

Religion et spiritualité

M. Miles

West Midlands, Royaume-Uni

Introduction

Pourquoi cet article?

Un professeur en psychiatrie et en réadaptation raconte l'histoire d'une patiente née avec une amyotrophie spinale, ayant subi les habituelles séries évolutives d'interventions médico-thérapeutiques, qui poursuivait simultanément sa propre quête spirituelle et sa recherche du sens et de la signification profonde de la vie, et dont les origines religieuses allaient du christianisme catholique jusqu'aux principaux textes sacrés hindous. Pendant plusieurs années, aucun service de réadaptation ne tenait compte de ce que le patient considérait comme « l'aspect le plus essentiel de son être : sa spiritualité ». La patiente et le professeur partageaient entièrement ce point de vue, car ils étaient, en fait, une seule et même personne (Nosek 1995). Dans une perspective différente, un groupe d'entraide, composé de mères indiennes élevant des enfants atteints d'importantes déficiences intellectuelles dans une région très démunie de Delhi, est arrivé à la même conclusion à propos de la « religion organisée ». Ces femmes, provenant de milieux hindous, bouddhistes, musulmans et chrétiens, ont trouvé dans les discussions qu'elles entretenaient entre elles plus d'aide que dans les voies spirituelles proposées par les différents mentors religieux pour mieux comprendre le handicap de leur enfant. Chacune d'elle menait une lutte : elles étaient armées d'une foi et d'une philosophie qu'elles avaient elles-mêmes forgées sur l'enclume de leurs expériences amères (Balasundaram 2007).

De récentes revues de la littérature nord-américaine indiquent que, dans la dizaine d'années qui s'est écoulée depuis le commentaire de Nosek, l'intérêt pour le domaine de la « religion » et de la « santé » s'est rapidement accru, alors que dans le domaine de la « religion » et du « handicap », un accroissement est perceptible, mais demeure faible en comparaison (Lee et Newberg 2005; Johnstone et coll. 2007; Zhang et Rusch 2005). Dans l'ensemble de l'histoire écrite, les pratiques religieuses et les arts voués à la guérison, à la thérapie et à la réadaptation se sont soutenus mutuellement (Ebrahimnejad 2002; Sullivan 1987; Veith 1972, 10, 53, 215; Zysk 1998), et il semble que ce renforcement mutuel se poursuit dans l'ensemble du monde rural et non industrialisé d'aujourd'hui. Le compte-rendu de Katz (1982) sur les pratiques chamaniques de guérison chez les !Kung du désert du Kalahari, dont certains de leurs guérisseurs vivaient avec d'importantes incapacités, transmet une perception des millénaires au cours desquels les humains vivaient « entre ciel et terre », avec peu de possessions matérielles et une sensibilisation accrue aux menaces et aux possibilités de l'existence spirituelle. La diffusion globale, mais principalement urbaine, de la médecine, de la psychiatrie et de la réadaptation fondées sur la science n'a cessé de croître en s'éloignant, souvent de manière contradictoire, des croyances religieuses traditionnelles, des pratiques curatives et des thérapeutiques autochtones. Et pourtant, les gouvernements de vastes populations rurales, comme la Chine et l'Inde, ont tenté d'intégrer les guérisseurs traditionnels et leurs croyances à leurs services de santé modernes (Bray 1999; Leslie 1976; Wujastyk 1998, 9-10). Certains praticiens des pays en développement ayant une formation

scientifique trouvent en effet utile d'étudier les méthodes traditionnelles, particulièrement dans le domaine de la santé mentale (al-Habeeb 2002; Issa 2000; Khalili et coll. 2002; Patel et coll. 1995; Raguram et coll. 2002; Salib et Youakim 2001; Winkelman 2004); et de découvrir et de s'approprier les ressources matérielles, les compétences, les techniques et la philosophie offertes à l'échelle locale (Adams 2002; Feierman 2000; Werner 1998). Certaines écoles de pensée religieuses se sont mobilisées pour combler les écarts en modernisant leur approche, en étudiant l'idéologie de la science moderne, en créant des services d'aumônerie et d'autres mesures. Beaucoup de médecins, de psychiatres et de thérapeutes, qu'il soient de confession athéiste, agnostique ou religieuse, ont compris que la culture religieuse et la spiritualité de leurs patients ont d'importantes répercussions sur la manière dont ceux-ci accueillent et respectent leur programme thérapeutique, sur la vitesse et l'étendue de leur (auto-)guérison et de leur convalescence, ainsi que sur les bienfaits de la participation des familles et des collectivités locales dans le processus de réadaptation.

Il existe un certain mouvement analogue tentant de ré-humaniser la rencontre thérapeutique, de faire tomber les masques et les obstacles professionnels, d'entretenir les éléments incommensurables des soins et de la bienveillance humaine, en plus de possiblement découvrir une façon de transformer la thérapie en un processus agréable (Halliburton 2003), une partie intégrante d'une vie harmonieuse (Iwama 2005) inspirée des cultures orientales dans lesquelles le débat science-religion est abordé plus intelligemment. À l'opposé se dessine une tendance à la construction d'installations de réadaptation, tout comme l'on construit des usines de fabrication d'automobiles, et le besoin de les gérer pour obtenir un rendement maximal, d'en contrôler les coûts, la capacité de production mécanisée et la génération de profits. Une synthèse de ces tendances peut faire émerger des situations où les gens ont le choix parmi différentes thérapies de réadaptation. Ils préfèrent alors payer pour des services reconnus pour leur efficacité scientifique, acceptables sur le plan culturel et qui font généralement bonne figure. Il faut également se rappeler qu'une proportion considérable de personnes ayant des incapacités a peu de contacts avec le monde de la réadaptation, de la guérison et de la thérapie: leur « déficience » constitue un état physique permanent autour duquel elles arrivent à se bâtir une vie humaine à peu près normale. Leur principale exigence envers la société est que celle-ci doit éviter d'encombrer l'environnement qu'elle a construit et l'environnement social d'obstacles liés au physique et à l'attitude.

Des rapports de médecins, de thérapeutes et de prêtres qui ont eux-mêmes vécu des expériences de maladies graves et des situations de handicap peuvent également apporter des éclaircissements et permettre une meilleure sensibilisation à la complexité de la pensée, des expériences et des paradoxes dans ce domaine (Axelrod 2005; Boswell et coll. 2001; Klitzman et Daya 2005; Koss-Chioino 2006; Nosek 1995; Squier 2004). L'implication personnelle a injecté des réflexions plus profondes de sources artistiques, littéraires, philosophiques et théologiques dans l'expérience humaine et suscité des réactions à la surdité et au handicap (ex.: Bragg 2004; Byrne 2000; 'David B' 2005; Oe 2001; Peloquin 2005; Yong 2007). Il a également exercé une influence sur le discours anthropologique dans ce domaine (Haualand 2007; Ouertani 1999; R sing 1999). Un nombre croissant de rapports rédigés par des thérapeutes se trouvant près des lignes de front de conflits armés, de luttes d'émancipation, de catastrophes naturelles et de mesures de reconstruction mettent en évidence les côtés sombres et sanguinaires de la société humaine, troquant leur propre sûreté, ainsi que l'ordre et le calme avec lequel ils abordent habituellement les problèmes afin de répondre à des demandes plus urgentes en ce qui a trait à leur engagement, à leur compassion

et à leur spiritualité (Kronenberg, Algado et Pollard 2005; Werner 1998).

Dans un contexte urbain moderne de plus en plus multiculturel, multireligieux, impersonnel et automatisé, l'idée que les professionnels ayant une formation dans les sciences de la réadaptation et de la thérapie devraient, d'une manière ou d'une autre, « tenir compte de l'aspect spirituel » de leurs clients peut se présenter comme un saut périlleux dans des profondeurs inconnues, dans des relations compliquées et des conséquences imprévisibles (Farrar 2001); et certains professionnels sont en effet conscients qu'ils ont besoin d'être mieux informés, à la fois dans le domaine de la spiritualité et dans celui de la diversité des origines culturelles et religieuses (Faull et coll. 2004; Stone 2005; Yamey et Greenwood 2004). Cet article trace un portrait d'une partie du profil, de la complexité et de certaines ressources que l'on peut trouver dans les textes et les pratiques religieuses, afin mieux comprendre la zone souvent difficile, mais parfois enrichissante, comprises entre la religion, la spiritualité, le handicap et la réadaptation. Il permettra surtout de mettre en évidence certaines ressources religieuses des pays de l'Asie, du Moyen-Orient et de l'Afrique, où les contacts entre les méthodes modernes et traditionnelles pour aborder le handicap sont différentes des méthodes occidentales du 20^e siècle. (Pour un article récent sur des thèmes semblables mettant l'accent sur l'aspect occidental, voir Gaventa et Newell, 2006).

Religion et spiritualité

Contrairement à la terminologie scientifique prescrite à l'usage dans le domaine de la réadaptation, des mots comme « religion, religieux » et « spirituel, spiritualité », ainsi que leurs équivalents dans de nombreuses langues, font partie du discours quotidien. Ces mots, qui se rapportent à des croyances et à des expériences ne pouvant ni être définies ni mesurées, sont moins susceptibles d'être repris par la science et employés avec précision. Ils accumulent également une gamme d'inflexions et de nuances dans les différentes langues et les différentes cultures, en plus de posséder une vaste histoire étymologique. En anglais, par exemple, « *the spirituality* » (la spiritualité) était, à l'époque, un terme générique désignant tous les évêques, les prêtres, les diacres, les religieuses et les autres membres de la hiérarchie ecclésiastique, alors que le mot « *religion* » a parfois été utilisé comme un terme péjoratif pour désigner un zèle dans la participation aux séances religieuses dans les mosquées, les temples et les églises: « *He was a fun-loving guy until he got religion!* » (C'était un chic type, jusqu'à ce qu'il « attrape » la religion!¹). Dans la langue anglaise, les tendances actuelles semblent refléter l'inverse de ces deux exemples. Le mot « *religion* » est dorénavant utilisé le plus souvent pour désigner les crédos formels, les doctrines et les activités communautaires organisées, alors que « *spirituality* » signifie plutôt la quête personnelle et le don de soi d'un participant ou de quiconque explore une religion ou une philosophie liée à la transcendance. Le terme « *spirituality* » a récemment été décrit comme « une notion complexe, énigmatique, abstraite et ambiguë » tel qu'il apparaît actuellement dans la documentation sur la santé (Sessanna, Finnell et Jezewski 2007).

Ces mots à caractère religieux reviendront tout au long de l'article en empruntant certaines de ces significations modernes. On se rapportera principalement aux grandes religions, soit les religions monothéistes dites « abrahamiques » (judaïsme, christianisme et islamisme), les religions et les philosophies dans lesquelles les notions de karma et de renaissance sont prédominantes (hindouisme, jaïnisme et bouddhisme), et on se rapportera à l'occasion aux

¹ N.D.T.: traduction à titre informatif seulement.

religions africaines traditionnelles et aux principales philosophies religieuses de l'Asie orientale (confucianisme, taoïsme, shinto et certaines écoles bouddhistes). On peut soutenir que la gamme d'enseignements et de pratiques comprises dans l'hindouisme est si vaste et diversifiée qu'il est impossible de le considérer comme une religion à part entière: il s'agit d'un océan de croyances, de philosophies et de pratiques religieuses. Pourtant, on observe les mêmes caractéristiques dans le bouddhisme et le christianisme dans le monde entier. Ce débat ne sera toutefois pas poursuivi dans le présent article. Aborder l'une ou l'autre de ces religions ou philosophies liées à la transcendance par le biais de la langue anglaise, française ou espagnole signifierait aussi le risque d'introduire certaines variations de sens et d'accentuation dans le discours en s'éloignant des langues maternelles et de leurs origines. Les locuteurs de langues européennes devront être vigilants.

Conflits internes et externes

Abstraction faite des problèmes de traduction, les religions sont en pratique reconnues pour susciter des conflits et des divisions internes et externes. Au sein de chaque religion réside une diversité de croyances et de pratiques, parfois issues d'écoles enseignant des doctrines contradictoires, ou de différentes préférences chez les adeptes, comme la préférence pour les cérémonies religieuses communautaires plutôt que les démonstrations individuelles de piété intérieure; ou la mise en œuvre de mesures concrètes afin de soulager les plus démunis, par rapport au refus de participation dans un monde perçu comme malsain. Bien que l'on prêche surtout l'amour, la paix et la fraternité de l'humanité, il y a également eu beaucoup de conflits violents entre les représentants des différentes religions qui se sont montrés exacerbés quand les différences religieuses coïncidaient avec l'identité ethnique, la caste ou les classes sociales. Les défenseurs des croyances religieuses se sont également vus confrontés aux mouvements de sécularisation et aux idéologies scientifiques. Ces idéologies ont d'ailleurs probablement entraîné la vague de changement et de modernisation qui ébranle le discours religieux et tente de briser le moule des anciennes règles et interdictions (Dennett 2007). Pourtant, les mouvements séculaires et « modernisants », sous des bannières telles que « progrès scientifique » ou « socialisme révolutionnaire », ont également été soumis à un examen critique, car ils pouvaient aussi comporter des paradigmes rigides réprimant la pensée, être impliqués dans la dégradation environnementale, la pollution alimentaire et dans des bains de sang semblables à ceux qui ont été perpétrés au cours des guerres « religieuses » dans le passé. Les progrès liés à la science et à la technologie de l'information ont contribué au changement social de masse et continuent de générer des enjeux éthiques et moraux complexes, sans toutefois n'offrir aucune augmentation notable dans le nombre de solutions crédibles sur le plan politique. Les religions sont les gardiennes traditionnelles de la terminologie de l'éthique et des valeurs morales; pourtant, la coexistence est parfois difficile entre la terminologie religieuse et le genre de décisions éthiques exigées dans les développements biomédicaux en constante évolution.

