les notions et les enjeux mis à jour par Derrida pourraient avoir dans la pratique médicale. Nous nous demanderons, en particulier, si cette pensée qui excède le régime des oppositions sans toutefois passer par l'identité, ne pourrait pas être un secours pour des cliniciens confrontés à des cas ambigus, par exemple d'intersexualité, et si le travail sur la représentation de la femme n'engage pas une approche médicale renouvelée du corps féminin, dont les effets pourraient se remarquer au niveau d'une division du travail entre obstétriciens et gynécologues, mais aussi concernant certains actes médicaux (p. ex. hystérectomie, mastectomie). Par ailleurs, précisons que, si pour des raisons de clarté, nous structurerons notre étude en deux temps correspondants au pôle « plus » et au pôle « moins » du recours au savoir anatomique, nous nous garderons cependant de les considérer comme distinctes et veillerons à maintenir la tension produite par cette polarité. Enfin, signalons que si notre étude touche à des problématiques proches de celles débattues dans les *gender studies*, cela ne relève pas d'un choix que l'on aurait fait *a priori* d'approcher cette question sous l'angle du genre, mais cela découle de l'importance donnée par Derrida à cette question dans son entreprise de *déconstruction* du *phallogocentrisme* (c'est nous qui soulignons).

¹ J. DERRIDA, « Voice II » (1982) dans *Points de suspension : Entretiens*, Paris, Galilée, 1992, pp. 167-181. Toutes les citations sont tirées de ce texte qui nous servira de référence pour notre réflexion.

Gabriel Dorthe**Naissance permanente ou immortalité?**

Le mouvement transhumaniste, encore trop souvent considéré comme relevant de la science-fiction réchauffée cent fois, rassemble des acteurs de plus en plus nombreux, de diverses provenances disciplinaires, et est alimenté par de substantiels fonds publics et privés. Bien structuré, développé aux Etats-Unis depuis les années 1980, il postule que l'humanité n'est pas parvenue au stade ultime de son développement et que ses performances physiques, intellectuelles, psychologiques et émotionnelles doivent donc être améliorées, augmentées par les sciences et les techniques.¹ Le cœur du projet est simple et radical: il s'agit d'améliorer le corps humain à l'aide des sciences et techniques de pointe afin de s'en libérer. C'est la convergence des nanotechnologies, biotechnologies, de l'informatique et des sciences cognitives (NBIC) qui doit permettre de fondre l'humain et la machine et permettre au premier d'atteindre une certaine forme d'immortalité.²

Mais croire que l'intervention technique sur le corps humain est un phénomène nouveau et propre à la société "techno-capitalo-scientifique" nous couperait à coup sûr de la possibilité de comprendre le phénomène dans toute sa profondeur et sa subtilité. Ou, pire, considérer que la technique est *de facto* contraire à la "nature humaine", comme l'a longtemps fait la philosophie.³ Au contraire, le transhumanisme s'inscrit dans une grande tradition de la promesse, du rêve d'immortalité, et d'amélioration technique de l'homme. Le philosophe allemand Peter Sloterdijk, peut-être trop facilement considéré comme un penseur posthumaniste, propose quant à lui de penser l'être humain dans le paradigme anthropotechnique; afin d'élaborer une anthropologie philosophique capable de rendre compte des réalités contemporaines. "*L'expression "anthropotechnique" désigne un théorème philosophique et anthropologique de base selon lequel l'homme lui-même est fondamentalement un produit et ne peut donc être compris que si l'on se penche, dans un esprit analytique, sur son mode de production.*"⁴ Plus qu'une notion, il s'agit donc bien d'un type de cadrage et d'un principe interprétatif. Dans cette perspective, la technique est ni plus ni moins un utérus de substitution⁵ grâce auquel l'homme peut poursuivre son développement – inabouti au moment de la naissance biologique (néoténie) – dans un processus de "*naissance permanente*".⁶

Dans cette communication, je me propose dans un premier temps de confronter le paradigme élaboré par Sloterdijk au "terrain" transhumaniste, afin d'interroger ce qui me semble être un curieux renversement de la focale du projet anthropotechnique: de la naissance permanente à la suppression de la mort. Dans un second temps, il s'agira d'examiner les conséquences de cette opération de renversement sur les conceptions que nous avons de l'être humain dans un contexte où le rapport entre l'homme et sa capacité d'emprise sur la nature se fait de plus en plus problématique; l'idéologie du progrès et la finitude des ressources naturelles de plus en plus contradictoires et conflictuelles.