Domaines en mutation à l'échelle mondiale

Le monde des humains, autrefois un jeu de cartes soigneusement classé selon la race, la famille, la couleur de la peau, la religion et le rang social, ressemble de plus en plus à un jeu de cartes ayant été brassé de façon aléatoire, et duquel de nombreuses marques ont été effacées (Geertz 2005). Que ce soit dans la rue ou dans la salle d'attente d'une clinique de réadaptation physique, le voisinage prend des allures de kaléidoscope composé d'origines ethniques et religieuses, de tranches d'âge, de niveaux d'instruction et d'attentes sociales variés. Tous souffrent probablement des mêmes douleurs aux épaules ou au dos et leur corps

est sans doute capable de répondre à des processus physiologiques de traitement identiques, mais la signification que chacun donne à ses symptômes, à leurs conséquences sociales et au déficit de fonctionnement qui peut en résulter offrira de multiples variantes, allant de croyances à propos de l'origine et de la signification de la douleur aux différents ensembles culturels d'images du corps et de perceptions corporelles. Ces facteurs peuvent en effet influencer l'assiduité des clients à leur traitement, fournir des indications concernant leurs activités quotidiennes, les circonstances qui ont donné naissance à leur problème, ainsi que les thérapies qu'ils ont suivies auparavant, et ils acceptent finalement le traitement qu'on leur offre, se plient (ou non) aux exercices à faire la maison et aux restrictions alimentaires qui leur sont recommandées, font l'expérience de la guérison et en décrivent correctement les résultats. Le spectre de ces facteurs peut varier chez les clients vivant avec des incapacités permanentes, et qui sont en quête d'un traitement pour une affection fortuite ou une nouvelle déficience.

Au sein de différents groupes d'âges d'une seule famille urbaine, on trouve souvent plus de deux ensembles de perceptions et de terminologies du corps et de son fonctionnement présentant des différences significatives; et ces perceptions se modifient au fil du temps, sous l'effet de nombreuses influences, à la fois locales et globales, rationnelles et irrationnelles (et de différentes nuances entre ces extrêmes). Un documentaire télévisé sur un type particulier de thérapie ou de cure, une prise de position d'un chef religieux sur une question bioéthique, l'opinion critique d'un blogueur, un article dans une revue médicale, un reportage à propos de la reconstruction cosmétique d'une star du cinéma: tous ces éléments peuvent, en l'espace de quelques jours, avoir un effet de réaction en chaîne et modifier la conception qu'une personne vivant à l'autre bout du monde a de son corps, tout comme ils modifieront celui du voisin d'une manière différente cinq ans plus tard. L'ascension rapide et la diffusion globale du savoir, accompagnées d'échos et de distorsions de toute sorte, engendrent une croissance encore plus importante du nombre de données floues et erronées, accompagnée d'une diffraction culturelle produite par le passage à travers les milliers de filtres et d'opérations de traduction. La diversité peut parfois se révéler avantageuse, mais la personne en quête de soulagement et de guérison ne peut vraiment espérer rencontrer un thérapeute partageant un monde conceptuel identique au sien, ou même se l'imaginer.

Les thérapeutes et les praticiens urbains se sont habitués à un problème récurrent: ils ont besoin de comprendre, ne serait-ce qu'un peu, la vie de leurs clients, leurs croyances et leurs activités, afin d'être en mesure de répondre adéquatement à leurs besoins et de pouvoir personnaliser les thérapies sur demande; la diversité de ces existences, de ces croyances et de ces activités s'accroît et se modifie encore de manière imprévisible, comme le démontre chaque numéro mensuel de revues thérapeutiques faisant constamment le bilan de changements et de défis dans la pratique professionnelle. Les grandes religions sont également en processus de modification et de réformation. Dans chaque religion, certaines factions acceptent chaque nouvel élément proposé, alors que d'autres les rejettent vigoureusement, ce qui produit des répercussions et des échos à l'échelle mondiale, car les chefs et les érudits religieux réagissent aux pressions en faveur du modernisme, et chaque adepte choisit individuellement de suivre le courant, de réagir, de s'abstenir de tout commentaire ou d'éviter le débat.

Comment les grandes religions ont-elles abordé le handicap?

Les textes fondamentaux

Les grandes religions et philosophies religieuses possèdent toutes des textes historiques sacrés qui sont utilisés afin de sous-tendre la doctrine et le comportement de leurs adeptes et pour remettre en question les comportements individuels et sociaux. Elles disposent également de mécanismes pour assurer la bonne garde, l'interprétation et la transmission des textes religieux. Les adeptes de chaque religion ou voie spirituelle présentent de multiples variantes, allant de ceux pour qui l'interprétation traditionnelle des textes sacrés détient l'autorité suprême, à ceux qui se permettent, en privé ou en public, de faire des choix dans ce qu'ils acceptent, rejettent, désirent modifier ou réinterpréter dans les textes, en passant par les gardiens et les interprètes officiels. De plus, il est rarement facile et simple d'affirmer avec certitude que « la Torah dit X » à propos du handicap, que « le Coran dit Y à propos de la réadaptation » ou que « l'enseignement confucianiste sur la déficience intellectuelle est Z ». Le passage des textes anciens vers des formulations modernes des croyances et des règles de conduite a comporté des processus complexes de transmission historique, de traduction, d'interprétation et de foi. En fait, la complexité de ces processus fait place à une certaine flexibilité et ouvre la voie à la réforme; mais il s'agit souvent d'un processus extrêmement délicat et contesté.

Approche

Il est relativement facile de croire, mais en revanche difficilement défendable, que l'on puisse adopter une approche impartiale, neutre et complètement objective envers les textes sacrés du monde en les percevant tels des objets distants dans un télescope ou des échantillons de texte que l'on dissèque au microscope. Les adeptes religieux considèrent souvent que leurs propres textes sacrés sont des autorités divines bien définies s'adressant à toute l'humanité pour la réprimander et que les textes des autres religions, bien qu'ils aient un certain mérite, sont imparfaits. Si l'on devait ne pas être d'accord avec de telles affirmations, ou si l'on voulait les modifier, ce serait là se distancer d'une neutralité désintéressée. Les athées militants considèrent probablement tous les textes religieux comme un paquet d'absurdités de nature dangereuse, responsables de nombreuses tueries dans le monde, alors que les non-croyants plus modérés y voient quelques extraits instructifs perdus dans une toile de superstition et d'énoncés totalement inconcevables. Ces points de vue peuvent tous être défendus avec preuves et arguments à l'appui, mais on ne peut arriver à démontrer hors de tout doute ou faire la preuve scientifique de leur validité, tout comme en est incapable le camp religieux. Même le fait de lire les écritures religieuses du monde (versions traduites), sous le phare conventionnel de spécialistes de chaque texte, exige un investissement ponctuel énorme et une certaine réponse ou réaction personnelle face aux prétentions élaborées pour elles et par elles.

Il faut avouer que l'approche préconisée ici, dans la description des textes et des interprétations relatives au handicap et la réadaptation, a un parti pris et une intention bien précise. Elle commence par présenter un point de vue généraliste selon lequel, tout au long de l'histoire, les personnes handicapées du monde entier ont dû faire face à des difficultés issues directement de leur condition déficiente, et ces difficultés ont souvent été aggravées par les obstacles liés à l'environnement et les attitudes défavorables, les restrictions juridiques, les interdictions et la surprotection qui leur ont été imposés. Certaines attitudes défavorables se trouvent dans les textes religieux et ont été appuyé par l'enseignement religieux; alors que

d'autres facteurs plus favorables aux personnes handicapées, prônant respect et égard à leur endroit et encourageant la thérapie et la guérison, se trouvent également dans ces mêmes textes et dans l'enseignement. On peut considérer les grandes religions comme un héritage culturel pour l'humanité, dans lequel de nombreuses personnes trouvent un soutien et une motivation à adopter un comportement plus positif et souhaitable, ou encore une justification au fait qu'ils exercent de la discrimination et persécutent les minorités.

Le choix de l'être humain est en jeu dans tout ce qui est perçu dans ces textes et dans certaines des parties sur lesquelles on met l'accent et que l'on enseigne aux générations suivantes. Ce choix est exercé surtout par les spécialistes et les enseignants de chaque religion. Pourtant, comme les personnes issues des grandes religions et philosophies sont de plus en plus alphabétisées, qu'elles vivent plus près l'une de l'autre et s'insurgent devant les différentes croyances et pratiques de chacun, nombreuses sont les occasions d'apprendre certains des aspects les plus attrayants de ces religions et philosophies, ainsi que de constater ceux qui le sont moins. Nous (l'espèce humaine) semblons avoir du chemin à faire pour arriver à la réalisation, en pratique, du grand idéal d'un monde où la vaste majorité des personnes handicapées puisse avoir des chances raisonnables de profiter d'une vie décente et digne et de contribuer de leur mieux à la société, peu importe la définition qu'on en donne. Il est donc avantageux d'apprendre et de partager les ressources les plus utiles issues de chaque culture, de chaque religion et de chaque philosophie, ainsi que celles issues de l'effort mondial de création du savoir scientifique. Peut-être pourrions-« nous » nous entraider afin de nous départir de certaines pratiques qui ont autrefois eu leur justification, mais qui ne sont plus utiles aujourd'hui, voire en fait nuisibles pour les perceptions actuelles de la vie.

La vigilance est de mise avec les textes

Presque la totalité des religions et des philosophies ont des textes qui sont sacrés ou normatifs et, habituellement, certaines parties de ces textes ont effectivement échappé à la doctrine, car elles ne correspondent plus au mode de pensée et de pratique actuel; et d'autres parties sont toujours enseignées, mais elles ont subi une réinterprétation radicale. Des tendances semblables peuvent, bien sûr, être constatées dans la science médicale. Des textes inspirés d'Hippocrate, de Galen, d'Ibn Sina, de Susruta et de Caraka ont fait office d'autorité suprême dans le domaine de la « médecine moderne » pendant des siècles, mais ils ont dorénavant disparu de la plupart des collèges médicaux du monde. Les textes anciens sont utiles pour étudier la manière dont l'humanité a abordé le handicap et la réadaptation dans le passé et la vitesse avec laquelle notre sagesse perçue actuellement peut ouvrir la voie à quelque chose de très différent. Il semble probable que, dans l'avenir, le medium « textuel » de la religion cède plus d'espace aux modes de communication multimédias de la spiritualité et de la foi religieuse, accompagné possiblement d'une intelligibilité et d'un pouvoir d'attraction plus vaste.

De la vigilance est également recommandée, lorsque l'on utilise des textes historiques, pour éviter que des éléments importants nous échappent simplement parce que leur désignation est différente de ce à quoi l'on s'attendrait au 21^e siècle. Historiquement, les « personnes handicapées » (ou « personnes ayant des incapacités ») étaient rarement désignées par un terme générique constituant l'équivalent direct de l'énoncé moderne. On les rassemblait souvent dans une catégorie plus vaste en indiquant « les pauvres et les souffrants », qui pouvait comprendre les veuves, les orphelins, les femmes stériles et les personnes âgées dépourvues de soutien familial, de même que les « les aveugles et les estropiés » (Iliffe 1987,

7-14; Rispler-Chaim 2007, 3-5, 123-124). La plupart des religions ont exhorté leurs disciples à pratiquer la compassion envers ces personnes « pauvres et souffrantes », en tant que pilier principal de la pratique religieuse à la fois individuelle et communautaire; mais on ne trouve aucune trace de tout cela en cherchant exclusivement des termes relatifs au handicap dans les textes anciens. En effet, seulement pour bouleverser les « bonnes œuvres » inopinément, un enseignant de la Bhakti, Allama Prabhu, a apparemment écrit: « Vous pouvez nourrir les pauvres / dire la vérité / faire place au cours d'eau / pour les assoiffés / et construire des réservoirs [d'eau] pour un village - / peut-être alors irez-vous au paradis / après la mort, mais vous ne vous approcherez jamais de la vérité de Notre Seigneur » (Ramanujan 1973, 167).

La catégorisation: métaphores abusives

Certains textes sacrés fournissent des listes plutôt détaillées de catégories de handicap qui donnent une idée de la perception que l'on avait du handicap à l'époque. Ces listes étaient parfois données de façon explicite afin d'empêcher les personnes handicapées de profiter de certains avantages, de participer à une activité ou d'obtenir un emploi; d'être exemptées de toute forme d'obligations religieuses qui seraient difficiles ou impossibles à remplir; ou encore d'être protégées ou voir leur responsabilité réduite en cas de châtement. On en trouve des exemples dans les codes de lois hindous, bouddhistes, jaïnistes, juifs et chrétiens, tels que décrit ci-dessous. Des anciennes écritures aux plus récentes, comme le Coran et l'Adi Granth chez les Sikhs, les termes liés au handicap sont constamment utilisés comme des métaphores ou des comparaisons, car l'humanité est réprimandée par la voix des dieux lorsqu'elle utilise le terme « sourd », « aveugle » ou « idiot » et qu'elle se trouve confrontée à la réalité spirituelle et à ses règles de bonne conduite; ou qu'on la menace de devenir invalide en guise de châtement à la désobéissance de masse. (Les traductions en anglais des principales écritures sont maintenant publiées sur Internet dans un format interrogeable et où l'on trouve facilement un tel usage métaphorique). Il y a parfois des ensembles plus vastes de métaphores qui présentent la décadence et la dépravation tissant des liens si étroits avec la torture d'une maladie invalidante qu'il est difficile de distinguer quel ensemble de métaphores est utilisé pour décrire l'autre, c'est-à-dire, si les instincts déchaînés de la chair et de l'esprit sont dépeints comme une punition ou comme une cause biologique du handicap; ou si le handicap est considéré comme un avertissement de déchéance morale; ou les deux (Growse 1876/1987, 711; Taraporewala 1922, 216-242.)