¹ Voir par exemple le site web de Ray Kurzweil, l'un des ténors du mouvement transhumaniste, Kurzweiltech: <http://www.kurzweiltech.com>; ou celui du "premier cyborg" Kevin Warwick: <http://www.kevinwarwick.org>.

² Mihail C. Roco et William Sims Bainbridge, *Converging Technologies for Improving Human Performance. Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology and Cognitive Science*, Arlington (Virginie), National Science Foundation, 2002.

³ Voir Dominique BOURG, *L'homme artificiel. Le sens de la technique*. Gallimard, 1996.

⁴ Peter SLOTERDIJK, *La domestication de l'Être. Pour un éclaircissement de la clairière*. Mille et une nuits, 2000, p. 18.

⁵ *Ibid.*, page 55.

⁶ Peter SLOTERDIJK, "La nouvelle condition humaine", entretien avec Eryck de Rubercy, in *Revue des Deux Mondes*, octobre-novembre 2002, page 184.

Gaëlle Le Dref

Espèce, genre et anormaux à l'ère de la biomédecine et des biotechnologies: vers une éthique posthumaniste?

Les techniques médicales et du vivant suscitent aujourd'hui de multiples controverses - sociotechniques, éthiques, politiques et philosophiques. L'une d'entre elles, que l'on qualifiera volontiers de métaphysique, est la controverse sur le devenir et l'intégrité de l'espèce ou du genre humain.

Cette controverse particulière est liée à l'effectivité récente des biotechnologies, qui ne prennent réellement leur essor que dans les années 1970 avec la découverte de l'ADN recombinant, et *a fortiori*, de leurs applications à l'homme dans le domaine de la santé et de ce que l'on appelle désormais les anthropotechniques. Plus récemment, la biomédecine a encore vu le champ de ses possibilités s'accroître avec le développement de technologies potentiellement convergentes avec les biotechnologies : les sciences cognitives, les nanotechnologies et les technologies de l'information et de la communication. Cette convergence et ses conséquences éventuelles pour l'homme ont été rendues célèbres dans un rapport de 2002 influencé par le mouvement de pensée américain transhumaniste : « Technologies de conversions pour l'amélioration des performances humaines »¹. A cette occasion, il fut rendu explicite à destination d'un large public et de décideurs économiques et politiques que les nouvelles technologies afférentes au vivant humain pouvaient et devaient, dans un avenir proche, servir un idéal trans-humain, à savoir l'avènement d'un nouvel homme, considéré aussi bien du point de vue de son individualité que de son humanité, de son espèce que de son genre. En cela, le rapport se présentait aussi comme un manifeste éthique et philosophique ayant partie lié avec, d'une part la littérature prolifique sociobiologiste ou explicitement transhumaniste de ces dernières décennies, et d'autre part, évolutionniste et eugéniste de la première moitié du 20^e siècle. Ainsi l'humanité actuelle y est-elle conçue comme transitoire, un passage de l'évolution à la fois biologique et culturelle de l'espèce, dirigée, grâce à diverses technologies politiquement orientées, vers un avenir glorieux où l'idée du bonheur est pensée comme absence de souffrance et toute puissance de l'esprit – y compris dans la réalisation de corps fantasmés.

C'est dans un tel contexte philosophique aussi bien que technologique que nous aimerions réfléchir à ce que Michel Foucault nommait les « anormaux », les hors-genre et hors-espèce par définition, à partir de la pensée posthumaniste. En effet, au fondement de la pensée sociobiologiste ou transhumaniste se trouve une pensée philosophique plus générale, pour laquelle les morales ou éthiques traditionnelles ont échoué à réaliser l'humain en tant que genre. Ainsi, le posthumanisme, à travers des auteurs tel que Peter Sloterdijk, postule que l'être humain, « monstre prometteur », n'évoluera plus guère par les Lettres et l'éducation. En tant qu'animal, il doit persévérer dans l'auto-modification de son espèce, pour, précisément, appartenir à une humanité supérieure. Pour cela, toutes les hybridations et les sélections sont possibles, sinon souhaitables. L'humain « amélioré », concept évolutionniste aussi bien que philosophique, serait ainsi une réalité envisagée par le posthumanisme comme refondation de l'identité humaine pour son bien, individuel comme collectif. L'anormal, à savoir le faible, le souffrant, l'inadapté social à des titres divers, serait quant à lui celui qui, desservant l'intégrité de l'espèce, nourrirait une politique d'exclusion, ayant aussi la biomédecine comme auxiliaire, ainsi que d'aucuns le dénoncent dans certaines pratiques.

¹ Ce rapport avait été missionné par la Fondation scientifique nationale et le Département américain du commerce.

Hélène Martin**Ecouter son corps. L'influence de la LAMal sur la rationalité des pratiques de santé**

Cette communication s'inscrit dans le thème *III. Justice des lois*, tout en empruntant au thème I la question de la perception de la médecine cartésienne telle qu'elle se déploie aujourd'hui et au thème II celle de l'intervention de l'Etat dans certaines prises en charge médicales. Elle est issue d'une recherche achevée fin 2009 portant sur les représentations de la santé et du corps d'usagers et usagères de médecines complémentaires et sur leur rapport à l'assurance maladie obligatoire et aux assurances maladie complémentaires durant et après la période de remboursement de 5 médecines complémentaires par l'assurance obligatoire de soins (1999-2005)¹.

Nous montrerons d'abord que, dans les discours des personnes interviewées, médecine scientifique et médecines complémentaires sont opposées selon une dichotomie morale (impureté/pureté)². Par exemple, le naturel est opposé au chimique, « les effets secondaires [des médicaments], nocifs à plus ou moins long terme sur l'organisme, et qui polluent en plus » étant opposés aux bienfaits dits naturels des médecines complémentaires : « j'estime être un corps humain naturel, être un élément de la nature, et donc, pour me soigner, j'ai besoin de choses qui me viennent de la nature ». Autre exemple, l'opposition entre un corps morcelé et réduit à sa matérialité (une critique de la médecine scientifique que l'on rencontre également dans certaines perspectives des sciences sociales) et des approches qui « s'intéressent à l'être humain dans son ensemble » et au sens de la maladie (« la question *pourquoi* ? »).

Nous montrerons dans une deuxième partie qu'une telle approche des soins s'inscrit dans une conception et dans un rapport au corps particuliers. Le corps, comme la nature, s'exprimerait ; loin d'être silencieux, il serait par exemple le lieu de « perturbations énergétiques, vibratoires » qui demandent à « se faire remarquer, sentir ». Ce corps dont les expressions les plus discrètes nécessitent une attention constante doit être écouté et protégé : « il ne faut pas en être obsédée, mais si on écoute ces signes-là, on va peut-être éviter ou en tout cas retarder l'apparition de certaines maladies et puis on va nourrir l'organisme de ce qui lui manque ». Le murmure du corps signe donc son existence et la prévention des maladies repose sur la responsabilité individuelle : « la solution miracle est de se prendre en charge soi-même ». Bien que se présentant comme critiques du discours médical dominant, les personnes interviewées produisent donc des discours convenus, valorisant la nature, perçue comme juste et bonne, ou encore reconduisant le principe de responsabilisation personnelle ; concernant la santé, ce principe véhicule l'idée que chaque individu peut et doit gérer sa santé, et il participe de la sorte au masquage des inégalités de santé entre groupes sociaux.

Ironiquement, ces personnes qui présentent un profil conforme aux injonctions en matière de santé et à l'idéologie individualiste dominante sont plutôt mal servies par les assurances. Nous montrerons dans notre troisième et dernière partie qu'elles se retrouvent difficilement dans le système suisse des assurances sociale et privées. Leurs convictions en matière de santé les conduisent à faire des choix indépendamment des contrats qu'elles ont contractés. Illustrant ces deux aspects, une personne affirme : « je vais au-delà de ce qui est remboursé par les assurances et pour vraiment aller plus loin dans la réflexion. Si c'est remboursé, tant mieux. Si ce n'est pas remboursé tant pis ». Ce n'est donc pas une logique rationnelle et comptable qui guide ces personnes dans leurs recours sanitaires mais une construction du corps, voire même une cosmologie. Ce constat nous conduit à relever d'une part le hiatus existant entre les pratiques de soins d'une partie de la population et l'assurance sociale suisse et, d'autre part, l'intérêt de ce système pour les assurances privées qui sont sans cesse sollicitées mais dont les prestations (peu maîtrisables) ne correspondent que très partiellement aux pratiques réelles.

¹ *Médecines non conventionnelles et assurance sociale: un divorce à l'amiable. Une étude qualitative menée autour de la question de l'introduction puis du retrait de 5 « médecines complémentaires » dans l'assurance obligatoire de soins*, financée par le REA. Hélène Martin, responsable de recherche ; Jérôme Debons, chargé de recherche.