On traite des principales catégories de handicap dans les Upanishad, un recueil de textes de « philosophie religieuse » provenant de l'Inde et datant d'il y a 2800 ou 2500 ans, dans un débat pour savoir lequel des sens est le plus important. La liste, c'est-à-dire l'ouïe, la vue, le toucher, la parole, la respiration et l'esprit, est familière, bien qu'elle ne constitue pas tout à fait le genre de listes dont une classe de philosophie moderne se servirait. La méthode théorique-empirique – on imagine chaque sens prenant congé pendant une année afin d'observer comment les autres s'en sortiraient sans l'un d'eux – est compréhensible, et il est possible au lecteur astucieux d'en deviner le résultat (Hume 1931, 158-160, 226-228). On y affirme aussi que chaque situation imaginée, c'est-à-dire sans la vue, l'ouïe et l'esprit, correspond à une expérience familière pour les personnes ayant des déficiences visuelles, auditives, intellectuelles ou autres. Lorsque l'on observe ces personnes au quotidien, on s'aperçoit que leur vie continue, même sans l'usage d'aucun de leurs sens (mais, cela va de soi, en excluant la respiration).

Des tentatives d'influence sur les attitudes sociales apparaissent également tôt dans l'histoire

en ce qui a trait aux listes détaillées des handicaps. Un écrivain jaïniste a fait remarquer que les personnes handicapées sont importunées et vexées lorsqu'on les désigne par le nom de leur déficience (« Hé, l'infirme... »). Par conséquent, puisque la religion vous enseigne de ne pas blesser ou importuner autrui, n'employez pas de tels noms! (Jacobi 1884, I: 54, 152-154). On trouve des avertissements semblables dans d'autres religions à différentes époques. Les membres de la prêtrise et du laïcat des premiers jours de l'Église catholique étaient menacés d'expulsion s'ils ridiculisaient une personne en raison de son handicap (Schodde 1885). L'un des premiers mouvements d'épuration a été l'emploi de termes ironiques ou « inversés ». Dans la langue akkadienne, il y a quelque 2300 ans, une personne non-voyante pouvait être désignée par le nom « jolis yeux » (Marcus 1980). Cette tendance fut pénalisée en Asie du Sud-Est, dans l'Arthashastra de Kautilya : on pouvait être condamné à payer une amende pour avoir désigné une personne par l'un de ses attributs physiques; et l'amende était doublée si l'attribution s'avérait fausse, et doublée de nouveau si l'on avait employé un terme sarcastique (Rangarajan 1992, 470-473).

Interdiction, restriction, protection et bons soins

Interdiction et restriction

Les lois religieuses de toute époque ont interdit à certaines personnes handicapées l'accès au trône, à la prêtrise, au poste de conseillers royaux, de témoins à la cour et aux héritages; ou encore on a placé d'autres restrictions à leur participation. On trouve des listes détaillées d'exclusion dans les textes anciens de l'hindouisme et du bouddhisme, ainsi que dans les textes jaïnistes, zoroastriens et judaïques en version traduite (Raghavachariar 1965, 485-486; Bühler 1886, 76, 106-108, 119-120, 239 etc; Telang 1898, 319-321; Rhys Davids et Oldenberg 1881, 191-225; Jain 1947, 174; Darmesteter 1895, 17; Danby 1933, 538-539; Wood 1926). Les exclusions sont souvent étendues aux femmes, aux enfants, aux personnes sans éducation et à ceux qui ne sont pas nés dans la classe dirigeante ou la caste sacerdotale, c'est-à-dire plus de 97 % de la population. La mesure dans laquelle ces listes d'exclusion ont été intégrées dans la vie quotidienne à l'époque est difficile à déterminer aujourd'hui. Par exemple, le cadre du grand poème épique indien Mahâbhârata implique le fait que le roi Dhritarâshtra était aveugle, et n'aurait pas dû être couronné roi; et pourtant il semble qu'il ait été roi. La « dignité » triomphe souvent sur le handicap: les chrétiens éthiopiens conservent une vieille tradition selon laquelle les hommes dignes peuvent avoir accès à l'évêché de l'Église, qu'ils soient estropiés ou borgnes, car « une anomalie du corps ne peut corrompre, mais une anomalie de l'esprit [en est capable] ». Par contre, un homme digne ne pouvait devenir évêque s'il était sourd ou aveugle, non pas en raison d'une indignité imputée dans ces conditions, mais pour des raisons pragmatiques: il s'avérerait plus difficile pour un tel homme de voir ce qui se passe ou d'entendre toutes les facettes d'une histoire (Schodde 1885).

Protection et bons soins

Dans les mêmes codes religieux (ou les suivants) ayant autorité, les personnes handicapées ont souvent bénéficié d'une protection contre les sanctions juridiques, de même que les femmes et les enfants, jugés plus fragiles et ayant moins de responsabilités que les hommes adultes valides (Shamasastri 1923, 268). Le prophète Mahomet a lui-même atténué les punitions infligées aux hommes ignorants, arriérés mentaux ou petits et faibles; il aurait même raccourci le temps des prières par égard pour les personnes âgées et faibles et pour les mères d'enfants en bas âge (Baghawi 1990, 99, 232, 697, 763). Beaucoup plus tard en Chine,

les membres handicapés ou de faible nature de la société ont été exemptés de la torture aux fins de confession d'un acte fautif (Jones et al. 1994). Les personnes aveugles de naissance, de même que ceux ayant de graves déficiences mentales, pouvaient être jugées comme n'ayant aucun statut moral ou juridique et, par conséquent, ne pouvaient pas conclure de contrats en vertu de la loi, ni être punis pour avoir enfreint la loi, quoique leur famille puisse être tenue responsable d'avoir manqué à leur surveillance (Woodbridge 1939).

Les adultes avaient, selon toute vraisemblance, constaté et fait la distinction entre certaines grandes catégories de handicaps très tôt au cours de l'évolution du mode de vie communautaire chez l'homme; mais les origines de ce que l'on pourrait appeler des approches morales, communautaires, altruistes ou religieuses sont difficiles à cerner. Des restes de squelettes prouvant la survie d'adultes et d'enfants souffrant de graves déficiences dans de petites communautés africaines, datant de plus de 12 000 ans, laisse croire qu'il s'est écoulé une période de plusieurs années au cours de laquelle les gens ont fourni de la nourriture aux membres de leur groupe ayant des incapacités qui étaient fort probablement, ou qui sont devenus, « inutiles » en termes de survie individuelle ou collective (Dastugue 1962; Goodman & Armelagos 1989, 238-239). Il est impossible de savoir qu'elles étaient leurs motivations. Plus tôt, des allégations de « compassion » envers les personnes ayant des incapacités trouvées dans les fouilles de Shanidar en Irak ont été reçues avec scepticisme (Dettwyler 1991). De plus, les liens avec la religion, la spiritualité et la moralité sont subtils. On a possiblement trouvé des preuves de pensée religieuse datées de 30 000 à 40 000 ans dans les études archéologiques sur l'inhumation de corps humains avec des objets qui devaient « accompagner » les défunts vers une présumée existence dans l'au-delà, ou, à tout le moins, témoigner d'un respect constant envers les défunts ou encore de la peur de la mort de la part de ceux qui les ont inhumés. Les tentatives de reconstitution des comportements, des croyances et de la moralité de l'être humain relèvent toujours de la pure spéculation (v. par ex. les débats dans Katz, éd., 2000). Les deux derniers siècles de spéculation des universitaires sur les histoires et les destinées humaines servent principalement à évoquer « comment les motifs déjà épousés tracent la voie de ceux qui ont choisi de se servir de la science » (Murphy 2006), ou d'ailleurs de la philosophie et de la théologie.

Dieux, rois, héros difformes et prophètes imparfaits

Certaines cosmologies africaines, asiatiques et européennes illustrent des divinités plus ou moins importantes ou des entités spirituelles arborant des déficiences, dont la progéniture est imparfaite, ou encore impliquées dans le handicap. La légende sacrée de « l'Arbre de vie » de l'Afrique du Sud illustre la Mère Toute Puissante, la Déesse de la création, transmettant ses imperfections physiques à sa descendance. S'ensuit la naissance de son premier enfant difforme, l'appel à la destruction de son rejeton et la fuite de sa mère (Mutwa 1998, 5-41). En Afrique de l'Ouest, la croyance veut que la divinité Orisanla (ou Obatala) ait créé l'humanité avec des déficiences, possiblement sous l'influence de l'alcool; et on associe cette croyance avec une tradition dans laquelle on offrait la vie de personnes handicapées en sacrifices religieux (Abimbola 1994; Bolaji Idowu 1962; Palau Marti 1964). Les Azandé du Soudan considéraient qu'au cours de la grossesse d'une femme, Dieu devait être occupée à façonner le fœtus en croissance, et que toute entrave à ce travail pourrait causer chez lui certaines difformités. On a alors imposé une interdiction sérieuse à l'effet qu'il ne fallait pas réveiller les femmes enceintes pendant leur sommeil (Bayoumi 1979, 40-41). Selon une légende de création éthiopienne, le premier homme aurait eu un corps sans anomalie, mais inerte ou paralysé. La femme de Dieu aurait proposé à son mari de donner un « médicament

de la parole » à l'homme. Comme Dieu n'en avait pas, il lui offrit la respiration et « l'homme se mit à parler et à se mouvoir » (Hallpike 1972, 226). Les Wagogo de l'Afrique de l'Est racontent l'histoire du Dieu suprême rejetant les appels de détresse de plusieurs hommes, car au cours de leur voyage vers le paradis, ils traitèrent des personnes handicapées avec mépris. Enfin, une femme fit le voyage et obtint l'aide du Dieu, car il avait constaté son respect admirable et son amitié envers les personnes handicapées qu'elle rencontrait sur son chemin (Cole 1902, 315-316). Il est souvent difficile de démêler les traditions ancestrales des plus récents ajouts auxquels des ethnographes et des interprètes européens ont probablement accordé une importance trop grande; il semblerait toutefois que les théologies africaines traditionnelles regorgent d'explications pleines d'imagination à propos de Dieu, de la création et du handicap.

Le mythe mésopotamien d' « Enki et Ninmah », datant du II^e millénaire av. J.-C., dépeint une gamme d'êtres humains que Ninmah créa délibérément avec des incapacités pour mettre son mari Enki au défi de leur trouver une tâche dans la société – un homme aveugle devient musicien à la cour, un être asexué sert d'eunuque² au palais, etc. (Black et al, 1998-2006; Bottéro & Kramer 1989, 188-198; Klein 1997). La signification de ce mythe pour les anciens Sumériens laisse place à la spéculation; il pourrait s'agir d'une forme de reconnaissance du fait que l'on doit venir en aide aux personnes handicapées afin qu'elles puissent participer pleinement à la société. Dans les principaux textes du Shintô, les anomalies physiques et comportementales sont amplement décrites dans le processus de création du Japon (Aston 1896, I: 19-21, 62-63), bien que leur signification fasse l'objet de nombreux débats chez les spécialistes. Cette cosmogonie particulière, reconstituée de manière ingénieuse par un poète moderne lui-même handicapé, reflète la nécessité omniprésente pour les personnes handicapées de naviguer sur les océans de rejet, d'indifférence et de tolérance conditionnelle pouvant s'imposer à eux (Hanada 1998/2005). Certaines cosmologies asiatiques sèment le doute sur la procréation entre des divinités étroitement liées, par exemple, le « Père » créateur fécondant sa « fille » (qui est soit le Ciel, le Crépuscule, etc.) Il pourrait s'agir là des premiers signes de prise de conscience des liens possibles entre l'inceste et les déficiences chez la descendance (Murakami 1988; O'Flaherty 1975, 28-35, 43-46). Différents mythes religieux de l'Asie du Sud parlent de dieux et d'esprits qui s'engagent dans une lutte et se voient infliger des blessures invalidantes, mais qui continuent d'être des dieux. D'autres encore sont des spécialistes de la guérison des blessures (Daniélou 1964, 118, 128-129, 136-138, 184, 190, 196-197, 282, 309, 325, 364).

Des religions conciliantes envers des divinités diverses représentent peut-être un certain avantage dans la représentation de l'expérience humaine, y compris la diversité de genre, de couleur de la peau, d'orientation sexuelle et d'incapacité, pouvant attirer certains groupes d'adeptes, alors que l'unique et suprême divinité du monothéisme doit travailler d'arrache-pied pour répondre aux exigences et aux attentes humaines. Le christianisme, alors qu'il a hérité dans ses origines juives du pouvoir, de la grandeur et de la transcendance de son dieu, a réussi par ailleurs à trouver chez les premiers prophètes un thème paradoxal de vulnérabilité et de « destruction » chez Dieu (ou chez son serviteur) d'où on pourrait comprendre la souffrance et les capacités de guérison de Jésus-Christ (Abraham & Abraham 2007), quoique ce thème s'est peu reflété dans les structures et les hiérarchies du pouvoir ecclésiastique par

² N.D.T : On appelle **eunuque** un homme castré. La castration se limite généralement à l'ablation des testicules mais il arrive qu'elle concerne également le pénis, connue alors sous le nom de « pénectomie » (souvent avec un tube inséré pour garder l'urètre ouvert). <http://fr.wikipedia.org/wiki/Eunuque>

la suite. La personnification de Jésus en tant que guérisseur a également été abordée par l'Islam (selon la sourate coranique 3: 45-49).