² NB. Une dichotomie exclusivement discursive car leurs pratiques renvoient par contre à un usage conjoint de ces médecines, en fonction de rôles différenciés qui leur sont attribués.

Jérôme Debons**Retour sur le débat autour des médecines complémentaires en Suisse romande et sur les enjeux d'une approche intégrative en santé**

Ma proposition de communication s'appuie sur une recherche menée en 2008-2009 portant sur les pratiques et les discours des usagères et usagers des médecines dites complémentaires (homéopathie, médecine traditionnelle chinoise, médecine d'orientation anthroposophique, thérapie neurale et phytothérapie) et sur leur recours aux assurances sociales et privées pour financer ces prestations¹ ainsi que sur un mémoire que j'ai réalisé dans le cadre du Certificat en politiques sociales à l'université de Genève en 2009, travail qui a approfondi et poursuivi l'un des axes de cette recherche². Cette proposition touche à l'analyse des conceptions de la médecine et du pluralisme médical en Suisse. Pour décliner ces thèmes, je commencerai par évoquer quelques aspects du débat autour des médecines complémentaires en Suisse romande en partant de la votation du 17 mai 2009 acceptée par le peuple à 67% des voix et dont l'article constitutionnel 118a a la teneur suivante : « La confédération et les cantons pourvoient, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires ». Je m'intéresserai à ce projet de loi intitulé « Avenir avec les médecines complémentaires » en le plaçant dans son contexte et je montrerai que les débats se définissent en fonction de deux enjeux majeurs aujourd'hui : celui de la démocratisation de l'accès à ces médecines d'une part, et celui de leur professionnalisation au regard de la loi en vigueur de l'autre (accès à la reconnaissance légale, réglementation plus stricte de la formation professionnelle, développement de l'enseignement et de la recherche). J'aborderai ensuite le débat actuel de la médecine intégrée ou intégrative et tenterai de mettre à jour la position des tenant·e·s des médecines complémentaires face à cette question. Après avoir défini cette notion, je mettrai à profit certains extraits d'entretiens réalisés avec une quinzaine de médecins généralistes pratiquant l'une des cinq méthodes de médecines complémentaires introduites dans la LAMal entre 1999 et 2005. Je montrerai que ces praticien·ne·s se rejoignent toutes et tous sur quelques valeurs communes en ce qui concerne leur vision de la pratique médicale (notamment sur l'utilisation de procédés naturels de soins contre une médecine allopathique, l'attention pour les maladies fonctionnelles, l'importance de la prise en charge personnalisée et globale et l'aspect relationnel) et qu'ils et elles ont pour particularité de mettre en avant une vision de la médecine basée sur l'idée de la santé et de sa préservation plutôt que sur celle de la maladie et de son éradication. Pour conclure, je montrerai qu'entre légitimité sociale reconnue et légitimité scientifique refusée, les représentant·e·s des médecines complémentaires (je ne considère ici que les médecins certifiés FMH et non pas les thérapeutes non médecins) évoluent sur les frontières de l'orthodoxie tout en étant porteurs d'une nouvelle idéologie, celle de l'approche intégrative en santé.

¹ *Médecines non conventionnelles et assurance sociale: un divorce à l'amiable*, Recherche eesp 7100 terminée en novembre 2009. Requérante principale : Prof. Hélène Martin ; chargé de recherche : Jérôme Debons. Cette recherche a été menée à l'Ecole d'études sociales et pédagogiques de Lausanne (Eésp - Haute école de travail social et de la santé) et soutenue par le Réseau d'études appliquées en politiques sociale, familiale et de la santé (REA).

² *L'assurance maladie et les médecines complémentaires. Retour sur la votation du 17 mai 2009 et ses enjeux*, novembre 2009, sous la dir. de la prof. Claudine Burton-Jeangros, Unige/Fac. SES

Serge Friedli

Médecines parallèles et nouvelles perspectives sur le corps.

La communication comprendra les axes suivants:

- a) montrer la pertinence du modèle cartésien pour la médecine « traditionnelle ».
- b) montrer que le modèle cartésien n'est pas adapté aux médecines « parallèles » et proposer un nouveau modèle, celui du corps comme système sémiologique.
- c) interroger la psychanalyse, en particulier la psychanalyse existentielle sartrienne, face à ces deux conceptions.
- d) réfléchir à quelques implications ontologiques de cette nouvelle optique sur le corps