Il existe des légendes très répandues à propos d'anciens sages ou de divinités mineures qui étaient aveugles et qui en vinrent à voir plus loin et plus profondément que l'homme ordinaire, comme Homère (Umar) et le sage védique Dirghatamas; ou qui vivaient avec des déficiences multiples, comme Ashtâvakra (le huit-fois-difforme); ou qui boitaient, comme Héphaïstos et Li à la canne de fer (Tieguai Li, l'un des huit immortels de la Chine). Un thème d'« autoinvalidation » est repris à quelques occasions dans la littérature religieuse et met davantage l'accent sur l'adepte. L'argument de Basavanna, un réformateur social de l'Inde méridionale du 12^e siècle, était: « Fais de moi un infirme, père, que je ne puisse aller nulle part. / Fais de moi un aveugle, père, que je ne puisse rien voir. » (Ramanujan 1973, 70, also 77, 78). À l'occasion, l'archétype du « sage infirme » est féminin, comme Khujjutara, la servante bossue d'une reine indienne. Khujjutara avait ingénieusement fait mauvais usage des fonds de la reine, mais elle fut convertie par l'enseignement de Bouddha et avoua ses vols sur-le-champ. On lui demanda donc d'exposer la Loi aux dames de la cour et bientôt elle devint une enseignante de haut rang. Une coda explique comment, dans une autre vie, Khujjutara se serait moquée d'un saint homme difforme en imitant sa cambrure. Elle aurait donc été condamnée à devenir bossue elle-même pour corriger son erreur et apprendre le droit chemin (Burlingame 1921, I: 281-82, 292), afin que l'évolution de son âme ne soit plus entravée par ses mauvaises pensées et sa conduite.

Les grandes religions monothéistes font toute état d'une tradition commune selon laquelle, à un certain point de leur existence, les prophètes ont connu des déficiences importantes ou des maladies invalidantes, comme *Ishâq* (Isaac), *Ya`qûb* (Jacob), *Mûsâ* (Moïse), *Ayyûb* (Job) et bien d'autres (Artson 2007). Le défaut d'élocution de Moïse fait l'objet d'une documentation vaste et complexe dans les religions monothéistes (Hamilton 1912; Tigay 1978). Les parties relatives aux affections et aux traitements dans la collection de citations de Mahomet de l'Imâm Al-Bukhari (Khan 1996, 934-945) montrent grosso modo que la maladie et le handicap viennent d'Allah, et que les croyants qui sont patients verront leurs pêchés pardonnés et seront récompensés en allant au paradis. À propos de Mahomet lui-même, Aïcha signale qu'elle n'a « jamais vu quiconque souffrir autant de la maladie que le messager d'Allah » (Khan 1996, 934). L'un des plus vieux discours fondamentaux et cruciaux relatif au handicap et aux réactions de la population était celui de l'écrivain arabe du 9^e siècle Al-Jahiz qui fit l'expérience de plusieurs états invalidants au cours de sa longue existence. Sur le même thème, il affirma que « les maladies et les imperfections physiques ne devraient pas être considérés comme une stigmatisation sociale, mais plutôt comme des signes d'une bénédiction divine particulière » (Trembovler 1993-1994).

Adaptations et accommodements historiques

Dans le folklore du mouvement de défense des personnes handicapées, l'histoire antérieure au XX^e siècle est souvent illustrée comme une époque de grande noirceur généralisée dans laquelle les personnes handicapées étaient soit éliminées à la naissance, soit accablées par d'intolérables fardeaux que les rois, les prêtres, les médecins, les avocats et la population valide, dépourvus de toute sensibilité, leur ont imposés durant toute leur existence. Par contre, la prise en compte rigoureuse de la preuve historique nous permet de brosser un tableau plus nuancé. Les personnes handicapées n'ont pas toujours été des victimes isolées et sans défense comme on les représente souvent. Les personnes atteintes de cécité des pays

d'Asie et du Moyen-Orient sont des musiciens qualifiés et respectés qui mémorisent les textes sacrés de leur communauté et ont un rôle à jouer dans les cérémonies religieuses (e.g. Matisoff 1978; Nagai 2002; Ragheb Mofteh & Roy 1991). Il existe des preuves tangibles démontrant que domestiques sourds agissaient en tant que groupe au palais royal des Hittites, dans l'ancienne Anatolie, vers l'an 1300 avant J.-C. (Soysal 1999), que plusieurs centaines de personnes handicapées tenaient de vigoureux débats et agissaient de manière concertée, et ce, à une époque aussi éloignée que l'an 330 avant J.-C. en Perse (Miles 2003). Ces derniers étaient des prisonniers remis en liberté ayant soufferts de diverses amputations en guise de châtement et qui avaient attirés l'attention du guerrier Alexandre à l'époque où il marchait sur Persépolis. Ils acceptèrent sa promesse d'assistance, discutèrent des options entre eux, puis ils firent annuler ce qu'Alexandre croyait qu'ils devaient avoir et ce dernier leur donna plutôt ce qu'ils voulaient.

Les écrits du philosophe taoïste Zhuang Zhou (dorénavant nommé Zhuāng Zǐ), plutôt que de se concentrer sur les déficiences corporelles, s'intéressaient activement aux personnes handicapées et à ce qu'elles faisaient de leur vie, en donnant des exemples de certains d'entre eux dont la personnalité et la spiritualité étaient si attrayantes aux yeux des gens ordinaires que l'on en venait à ne pratiquement plus tenir compte de leur handicap (Graham 1981, 46-47, 64, 73-81). De la même façon, le philosophe Xun Zi du III^e siècle avant J.-C. démythifia la croyance en la tradition physiognomique selon laquelle on tentait de juger le caractère et le sort d'une personne selon son apparence physique et qui fut populaire à cette époque et un plus tard. Pour réfuter cette croyance, Xun Zi donna des exemples de personnes ayant une apparence particulière ou difforme qui connurent la gloire grâce à leur caractère et leurs actes (Knoblock 1988-1994, I: 196-211, 293-299). Dans l'antiquité indienne, un certain allègement fut instauré dans la cérémonie religieuse d'Upanayana afin de permettre aux jeunes gens ayant des déficiences intellectuelles et de communication de se marier et d'acquérir le statut d'adulte (Kane 1974, II (i) 297-299). Une corroboration de ces mesures d'accommodement se trouve dans des rapports rédigés par des personnes s'y étant opposées.

On peut également voir le rabbin juif Moses ben Maimon (1135-1204) faire place à sa propre réflexion sur le handicap. Il appuya l'interdiction traditionnelle selon laquelle les prêtres ayant des imperfections visibles ne devaient pas donner leurs bénédictions public, car les gens auraient fixé leur regard sur leur malformation plutôt que d'être conscient de la présence de Dieu; mais il a donné sa permission à des prêtres bien connus, dont l'apparence était familière aux gens (Abrams 1998, 201). De la même façon, quelque 350 ans plus tard, on a demandé au réformateur du christianisme Martin Luther (1483-1546) si, au cours d'un baptême, un aumônier ayant une main faible pouvait autoriser une autre personne à tenir l'enfant pendant qu'il versait l'eau baptismale avec sa main valide. Luther était d'accord avec cette variation, pourvu que l'aumônier livre un bon sermon et que les gens ordinaires ne soient pas offensés par cette manœuvre (Luther, Weimar édition 1883-1983, Tischreden 5: 264, n° 5588).

Dans le royaume de l'Afrique de l'est au 16^e siècle, le souverain qui avait une déficience physique devait traditionnellement se donner la mort, car son corps était imparfait et, par conséquent, il ne pouvait représenter son peuple convenablement auprès des dieux et des ancêtres. Cependant, un prêtre portugais en visite dans la région (Dos Santos 1609, extrait de Theal, VII: 193-195) fit la rencontre d'un souverain qui faisait fi de cette obligation religieuse rigide et inexorable. Il avait informé son peuple que tout cela n'était que de vieilles

histoires absurdes: il avait perdu une incisive, mais il était toujours roi et continuerait de bien régner malgré tout! De la même façon, le point de vue purement legaliste de l'Islam fut fortement réfuté par l'historien Ibn Khaldoun (1332-1406). Celui-ci a souligné, à propos de l'intuition spirituelle des personnes ayant des déficiences intellectuelles qui n'étaient pas jugées aptes à composer avec la vie terrestre, qu'Allah les avait pourvus de la tâche de raconter les choses que même les êtres les plus brillants de ce monde ne pouvaient voir (Ibn Khaldoun 2005, 86). Les spécialistes modernes de l'Islam se sont mis à relater et questionner des débats historiques nuancés et détaillés selon lesquels d'anciens juristes et enseignants musulmans avaient fait une place aux personnes handicapées dans la vie quotidienne des communautés musulmanes (Ghaly 2008; Rispler-Chaim 2007).

On trouve des exemples semblables d'adaptation-réadaptation, de servitude et de facilitation dans les histoires religieuses et séculaires du monde entier, ce qui laisse croire que les attitudes et les comportements envers les personnes handicapées ont souvent été composés d'un mélange d'événements agréables et désagréables que l'on observe encore dans le monde d'aujourd'hui. Ces exemples suggèrent également une tendance de l'être humain à imposer des lois et des règlements qui doivent être respectés « religieusement », mais présentent quelques lacunes dans les cas où les lois causeraient des ennuis aux souverains responsables de leur application.

Positions, réformes et réactions

Passions et compassion

Les écoles jaïnistes et bouddhistes d'Asie ont eu quelques différends de très longue date en ce qui concerne leur approche pratique des souffrances et des handicaps des populations. En concevant (tout comme certaines écoles hindouistes, judaïques et chrétiennes) que la souffrance est la plupart du temps le produit de l'ignorance de l'homme, de ses désirs passionnés et des efforts qu'il engage pour obtenir des choses vaines pour son propre égo, certains ont mis l'accent sur la quête individuelle du salut dans laquelle de telles passions sont surpassées par la concentration de l'esprit et les pratiques religieuses conçues pour dissiper l'ignorance et éradiquer les désirs futiles. Avoir de la « compassion » pour ses congénères peut alors aussi constituer un désir que l'on doit surmonter. Le fait que l'on soit touché émotionnellement à la vue des corps malades et difformes des gens constitue une fausse perception; le fait de tenter de combler les désirs des autres ne peut que les encourager dans un mode de vie erroné, devenant alors une façon de se leurrer soi-même qui a des conséquences malsaines. Il est donc juste d'enseigner le jaïnisme et la pensée de Bouddha; mais sans avoir le dessein de mettre sur pied des unités de services de santé et de services sociaux. D'autres écoles bouddhistes se sont orientées vers d'autres conclusions qui ont donné naissance à l'un des premiers services de soins organisés au monde (Zysk 1991). On y pratique la réalisation de soi parmi les êtres vivants (les peines et les joies d'autrui sont aussi les miennes) et on chemine parmi les gens ayant reçu à la fois un enseignement curatif et religieux, tout en restant conscient des nombreux pièges et embûches. Ces voies contradictoires se sont développées et ont interagi durant deux millénaires. Pourtant, un philosophe bouddhiste coréen, en décrivant « des moyens bouddhistes de surmonter la souffrance -- une approche mentale et une critique des bouddhistes " socialement engagés " au sein de l'Asie contemporaine », découvre dans ce débat une innovation radicale: « Le monde a changé. Les causes de la souffrance doivent être recherchées, non pas dans les profanations de l'esprit individuel, mais dans le noyau complexe des maux collectifs,

structurels et organisationnels. » (Jae-Ryong Shim 2001, 20) Le déplacement du « problème », de l'esprit ou du corps de l'individu vers la communauté ou la société, et les enjeux problématiques des interventions, des motifs, de la compassion et de l'empathie, trouvent leurs équivalents dans de nombreuses régions transformées ou en voie de transformation dans le monde, et cela transparaît dans la refonte de la doctrine religieuse.

Inclusion (ou exclusion) des personnes sourdes

Les histoires des diverses affections invalidantes présentent également des variations considérables en matière de réactions religieuses et de réinsertion sociale à diverses époques et à divers endroits. L'exemple du statut des personnes sourdes dans l'Église chrétienne montre les difficultés de retracer un mouvement, une réaction et la synthèse d'événements à long terme. On peut constater une lente succession d'énoncés de plus en plus positifs et permissifs à propos du langage signé et de la compréhension des personnes sourdes, ainsi que de la réglementation sur leur inclusion dans les cérémonies religieuses, à partir du III^e siècle jusqu'à présent, chez des sommités telles que les Canons apostoliques, Saint-Augustin, Jérôme de Stridon, le pape Innocent III et Martin Luther. Mais ces sommités sont soit restées peu connues, soit elles ont été omises, mal interprétées, ou encore certaines personnes, croyant mieux comprendre la question, ont tenu un débat défavorable à leur cause (Gewalt 1986; Zillman [1938]). Ces opposants croyaient qu'il était de leur devoir primordial d'empêcher les principaux rituels de l'Église d'être ternis par la participation de gens qui n'en comprenaient pas, selon eux, la signification. Le prêtre avait l'obligation raisonnable d'exercer un certain jugement sur le niveau d'aptitude requis à la participation, en restreignant l'accès, par exemple, aux gens lorsqu'ils étaient en état d'ébriété, sous l'effet de drogues ou qu'ils se comportaient de façon extravagante, en les accueillant toutefois à bras ouverts lorsqu'ils étaient sobres et qu'ils faisaient preuve d'un peu d'égard pour autrui. Cet exercice d'appréciation était parfois généralisé à l'extrême, comme lorsque l'on croyait qu'une personne atteinte de surdité prélinguistique avait une capacité de compréhension et de communication gravement réduite de façon permanente, et qu'elle était automatiquement exclue, sans autre enquête. En 1206 à Rome, le pape communiqua une décision favorable relativement à la capacité des personnes sourdes de comprendre et de communiquer au moyen de signes. Mais si le prêtre prêchant au loin dans sa propre paroisse en prenait connaissance par quelque ouï-dire, il aurait sans doute pensé qu'un tel règlement incluait les personnes ayant perdues l'usage de l'ouïe à l'âge adulte, puisqu'elles connaissaient déjà, de toute évidence, la signification des cérémonies religieuses, mais ne pouvait s'appliquer aux personnes atteintes de surdité prélinguistique. La permissivité des chefs religieux peut sembler assez différente de celle que l'on trouve dans le Hedaya, guide influent à propos des lois islamiques du 12^e siècle, qui reconnaissait le langage signé des personnes sourdes (Marghinani 1870/1975, 707-708), suivant une reconnaissance semblable dans le Talmud des Juifs (Marx 2002, 117-118). La mesure dans laquelle une loi ou un avis était connu, instauré à grande échelle ou retiré de la pratique établie reste toutefois du domaine de la spéculation.

Les équivoques de la lèpre

Le statut de la « lèpre » a également été sérieusement confus à travers la majeure partie de l'histoire religieuse et civile. La vaste gamme de symptômes maintenant attribués au *Mycobacterium leprae* existaient probablement déjà dans le sud et l'est de l'Asie il y a plus de 2000 ans (Emmerick 1984; McLeod & Yates 1981). Très tôt dans le sud de l'Asie, on décrivait, dans le Jātakamalā bouddhiste n° 516, un lépreux (reconnaissable d'après les critères modernes) qui fut lapidée par des villageois effrayés (Cowell 1895-1907, V: 38-41).

Jusqu'ici en Asie et au Moyen-Orient, on avait souvent confondu la lèpre avec de nombreuses maladies graves de la peau et elle était loin d'être la « lèpre » pour laquelle des lois de santé publique draconiennes furent prescrites dans la Torah (Abrams 1998, 64-65, 94-95; Hertz 1952, 461-469; Hulse 1975). On trouve une certaine ambivalence à propos des « lépreux » dans les premiers enseignements musulmans, selon plusieurs hadiths du prophète Mahomet entre autres (al-Baghawi 1990, 98, 397-99, 526, 619, 955-56, 1221, 1379) et des formulations juridiques ultérieures (Rispler-Chaim 2007, 56-58); par contre, le principe discriminant incrusté dans la pratique judéo-chrétienne depuis des siècles semble avoir été évité dans les premiers textes islamiques (Dols 1983). Pendant des siècles, des ambiguïtés semblables de statut et d'étiologie ont accompagné l'épilepsie dans la perspective religieuse et scientifique, allant de la « possession par les esprits » à diverses hypothèses neurologiques (Temkin 1971; Devinsky & Lai 2008; Ismail et al. 2005).

Devoir et dignité

On trouve dans quelques-uns des premiers débats au sein des religions monothéistes un intérêt empreint de sensibilité envers la dignité humaine des personnes handicapées et la difficulté constante qu'impose l'intégration de ce principe à des lois applicables. Par exemple, dans la tradition juive orthodoxe, la dignité est conférée aux hommes qui s'efforcent d'obéir aux lois divines; les personnes qui étaient partiellement exemptées ou qui avaient moins d'obligation à respecter tous les aspects de ces lois, c'est-à-dire les femmes, les personnes mineures et les personnes handicapées, ont donc pu sembler avoir moins de dignité et être dépourvues de moyens de se la voir conférée. Selon différentes opinions rabbiniques, les Juifs ayant des incapacités pouvaient être exclus ou exemptés, à certains endroits, de certaines obligations de la loi divine, soit par des puristes du droit (« ils ne peuvent pas faire cela »), soit par des personnes au grand cœur (« ils n'ont pas besoin de faire cela ») ou bien encore par des pragmatiques (« ne soyons pas si stupides à ce propos »), avec certains risques de voir leur dignité réduite. Ailleurs, certaines personnes étaient incluses dans ces obligations, que ce soit par des puristes du droit (« ils ne sont pas exemptés »), ou par des impartiaux (« les exclure pourrait constituer un outrage »). La gamme d'opinions rabbiniques, à propos de l'inclusion des personnes aveugles dans les obligations de la loi « varie de l'exemption totale, selon le Rabbi Juda Hanassi, à l'obligation quasiment totale ... selon le Rabbi Meïr » (Marx 2002, 106-107). Une divergence d'opinions semblable sur la dignité humaine a surgi parmi les juristes musulmans au cours du 9^e siècle de l'ère chrétienne, plus particulièrement sur le droit des gens « simples d'esprit » ou gaspilleurs d'avoir le contrôle total de leurs biens à l'âge adulte. Certains considéraient que, comme il était possible qu'il y ait gaspillage ou tricherie, les biens devaient être maintenus sous tutelle. En reconnaissant ce risque, les autres avocats ont argumenté que le tort serait plus grand encore pour la personne si on continuait de la traiter comme un animal stupide, exempt de tout jugement (Marghinani 1880/1975, 526-527).

Beaucoup des arguments « inclusifs » se trouvant dans les textes religieux mentionnés ultérieurement ont été redécouverts ou ressuscités à diverses époques de l'histoire de l'Asie et du Moyen-Orient. Ils ont également été redécouverts, mis à jour et raffinés par les personnes handicapées de l'Europe et de l'Amérique vers la fin du 20^e siècle, dans le cadre du mouvement de défense des personnes handicapées, du « monde des Sourds », du modèle social du handicap et des appels au retrait de la terminologie « discriminatoire ». Le développement des distinctions « déficience - incapacité – handicap » dans les années 1950 (Riviere [1970]) visaient à remplacer les étiquettes « stigmatisantes » et furent adoptées par

l'Organisation mondiale de la Santé en 1981. Un autre bond conceptuel amena la terminologie à inclure les concepts « incapacités – activités - participation » (WHO 2001). Il reste maintenant à observer jusqu'à quel point les activités humaines des médias et de la rue sont en mesure de répondre positivement à la proposition d'un jargon plus « inclusif ».

Caractéristiques dominantes

Origines de la souffrance

Les grandes philosophies et religions européennes et asiatiques ont toutes contemplé la question de la souffrance, de ses origines, de ses significations, de sa dimension réelle et irréelle, et des connexions possibles avec l'évolution de l'âme (en admettant qu'elle existe). L'invalidité est souvent apparue dans le tableau comme une sorte d' « état permanent de souffrance ». Les modèles de souffrance (et, par conséquent, d'invalidité) ont nécessité une adaptation des croyances à propos des caractéristiques générales suivantes (Miles 2002a, révision) :

1. Nous n'avons qu'une vie terrestre à vivre, suivie par
 - A. le néant;Ou par B. une existence spirituelle de longue durée, dont la qualité sera équivalente à la somme des bons et des mauvais actes de la vie terrestre;
- ou 2. Nous avons de multiples vies à vivre, dont les conditions dépendent de la conduite que nous avons eue dans les vies précédentes.
- et 3. La vie, ou les vies multiples, est/sont influencé(es) ou contrôlé(es) par:
 - c. des influences génétiques / sociales / environnementales, mais par aucune puissance transcendantale extérieure;ou par: d. une ou des puissances transcendantale(s) extérieure(s);
ou par: e. des interactions internes/intérieures/endogènes d'un Tout transcendant au sein duquel nous sommes des atomes.

Au cours des 1 500 dernières années, les civilisations de l'Europe et du Moyen-Orient ont privilégié principalement les explications contenant une version composée des croyances [1.B + 3.d]; et plus récemment dans certaines parties de l'Europe [1.A + 3.c]. De telles croyances sont également présentes chez les civilisations asiatiques, mais les croyances [2. + 3.d] et [2. + 3.e] furent prédominantes. Les explications fondées sur ces dernières ont varié énormément, car elles contiennent un juste équilibre entre le bien et le mal, la récompense ou la punition juste et équitable, la possibilité d'évoluer vers la libération finale du cycle des renaissances, etc. On a souvent interprété dans ces variations que les personnes passant leur vie entière ou une partie de leur vie avec une grave incapacité corporelle ou mentale vivaient le résultat inévitable de leur propre mauvaise conduite issue de leurs vies antérieures; et cette compréhension a forgé la multitude de doctrines différentes du karma. À la fois dans les croyances « occidentales » et « orientales », l'élément désigné de responsabilité personnelle n'a pas nécessairement écarté l'idée que la société était totalement corrompue en elle-même, c'est-à-dire que le dirigeant avait une mauvaise conduite, que les gens manquaient à leurs devoirs religieux, de sorte que des bébés « monstrueux » naissaient en guise de « dé-monstration » du mécontentement divin, ou peut-être comme des éléments pathologiques émergeant par ricochet dans le Tout interrelié.

Le handicap vu comme un « don »

À diverses époques et à différents endroits, il y avait une caractéristique associée aux croyances religieuses selon laquelle le handicap d'une personne lui était « donné », par un agent, souvent dans un but précis. Une tentative d'analyse des origines et de la logique de ce « don » se présenterait comme suit (Miles 2002b, édition révisée):

4. un châtement;
 5. une conséquence inévitable;
 6. une conséquence probable selon les statistiques;
 7. un résultat temporaire ou incident;
- | | |
|-----------|--|
| en raison | <ol style="list-style-type: none">(i) de péchés;(ii) d'actes ignorants et stupides;(iii) d'actes fortuits;(iv) de croyances erronées; |
| pour | <ol style="list-style-type: none">(a) les personnes handicapées elle-même;(b) leurs parents;(c) la société dans laquelle elles vivent;(d) l'espèce humaine dont elles font partie; <ol style="list-style-type: none">(w) dans la vie actuelle.(x) dans une vie antérieure.(y) à d'autres époques.(z) depuis la naissance de l'humanité. |

De toute évidence, de nombreuses combinaisons sont possibles dans ces ensembles d'éléments (quoique certains, comme {5.iii.a.z} sont difficilement compréhensibles). Dans les cas ci-dessus, on comprend habituellement que le « donateur » ou l' « initiateur » est la divinité, le destin, le karma; ou il s'agit parfois d'une force moins imposante, comme les esprits tourmentés des ancêtres, d'agents pathogènes comme les virus de la polio qui n'ont pas été suffisamment pris en compte; ou encore de gènes récessifs, comme dans le cas {6.iii.d.y}, qui ont récemment constitué une explication des « origines ». Une gamme de points de vue différents sur le « don » du handicap peuvent être exprimés ainsi (Miles 2002b):

8. un défi ouvert au renforcement de l'âme d'une personne.
9. une leçon spécifique devant être apprise pour permettre à l'âme d'évoluer.
10. un défi pour la famille et les autres aidants de la personne handicapée.
11. une occasion pour la puissance divine et l'amour divin de se manifester.
12. une occasion d'exercer une action charitable envers soi-même et son prochain.

Ces cinq perceptions peuvent sembler plus « positives » que celles décrites auparavant. Elles ont toutefois fait l'objet d'un vif débat entre les divers groupes de personnes handicapées de l'Occident au cours des dernières décennies et il est probable qu'elles soient énergiquement rejetées par certaines personnes dans à peu près n'importe quel pays. Il existe également des systèmes de pensées et de croyances dans lesquels le handicap n'est pas « donné » dans un objectif précis; il survient simplement de façon aléatoire, ou il est issu de l'interaction

complexe de nombreux facteurs, comme le suggère les combinaisons {6. or 7.} iii.d. {w. or y.} Une fois survenu, le handicap peut être perçu comme un défi personnel; ou interprété comme une forme d'oppression perpétrée par une société « invalidante » contre laquelle on doit lutter.

Scepticisme, préoccupations d'ordre pratique et caractéristiques postmodernes

Les explications du monde, qu'elles soient religieuses ou séculaires, sont de plus en plus nourries par les simulacres des médias et « façonnées » pour être présentées à des fins politiques. Le scepticisme envers de telles explications et la perte apparente de sens dans les termes centraux émergent probablement aussi des secteurs plus scolarisés de chaque pays, avec une intensification parallèle et conflictuelle du désir de croyances réconfortantes et inspirantes, de formules et de métarécits, vécus à la fois de façon communautaire et individuelle. Ces tendances déroutantes dans les croyances touchent les domaines du handicap et de la réadaptation de différentes manières.

Par exemple, des conflits persistent entre les politiques en matière d'identité du handicap et les programmes qui tentent d'éliminer le handicap par des moyens scientifiques. La variole a déjà été une cause physiologique pour un grand nombre de cas de cécité et une campagne mondiale a finalement été mise sur pied pour l'éradiquer, ce qui a eu pour conséquence de réduire le nombre de personnes qui perdaient la vue en bas âge et à l'âge adulte. Le train de mesures de promotion de la santé dans lequel s'inscrivait la lutte contre la variole a également contribué à accroître la longévité de la population à l'échelle mondiale, avec à l'opposé une vague d'augmentation des cas de déficiences visuelles et de cécité chez les personnes âgées. (Une grande partie de cette incidence inattendue est attribuable aux cataractes, qui peuvent être retirées par chirurgie à peu des frais; mais la chirurgie exige encore que les spécialistes soient compétents, qu'ils aient du financement et de l'équipement, et que les patients aient confiance en le personnel, qu'ils soient convaincus des bienfaits du traitement, qu'ils y consentent, qu'ils se présentent assidûment pour le recevoir et qu'ils coopèrent, et enfin qu'ils se fassent surveiller par un médecin après l'intervention. Ces facteurs ont permis de prouver qu'il est considérablement plus difficile de s'organiser à grande échelle que dans le cas des campagnes de vaccination contre la variole). Il n'y avait pas de protestations particulières des organismes de défense des personnes aveugles contre les différentes mesures pour réduire la cécité. Par ailleurs, les différentes mesures visant à éliminer la surdité dès la petite enfance ont été contestées par certaines personnes sourdes, un peu sous la forme d'un « génocide » contre les gens qui estiment n'avoir aucune incapacité, mais simplement une forme de communication différente. On assiste actuellement à des débats éthiques complexes relativement à l'exposé raisonné et légitime de l'usage des moyens scientifiques pour empêcher la conception et la naissance de personnes ayant de graves incapacités, ou qui diffèrent de la soi-disant « norme » (voir par exemple, Anstey 2008, pour une critique récente de certains arguments).

Une autre incidence inattendue de la science médicale à beaucoup d'endroits dans le monde, et qui va à l'encontre d'une partie de la confiance envers le « progrès », est que la modernisation est souvent associée à la présence de personnes encore plus handicapées dans la communauté: le taux de mortalité infantile a chuté, beaucoup plus d'enfants ayant des déficiences et des incapacités majeures arrivent à survivre, les populations vieillissantes vivent également plus longtemps avec leurs incapacités (Helander 1999, 19-32). En l'espace

d'une ou deux décennies, un groupe important de gens a eu tendance à émerger parmi les jeunes, les adultes et les personnes âgées ayant des incapacités. Pour ces personnes, le manque en matière d'éducation, de formation, d'emploi, de soins spécialisés et de services de soins est criant. Elles espèrent obtenir des rôles valorisants et significatifs au sein de leur communauté et de la société.

Les processus de modernisation s'accompagnent souvent d'une rhétorique de « droits » universels et de libertés de ne pas se voir imposer des tâches et des obligations non désirées par la religion traditionnelle et les coutumes sociales. Le discours des « droits » est devenu très populaire dans le domaine du handicap en Occident et fait l'objet de sérieuses discussions universitaires (ex. : Silvers 1998). Dans d'autres parties du monde, ce type de discours entre en conflit avec la notion traditionnelle selon laquelle les familles (ou plus précisément, les membres de la famille de sexe féminin) et les communautés locales voudraient ou devraient se porter volontaires pour fournir les soins de base répondant aux besoins de leurs membres. Cependant, en raison de l'urbanisation croissante dans les économies en voie de modernisation, les filles vont de plus en plus à l'école, et les femmes travaillent de plus en plus à l'extérieur de leur foyer, ce qui les rend moins disponibles pour remplir leur rôle traditionnel de personne bénévole s'occupant d'un proche handicapé ou âgé. De nouvelles tensions sont donc générées dans le « discours moral » du milieu de nombreuses populations asiatiques (Cohen 1998; Ngan & Kwok 1992; Traphagan 2007), alors que la disponibilité des soins bénévoles a été réduite en raison de l'impact du VIH/SIDA sur la population dans beaucoup de pays africains. Les « droits » sont principalement utiles dans les rares pays où les systèmes juridiques fonctionnent bien et sont accessibles aux plus démunis comme aux mieux nantis, et où il existe une disponibilité organisée de « bénévoles » rémunérés. Dans une grande partie du monde, les personnes handicapées (comme les autres) continueront de dépendre, dans une certaine mesure, de la bonne volonté de leurs familles et des gens de leur village, dont certains d'entre eux s'efforcent volontairement d'être serviable, alors que d'autres ne s'en donneraient pas la peine, même sous contrainte juridique. Il se peut que l'équilibre entre la bonne et la mauvaise volonté soit influencé par la loi, par l'exhortation religieuse ou morale, par la motivation spirituelle, par l'intérêt pour les traditions culturelles, par des changements socio-économiques variés et autres facteurs; mais ce sont des domaines incertains qui rendent difficiles l'intervention, la planification et la prestation des services des gouvernements.

Quand les conflits ont préséance sur la « guérison »

L'expérience humaine universelle est constituée de la naissance, de la vie et de la mort, habituellement précédée d'un déclin, et dont la route est parsemée de maux et de capacités diminuées. La science moderne a décrit de nombreux mécanismes biologiques remarquables avec lesquels l'esprit et le corps luttent continuellement contre la déchéance et se guérissent par eux-mêmes, jusqu'à ce qu'ils finissent par s'affaiblir et se détériorer. Un grand nombre de prétentions historiques indiquent également que la maladie et la déficience ont été vaincues ou éliminées d'une façon particulière, souvent grâce à l'intervention d'un guérisseur et dans un contexte de croyances et de pratiques religieuses. Les mécanismes de ces événements particuliers n'ont habituellement pas été décrits, mesurés ou étudiés scientifiquement, puisque l'on ne peut en reproduire les conditions de manière contrôlée. Des observateurs scientifiques et religieux pourraient être tout aussi sceptiques à des rapports d'événements qui se démarquent de l'expérience humaine normale, où il y a un passé marqué de ces revendications fabriquées ou considérablement exagérées.

Le scepticisme est souvent justifié, mais il crée parfois des obstacles aux progrès de la réadaptation. Pendant des siècles, tout le monde croyait que les personnes sourdes de naissance étaient également muettes et dépourvues de pensée rationnelle, de compréhension et de responsabilité morale. Toute preuve étant susceptible de contredire ce « savoir » était rejetée comme étant une fausse prétention ou du délire. L'*Encyclopaedia Judaica* fait état d'une « première percée dans l'attitude auparavant adoptée » lorsqu'un savant juif effectua une visite dans une « école pour sourds-muets » de Vienne au 19^e siècle et y découvrit des enfants sourds à qui l'on enseignait, et qui semblaient démontrer des signes de compréhension. Le rapport de sa découverte fut peu à peu rejoint par des preuves de même nature, et un siècle plus tard, le scepticisme fit place au poids de l'expérience dans l'enseignement juif (Rabinowitz 2007; cf. Marx 2002, 114-117, and Abrams 1998, 168-190). Dans les années 1520, Luther a lui-même connu une jeune femme sourde qui fit preuve de sa compréhension du message chrétien; il ordonna alors que la jeune femme et les autres personnes sourdes démontrant les mêmes capacités soient pleinement autorisées à participer aux cérémonies religieuses (Luther, édition 1883-1983, vol. 6: 377-378). Tout en étant bienveillants et éclairés à bien des égards, certains préceptes religieux récents des autorités d'Arabie Saoudite, traduits par Rispler-Chaim (2007, 97-134), ne semblent pas tenir compte de plusieurs siècles d'évolution dans l'éducation des personnes sourdes, de même que des capacités des personnes handicapées d'aujourd'hui vivant dans un environnement bien adapté. On y décèle une volonté d'engagement dans une réforme légitime des lois religieuses, mais le processus demeure lent.

Le scepticisme scientifique à propos des rumeurs de guérisons « miraculeuses » a un certain équivalent religieux dans le culte catholique romain qui enquête sur de telles rumeurs en lien avec la canonisation des saints. Apparemment, en 1088, seulement les témoignages oculaires étaient nécessaires comme preuves. En 1588, l'opinion des médecins et des juristes étaient également requis. Après 1948, un conseil médical a été créé, ainsi que des critères stricts pour cerner le problème médical et son pronostic, analyser l'évènement de guérison déclaré et faire la preuve des résultats, le tout appliqué par un groupe de spécialistes pour chaque catégorie de maladies (M. di Ruberto, cité dans Falasca 2004). Il est également possible d'examiner minutieusement des rumeurs de guérisons miraculeuses au sein de l'Église copte orthodoxe (Godron 1991). Le regard sceptique des anthropologues s'est porté plus tard sur les enquêtes scientifiques occidentales de traitements non occidentaux ayant des fondements médico-religieux, dont l'unique résultat fut de déterminer et d'extraire un agent biologique potentiellement efficace permettant d'éliminer les pièges « magiques, mystérieux et religieux », d'évaluer « scientifiquement » les éléments pouvant être évalués et d'obtenir l'homologation et l'autorisation légale pour la commercialisation. Ce genre de zone entre, par exemple, la science médicale nord-américaine, les thérapies tibétaines, les multinationales pharmaceutiques et une population mondiale désireuse d'obtenir plus de cures teintées de sagesse ancienne, exhibe un mélange extraordinairement complexe de motifs, de croyances, de passions et d'épistémologies contradictoires (Adams 2002).

À l'occasion, un genre de scepticisme différent mène à la proposition d'une thérapie innovatrice, dans laquelle les personnes ayant de graves déficiences ne sont pas appelées à être « guéries » de leur déficience physique ou cognitive, mais à participer à l'acceptation de la déficience et à la guérison des blessures dans leur cœur et dans leur vie. Des exemples de ce scepticisme ont été répertoriés dans les communautés de « L'Arche », présente dans pas

moins de 30 pays, où des personnes vivant avec des déficiences créent un foyer communautaire avec l'aide de quelques bénévoles, qui travaillent de concert pour l'acceptation et la tolérance mutuelle transcendant tous les obstacles liés à la race, à la religion, à la « normalité » et l'« anomalie »: de petits phares menant à une vision radicalement différente de l'être humain (Einsle 1982). Ce mouvement est l'un des rares à accordé une plus grande valeur aux personnes vivant avec des déficiences intellectuelles et cognitives, et dont la principale règle est issue des Béatitudes de Jésus : “Heureux ceux qui ont l'esprit de pauvreté! Heureux ceux qui ont le cœur pur!”, et des contradictions flagrantes à l'« intelligence de la rue », que l'on ne peut pas soumettre aisément à des essais cliniques randomisés. En partant de cette base judéo-chrétienne, les communautés de l'Arche en Asie et en Afrique semblent avoir touchées la corde de la vénération de l'innocence et de l'innocent vibrant dans les autres grandes religions, en plus de lever le voile sur l'abus et l'oppression mondiale envers ceux qui doivent mener une existence empreinte d'une plus grande vulnérabilité, sans les moyens de défense « normaux » de l'être humain que sont la ruse et la méfiance. En comparaison, très peu d'études ont été entreprises sur les expériences spirituelles que de telles personnes ont déclaré avoir vécues (Shogren & Rye 2005). Leur valeur possible en tant que « thérapeutes aux pieds nus » dans le voisinage, et de « praticiens de la différence » dans un monde de conflits, évoque inévitablement le scepticisme; pourtant celle-ci connaît des signes de reconnaissance dans la sagesse populaire et la « théologie de cuisine » à l'échelle mondiale (Hawkins 2004; Ibn Khaldun 2005; Miles 2007; Shoshun 1998).

Scepticisme postmoderne

Dans la pensée caractéristique postmoderne, les méta-récits religieux, scientifiques ou tout autre vaste système épistémologique, font l'objet d'un regard sceptique. L'héritage religieux mondial concernant les questions d'handicap, tout en générant des modèles de pensée et de comportement disciplinés et ayant fait leur preuve, demeure un fourre-tout qui tarde à réagir aux conditions changeantes. Certains observateurs critiques pensent certainement qu'il serait préférable de se débarrasser de toutes ses « vieilleries » et de repartir à zéro avec des thérapies et des programmes de réadaptation simples et fondés sur des données probantes, en consultation étroite avec les organismes de défense des personnes handicapées et autres parties intéressées. La croyance et la pratique religieuse sont profondément enracinées dans le monde entier, mais bien qu'elles démontrent des signes d'essoufflement en certains endroits, elles réussissent sans cesse à renaître et à s'adapter en évitant habituellement les revirements brusques. En tant qu'autre héritage de la philosophie et de la foi, la « science », répartie dans les régions urbaines à l'échelle mondiale, observe et construit des schémas de réponse au handicap plus structurés et vérifiables, mais elle possède des racines peu profondes et même celles-ci sont fréquemment déracinées afin de pouvoir y jeter un regard critique et de les modifier. À chaque décennie, les scientifiques semblent rejeter les découvertes (ou à tout le moins les interprétations) des scientifiques des décennies antérieures. Ils peuvent s'attendre à ce que leurs propres découvertes connaissent également une brève existence, accompagnée d'une perte de crédibilité publique au bout du compte. Alors que de nombreux produits bien établis de la technologie scientifique moderne facilitent la vie quotidienne dans le « monde moderne », d'autres sont imbriqués dans les affrontements armés à l'échelle mondiale, la destruction de l'environnement, les nouvelles pandémies et les activités des multinationales consacrées à maximiser les profits de leurs actionnaires, sans toutefois apporter beaucoup d'avantages notables à la sagesse de l'espèce humaine et à la motivation pour lutter contre les menaces qui pèsent sur elle. Il y a peut-être lieu d'établir un

système de recrutement de ressources scientifiques, religieuses, philosophiques et autres sources de connaissances humaines, tout en se servant des pouvoirs d'analyse de chaque camp afin de cerner et de diminuer les effets secondaires nuisibles.

Quelques conséquences de la réadaptation

Devenir conscient de « sa spiritualité »

Le défi, décrit au début de cet article, à l'effet que les systèmes de réadaptation devraient tenir compte d'une partie de « la spiritualité » demeure difficile à réaliser dans le secteur moderne confus, changeant, sécularisant et fragmenté de chaque pays. Il constitue néanmoins un défi et un objectif tout autant attirant pour le personnel de la réadaptation souhaitant perfectionner leurs connaissances professionnelles et offrir un service plus humain, plus complet et tenant davantage compte des particularités culturelles (Underwood 1999). S'il se peut que le personnel n'ait pas lui-même de croyances religieuses de quelque nature que ce soit, il est également possible de maintenir la voie ouverte au développement d'une meilleure compréhension du spectre de « l'amplitude du mouvement » dans la pensée, la foi, la spiritualité et la pratique religieuse d'autrui. Certains « gemmes culturels » se trouvant dans l'héritage religieux, spirituel et philosophique peuvent être retailés et polis pour apporter un éclat nouveau aux expériences d'invalidité, de réadaptation et d'insertion sociale de l'être humain, ou en illuminer une perspective différente, pour lui permettre de mener une existence satisfaisante en vivant avec certaines caractéristiques en marge de la norme. L'étude et les écrits à propos de ces enjeux et de ces problèmes remontent à loin dans l'histoire et ceux-ci sont encore aujourd'hui irrésolus; mais les premiers débats et accommodements ont leur utilité. Des développements modernes peuvent être proposés, non pas comme des innovations radicales avec des idées séculaires « dangereuses », mais comme une récupération de la sagesse antique mondiale dans le but de la reconstruire et de la rafraîchir pour la génération suivante.

Recherche sur le « redressement religieux et spirituel »

De plus en plus d'études sont menées (apparaissant dans la plupart des bases de données spécialisées en médecine, en sciences sociales et en religion) afin de vérifier si les facteurs religieux et spirituels pourraient avoir un effet mesurable sur la maladie, le handicap et la réadaptation, que ce soit en augmentant ou en diminuant la participation et le respect des clients envers leur traitement influençant ainsi la vitesse de leur déclin, de leur réadaptation ou de leur rétablissement, et améliorant la qualité de vie telle que rapportée par ces derniers ou la qualité des réponses de leurs communautés. (Des axes de recherche en neuropsychologie et dans d'autres domaines nécessiteraient une discussion et une expertise approfondies et ne seront donc pas traités ici. Il est toutefois possible qu'ils soient mentionnés dans d'autres articles de la présente encyclopédie). Il n'est pas surprenant que de grandes difficultés se soient présentées dans la définition de facteurs pertinents et la production de mesures valides, jusqu'à en être largement crédibles. Là où les chercheurs espèrent démontrer une corrélation entre la croyance religieuse et le rétablissement du corps et de l'esprit, cela ne fait aucun doute que le protocole expérimental aurait avantage à tenir compte du regard sceptique d'athées intelligents au préalable, plutôt que de simplement faire face à leur incrédulité par la suite. Là où les chercheurs espèrent identifier un mécanisme neurologique ayant une corrélation avec une activité religieuse, ils devraient également accueillir le scepticisme des croyants religieux envers toute prétention réductionniste d'identifier le « réflexe de Dieu » ou le « gène de Dieu ». L'éminent philosophe athée Daniel

Dennett (2007, 272-277) a souligné un tel combat partagé et il semble apparemment très ouvert à la découverte de preuves que la religion pourrait être « bonne pour la santé », en anticipant, bien sûr, que les avantages obtenus des mécanismes physiques et psychosomatiques ne soient ni d'origine divine ni ne nécessitent une intervention de la même nature.

Convergence et divergence éthique

À travers l'histoire des réactions envers le handicap et les personnes ayant des incapacités, les diverses religions et philosophies du monde se sont entendues sur divers points. À certains moments, elles sont capables de présenter un front commun de soutien pour ce que l'on juge actuellement comme étant un comportement ou une pratique de réadaptation « éclairé(e) et inclusif(ve) ». Il semble également y avoir une dose de divergence constante, car il devient évident que certaines théories religieuses, rabaissées au rang de vieilles superstitions moribondes par les intellectuels modernes, ne disparaîtront pas, ni ne se prêteront aux négociations. Les théories complexes du karma et du cycle des renaissances entrent dans cette catégorie et sont encore pertinentes pour les réflexions à propos du handicap. De telles théories semblent suffisamment raisonnables et logiques pour environ un demi-milliard d'adultes, qu'ils vivent dans un contexte rural traditionnel (Sharma 1973) ou parmi des intellectuels urbains ayant une solide éducation et une excellente connaissance des sciences et des philosophies occidentales modernes (Potter 1983). Les explications scientifiques traitent essentiellement de probabilités statistiques et n'ont pratiquement aucun contenu moral ou de « raisons de vivre », alors que les explications karmiques sont liées directement au contenu moral et spirituel de la vie et du comportement des gens. Chaque type d'explications affiche une certaine souplesse, traitent de forces et d'entités invisibles, répond à certains aspects de la recherche humaine de modèles dans les circonstances de la vie et attire les gens qui ont été élevés dans un monde conceptuel appuyant ce genre d'explications.

Une réadaptation holistique et conviviale?

Dans certaines parties du monde urbain, une longue tradition de traitement pratique de réadaptation a été délaissée et les thérapeutes en formation apprennent plutôt comment installer les clients sur des appareils dispendieux. Si l'approvisionnement en électricité de la ville est fonctionnel et que l'appareil n'est pas défectueux, celui-ci applique un type de rayons invisibles sur le corps du client. Les praticiens peuvent également personnaliser leur appareil en fixant à l'intérieur, de manière stratégique, une petite ampoule rouge fonctionnant à piles qui produit une chaleur incandescente réconfortante pour les clients qui croient alors obtenir leur dû en technologie de pointe. (Les praticiens réaliseront probablement que l'ampoule fonctionne assez bien lorsqu'il y a une panne d'électricité, ou que l'appareil se dérègle; on économise donc également sur le coût de remplacement des pièces défectueuses). La foi semble être la clé dans cette histoire: la foi en la technologie, la foi en les bienfaits des rayons, l'élimination de la touche délicate, faillible et personnelle de l'homme; la foi en l'effet placebo; la foi en la satisfaction des attentes superficielles des clients; la foi en l'optimisation des profits.

On semble reconnaître, à l'encontre de tels dispositifs et de telles déceptions, que l'étrange spectre de l'esprit et du corps peut réaliser une grande partie de sa propre guérison, ou encore être plus ouvert aux bienfaits de forces invisibles, si le praticien offre de la bienveillance et des encouragements en guise de réaction. Il peut susciter l'espoir, la résilience et le renforcement du système immunitaire chez les clients; écouter attentivement leurs croyances

et approuver les éléments qui lui semblent positifs ou sans danger; devenir le type de guérisseur que chacun semble souhaiter; reconnaître la dignité humaine en chaque personne, tout en les guidant aimablement vers des pratiques thérapeutiques, des diètes, des exercices, des programmes de réadaptation et la participation sociale fondées sur des données probantes. Les praticiens formés dans ce domaine seront bien informés des sanctions éthiques s'ils osent imposer leurs croyances personnelles ou leur philosophie aux clients, surtout dans le cas de ceux qui vivent une période de transition particulièrement vulnérable. Par contre, cela ne veut pas dire qu'il faille dissimuler la présence humaine derrière un masque professionnel, mais plutôt que cette présence doit s'imposer avec retenue, respect et une certaine considération.

Il est également possible de citer la remarque prudente attribuée à Mahomet: « Aie confiance en Allah, mais attache d'abord ton chameau » (ou un équivalent peut-être plus moderne : « Crois en Dieu, mais fais vacciner ton enfant »). Si le traitement de réadaptation se poursuit pendant quelque temps sans résultat apparent, et que la question des résultats devient de plus en plus pressante, il se peut que les praticiens (peu importe leur confession religieuse) proposent d'autres types de thérapie ou d'adaptation. Mais pour être honnête, et afin de respecter les réalités économiques de la vie de nombreux clients, le praticien devra probablement examiner comment la vie de ses clients se déroulera avec leur déficience ou leur souffrance actuelle ou un accroissement de celles-ci, ainsi que les ajustements et les ressources disponibles pour les alléger. Les croyances personnelles, l'âge, l'expérience et la position qu'une personne occupe dans la vie font inévitablement partie de l'équation. Le client athée âgé, pour qui la vie est essentiellement un courant d'électrons formant des schémas passagers dans un néant dépourvu de sens, n'aurait probablement d'autre réaction amicale que d'écouter les schémas passagers que cette personne a trouvés utiles et agréables au cours de sa vie. Pour le client vivant dans un contexte religieux, il y a dans la plupart des religions d'autres bribes de croyances offrant de l'espoir et dans lesquelles la souffrance peut être considérée comme une soumission à une divinité, comme le lot commun de toute l'humanité, comme un test pour l'âme, comme une préparation à une existence spirituelle au-delà de la mort, ou comme d'autres interprétations permettant d'endurer cette souffrance avec dignité et courage. Pour conclure, voici encore une fois une citation de Nosek (1995) à propos de la spiritualité et de la réadaptation: « Les deux constituent des voies menant à définir qui nous sommes, quelle relation nous entretenons avec notre univers et là où nous nous dirigeons. »

Bibliographie

Note: une bibliographie contenant 460 éléments historiques et actuels à propos du handicap et de la religion au Moyen-Orient et en Asie, y compris un bon nombre de citations mentionnées ci-dessous, figurent sur le site Web se trouvant à l'adresse suivante: <http://www.independentliving.org/docs7/miles200707.html>

Abimbola W. 1994. Ifá: a West African cosmological system. In: Blakely TD, van Beek WEA, Thomson DL, editors. Religion in Africa. Portsmouth (NH): Heinemann. p. 101-116, (bibliog. 443-483)

Abraham KC, Abraham M. 2007. Broken god in the midst of broken people. Journal of Religion, Disability & Health 11(2):41-52.

- Abrams JZ. 1998. *Judaism and Disability*. Washington (DC): Gallaudet UP.
- Adams V. 2002. Randomized controlled crime: postcolonial sciences in alternative medicine research. *Social Studies of Science* 32:659-690.
- Anstey KW. 2008. A critique of arguments supporting disability avoidance. *Disability & Society* 23(3):235-246.
- Artson BS. 2007. *'Im ani kan, hakol kan* If I Am Here, All Is Here: a contemplation on "defects" and "wholeness". In: Abrams JZ, Gaventa WC, editors. *Jewish Perspectives on Theology and the Human Experience of Disability*. Binghamton (NY): Haworth Pastoral Press.
- Aston WG, translator. 1896. *Nihongi. Chronicles of Japan from the earliest times to AD 697*. Transactions and Proceedings of the Japan Society, London, supplement (2 vols). London: Kegan Paul.
- Axelrod C. 2005. *And the Journey Begins*. Coleford (UK): Douglas McLean.
- Al-Baghawi (revised by at-Tibrizi); Robson J, translator. *Mishkat al-masabih*. Reprinted 1990, Lahore: Sh. Muhammad Ashraf.
- Balasundaram P. 2007. Love is not a feeling: faith and disability in the context of poverty. *Journal of Religion, Disability and Health* 11(2):15-22.
- Bayoumi A. 1979. *The History of Sudan Health Services*. Nairobi: Kenya Literature Bureau.
- Black JA, Cunningham G, Ebeling J, Flückiger-Hawker E; Robson E, Taylor J, Zolyomi G. 1998-2006. *The Electronic Corpus of Sumerian Literature*. [Internet]. Oxford: University of Oxford, Faculty of Oriental Studies. [cited 2008 May 14]. Available from: <http://etcsl.orinst.ox.ac.uk/>
- Bolaji Idowu E. 1962. *Olodumare. God in Yoruba belief*. London: Longmans.
- Boswell BB, Knight S, Hamer M, McChesney J. 2001. Disability and spirituality: a reciprocal relationship with implications for the rehabilitation process. *Journal of Rehabilitation* 67(4):20-25.
- Bottéro J, Kramer SN. 1989. *Lorsque les Dieux Faisaient l'Homme. Mythologie Mésopotamienne*. Paris: Gallimard.
- Bragg L. 2004. *Oedipus Borealis. The aberrant body in Old Icelandic myth and saga*. Madison: Fairleigh Dickinson University Press.
- Bray F. 1999. Chinese health beliefs. In: Hinnells JR, Porter R, editors. *Religion, Health and Suffering*. London: Kegan Paul International. p. 187-211.
- Bühler G, translator. 1886. *The Laws of Manu, translated with extracts from seven commentaries*. Oxford: Clarendon.
- Burlingame EW, translator. 1921, reprinted 1969. *Buddhist Legends*. London: Luzac.

- Byrne P. 2000. *Philosophical and Ethical Problems in Mental Handicap*. London: MacMillan.
- Cohen L. 1998. *No Aging in India. Alzheimer's, the Bad Family, and Other Modern Things*. Berkeley: Univ. California Press.
- Cole H. 1902. Notes on the Wagogo of German East Africa. *Journal of the Anthropological Institute of Great Britain and Ireland* 32:305-338.
- Cowell EB, editor. 1895-1907. *The Jataka, or Stories of the Buddha's former births*. Cambridge University Press.
- Danby H, translator. 1933. *The Mishnah*. Oxford University Press.
- Daniélou A. 1964. *Hindu Polytheism*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Darmesteter J, translator. 1895. *The Zend-Avesta, Part I, The Vendidad*. 2nd ed. Oxford: Clarendon.
- Dastugue J. 1962. Pathologie des Hommes de Taforalt. In: Ferembach D; avec la collaboration de Dastugue J, Poitrat-Targowla MJ. *La nécropole épipaléolithique de Taforalt (Maroc oriental): étude des squelettes humains*. Rabat: Centre National de la Recherche Scientifique. p. 133-158
- 'DAVID B'. 2005. *Epileptic*. London: Jonathan Cape.
- Dennett DC. 2007. *Breaking the Spell. Religion as a natural phenomenon*. London: Penguin.
- Dettwyler KA. 1991. Can paleopathology provide evidence of "compassion"? *American Journal of Physical Anthropology* 84:375-384.
- Dols M. 1983. The leper in Medieval Islamic society. *Speculum* 58:891-916.
- Dos Santos J. 1609. Eastern Ethiopia. In: Theal GM, editor. 1901. *Records of South-Eastern Africa. Volume VII. Government of Cape Colony*. Reprinted 1964. Cape Town: Struik. p. 12-13, 33 (Portuguese); 193-195, 214-215 (English).
- Ebrahimnejad H. 2002. Religion and medicine in Iran: from relationship to dissociation. *History of Science* 40:91-112.
- Einsle G. 1982. The folly of l'Arche in Calcutta. In: Vanier J, editor. *The Challenge of L'Arche*. London: Darton, Longman & Todd. p. 187-201.
- Emmerick RE. 1984. Some remarks on the history of leprosy in India. *Indologica Taurinensia* 12:93-105.
- Falasca S. 2004. The necessity of miracles. An interview with Michele Di Ruberto, Undersecretary of the Congregation for the Causes of the Saints. 30 Days [Internet]. [cited 2008 April 24] 4. Available from: <http://www.30giorni.it/us/articolo.asp?id=3664>
- Farrar JE. 2001. Addressing spirituality and religious life in occupational therapy practice.

Physical & Occupational Therapy in Geriatrics 18(4):65-85.

- Faull K, Hills MD, Cochrane G, Gray J, Hunt M, McKenzie C, Winter L. 2004. Investigation of health perspectives of those with physical disabilities: the role of spirituality as a determinant of health. *Disability and Rehabilitation* 26(3):129-144.
- Feierman S. 2000. Explanation and uncertainty in the medical world of Ghaambo. *Bulletin of the History of Medicine* 74:317-344.
- Gaventa W, Newell C. 2006. Religion. In: Albrecht G, et al., editors. *Encyclopedia of Disability III*. Thousand Oaks (CA): Sage. p. 1374-1381.
- Geertz C. 2005. Shifting aims, moving targets: on the anthropology of religion. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 11:1-15.
- Gewalt D. 1986. Die 'fides ex auditu' und die Taubstummen. Zur Auslegungsgeschichte von Gal. 3,2 und Röm. 10, 14-17. *Linguistica Biblica* 58:45-64.
- Ghaly M. 2008. Islam and Disability: Perspectives in Islamic theology and jurisprudence. Unpublished doctoral dissertation, University of Leiden.
- Godron G. 1991. Healings in Coptic literature. In: Atiya AS, editor. *The Coptic Encyclopedia*, vol. 4, pp. 1212-1214. New York: MacMillan.
- Goodman AH, Armelagos GJ. 1989. Infant and childhood morbidity and mortality risks in archaeological populations. *World Archaeology* 21:225-243.
- Graham AC, translator. 1981. *The Seven Inner Chapters and other writings from the book Chuang-tzu*. London: Allen & Unwin.
- Growse FS, translator. 1876. *The Ramayana of Tulasidasa*. Prasad RC, editor, translator. 1987. 2nd edition. Delhi: Motilal Banarsidass.
- Al-Habeeb TA. 2002. Knowledge, beliefs and practice of faith healers in Saudi Arabia. *The Arab Journal of Psychiatry* 13(2):81-91.
- Halliburton M. (2003) The importance of a pleasant process of treatment: lessons on healing from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry* 27: 161-186.
- Hallpike CR. 1972. *The Konso of Ethiopia*. Oxford University Press.
- Hamilton GL. 1912. La source d'un épisode de Baudouin de Sebourc. *Zeitschrift für romanische Philologie* 36:129-159.
- Hanada S. 1998. Ebisu Mandara [internet]. Japan Council on Disability; [cited 2008 April 24]. Available from: <http://www.jdnet.gr.jp/Ebisu/index.en.html> (A selection of Ebisu Mandara, appears in Albrecht G, et al., editors. 2005. *Encyclopedia of Disability Volume 5*. Thousand Oaks (CA): Sage. p. 160-168.
- Haualand H. 2007. The two-week village. The significance of sacred occasions for the deaf community. In: Ingstad B, Whyte SR, editors. *Disability in Local and Global Worlds*.

- Berkeley: University of California Press. p. 33-55.
- Hawkins PH. 2004. The Buddhist insight of emptiness as an antidote for the model of deficient humanness contained within the label 'intellectually disabled'. *Journal of Religion, Disability & Health* 8(1/2):45-54.
- Helander E. 1999. *Prejudice and Dignity*. 2nd ed. New York: UN Development Programme.
- Hertz JH, editor, translator. 1952. *The Pentateuch and Haftorahs*, Hebrew text, English translation and commentary. London; Soncino.
- Hulse EV. 1975. The nature of biblical leprosy. *Palestine Exploration Quarterly* 107:87-105.
- Hume RE, translator. 1931; revised, reprinted 1993. *The Thirteen Principal Upanishads translated from the Sanskrit*. 2nd ed. Delhi: Oxford UP.
- Ibn Khaldun. 2005. *The Muqaddimah*. Rosenthal F, translator; Dawood NJ, editor. Princeton: Princeton University Press.
- Iiffe J. 1987. *The African Poor. A history*. Cambridge University Press.
- Ismail H, Wright J, Rhodes P, Small N. 2005. Religious beliefs about causes and treatment of epilepsy. *British Journal of General Practice* 55:26-31.
- Al-Issa I. 2000. Does the Muslim religion make a difference in psychopathology? In: Al-Issa I, editor. *Al-Junun: mental illness in the Islamic world*. Madison (CT): International Universities Press. p. 315-53.
- Iwama MK. 2005. The *Kawa* (river) model: nature, life flow, and the power of culturally relevant occupational therapy. In: Kronenberg F, Algado SS, Pollard N, editors. *Occupational Therapy Without Borders. Learning from the spirit of survivors*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone. p. 213-227.
- Jacobi H, translator. 1884. *Gaina Sutras translated from Prakrit*. Volume 1. Oxford: Clarendon.
- Jae-Ryong Shim. 2001. Evil and the overcoming of suffering in Buddhism. In: Koslowski P, editor. *The Origin and the Overcoming of Evil and Suffering in the World Religions*. Dordrecht: Kluwer. p. 8-23.
- Jain JC. 1947. *Life in Ancient India as Depicted in the Jain Canons*. Bombay: New Book Company.
- Johnstone B, Glass BA, Oliver RE. (2007) Religion and disability: clinical, research and training considerations for rehabilitation professionals. *Disability & Rehabilitation* 29(15):1153-1163.
- Jones WC, Tianquan C, Yongling J, translators. 1994. *The Great Qing Code*. Oxford: Clarendon.
- Kane PV. 1974. *History of Dharmasastra*. 2nd ed. Poona: Bhandarkar Oriental Research

Institute.

Katz LD, editor. 2000. *Evolutionary Origins of Morality. Cross-disciplinary perspectives.* Exeter: Imprint Academic.

Katz R. 1982. *Boiling Energy. Community healing among the Kalahari Kung.* Cambridge (MA): Harvard University Press.

Khalili S, Murken S, Reich KH, Shah AA, Vahabzadeh A. 2002. Religion and mental health in cultural perspective: observations and reflections after the First International Congress on Religion and Mental Health, Tehran, 16-19 April 2001. *International Journal for the Psychology of Religion* 12(4):217-237.

Khan MM, translator. 1996. *Summarized Sahih Al-Bukhari, Arabic-English.* Riyadh: Dar-us-Salam publications.

Klein J. 1997. Enki and Ninmah. In: Hallo WW, Younger KL, editors. *The Context of Scripture. Volume I. Canonical compositions from the biblical world.* Brill: Leiden. p. 516-518.

Klitzman RL, Daya S. 2005. Challenges and changes in spirituality among doctors who become patients. *Social Science & Medicine* 61:2396-2406.

Knoblock J, translator. 1988-1994. *Xunzi. A Translation and Study of the Complete Works.* Stanford (CA): Stanford University Press.

Koss-Chioino JD. 2006. Spiritual transformation, ritual healing, and altruism. *Zygon* 41(4):877-892.

Kronenberg F, Algado SS, Pollard N, editors. *Occupational Therapy Without Borders. Learning from the spirit of survivors.* Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.

Lee BY, Newberg AB. 2005. Religion and health: a review and critical analysis. *Zygon* 40(2):443-468.

Leslie C, editor. 1976 *Asian Medical Systems: A Comparative Study.* Berkeley: University of California Press.

Luther M. 1883-1983. *D. Martin Luthers Werke: Kritische Gesamtausgabe.* Weimar.

Marcus D. 1980. Some antiphrastic euphemisms for a blind person in Akkadian and other Semitic languages. *Journal of the American Oriental Society* 100:307-310.

Al-Marghinani. 1975. *The Hedaya or Guide.* 2nd edition. Hamilton C, translator; Grady S, editor. 1870. Lahore: Premier Book.

Matisoff S. 1978. *The Legend of Semimaru, blind musician of Japan.* New York: Columbia University Press.

Marx T. 2002. *Disability in Jewish Law.* London: Routledge.

- McLeod K, Yates R. 1981. Forms of Ch'in law: an annotated translation of *Feng-chen shih*. Harvard Journal of Asiatic Studies 41:111-163.
- Miles M. 2002a. Disability on a different model: glimpses of an Asian heritage. Journal of Religion, Disability & Health 6 (2/3): 89-108. Originally published in: Disability & Society (2000) 15: 603-618.
- Miles M. 2002b. Some influences of religions on attitudes towards disabilities and people with disabilities. Journal of Religion, Disability & Health 6 (2/3): 117-133. Originally published in: Leavitt RL, editor. 1999. Cross-cultural Rehabilitation. An international perspective. London: WB Saunders. p. 49-57.
- Miles M. 2003. Segregated we stand? The mutilated Greeks' debate at Persepolis, 330 BC. Disability & Society 18:865-879.
- Miles M. 2007. Spectrum of contents and dis-contents: kitchen theology of Asian disability. Journal of Religion, Disability & Health 11(2):5-13.
- Murakami F. 1988. Incest and rebirth in *Kojiki*. Monumenta Nipponica 43:455-463.
- Murphy N. 2006. Is altruism good? Evolution, ethics and the hunger for theology. Zygon 41(4):985-994.
- Mutwa VC. 1998. Indaba My Children. Rev. ed. Edinburgh: Payback Press.
- Nagai A. 2002. A Social History of Blind Priests in Japan and South Korea. Fukuoka: Ashi Foundation.
- Ngan R, Kwok J. 1992. Informal caring networks among Chinese elderly with disabilities in Hong Kong. International Journal of Rehabilitation Research 15:199-208.
- Nosek MA. 1995. The defining light of Vedanta: personal reflections on spirituality and disability. Rehabilitation Education 9(2):171-182.
- Oe K. 2001. A Healing Family. Tokyo: Kodansha International.
- O'Flaherty WD. 1975. Hindu Myths. London: Penguin.
- Ouertani M. 1999. Social welfare or socio-political entitlement: disabled people caught between the poles of their Tunisian origin and acculturative pressures. In: Holzer B, Vreede A, Weigt G, editors. Disability in Different Cultures. Bielefeld: Transcript-verlag. p. 146-153.
- Palau Marti M. 1964. Le Roi-Dieu au Bénin, Sud Togo, Dahomey, Nigeria occidentale. Paris: Editions Berger-Levrault.
- Patel V, Mutambirwa J, Nhiwatiwa S. 1995. Stressed, depressed, or bewitched? A perspective on mental health, culture and religion. Development in Practice 5(3):216-224.
- Peloquin SM. 2005. The art of occupational therapy: engaging hearts in practice. In:

- Kronenberg F, Algado SS, Pollard N, editors. *Occupational Therapy Without Borders*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone. p. 99-109.
- Potter K. 1983. The Karma theory and its interpretation in some Indian philosophical systems. In: O'Flaherty WD, editor. *Karma and Rebirth in Classical Indian Tradition*. Delhi: Motilal Banarsidas. p. 241-267
- Rabinowitz L. 2007. Deaf-Mute. In: Berenbaum M, Skolnik F, editors. *Encyclopedia Judaica* 5:508-510. Detroit: MacMillan.
- Raghavachariar NR. 1965. *Hindu Law. Principles and Precedents*, 6th ed. Madras: Madras Law Journal Office.
- Ragheb Moftah, Roy M. 1991. Music, Coptic: Cantors, their role and musical training. In: Atiya AS, editor. *The Coptic Encyclopedia* 6:1736-1738. New York: MacMillan.
- Raguram R, Venkateswaran A, Ramakrishna J, Weiss MG. 2002. Traditional community resources for mental health: a report of temple healing in India. *British Medical Journal* 325:38-40.
- Ramanujan AK, translator. 1973. *Speaking of Siva*. London: Penguin.
- Rangarajan LN, translator. 1992. *Kautilya. The Arthashastra*. New Delhi: Penguin.
- Rhys Davids TW, Oldenberg H, translators. 1881. *Vinaya Texts, Part 1, The Patimokkha, The Mahavagga, I IV*. Oxford
- Rispler-Chaim V. 2007. *Disability in Islamic Law*. Dordrecht: Springer.
- Riviere M. 1970. *Rehabilitation Codes. Classification of Impairment of Visual Function. Final Report 1968*. U.S. National Institute of Neurological Diseases and Blindness.
- Rösing I. 1999. Stigma or sacredness. Notes on dealing with disability in an Andean culture. In: Holzer B, Vreede A, Weigt G, editors. *Disability in Different Cultures*. Bielefeld: Transcript. p. 27-43.
- Salib E, Youakim S. 2001. Spiritual healing in elderly psychiatric patients: a case-controlled study in an Egyptian psychiatric hospital. *Aging and Mental Health* 5(4):366-370.
- Schodde GH. 1885. The Apostolic Canons, translated from the Ethiopic. *Journal of the Society of Biblical Literature and Exegesis* 5(1/2): 61-72.
- Sessanna L, Finnell D, Jezewski MA. 2007. Spirituality in nursing and health-related literature. A concept analysis. *Journal of Holistic Nursing* 25(4):252-262.
- Sharma U. 1973. Theodicy and the doctrine of karma. *Man, New series* 8(3):347-364.
- Shogren KA, Rye MS. 2005. Religion and individuals with intellectual disabilities: an exploratory study of self-reported perspectives. *Journal of Religion, Disability & Health* 9(1):29-53.

- Shoshun K. 1998. "A lineage of dullards". Zen master Toju Reiso and his associates. Japanese Journal of Religious Studies [Internet]. [cited 15 May 2008] 25(1/2): 151-165. Available from: <http://www.nanzan-u.ac.jp/SHUBUNKEN/publications/jjrs/pdf/515.pdf>
- Silvers A. 1998. Disability Rights. Encyclopedia of Applied Ethics I. San Diego: Academic Press. p. 781-796.
- Soysal Y. 2001. Hitit din ve sosyal hayatinda {LU/MUNUS}U.HUB "sagir". In: Wilhelm G, editor. Akten des IV. Internationalen Kongresses für Hethitologie, Würzburg, 4.-8. Oktober 1999, 652-669. Studien zu den Bogazkoey-Texten, Band 45. Wiesbaden: Harrassowitz.
- Squier S. 2004. Meditation, disability and identity. Literature and Medicine 23 (1) 23-45.
- Stone JH, editor. Culture and Disability: Providing Culturally Competent Services. Thousand Oaks: Sage.
- Sullivan LE. 1987. Healing. In: Eliade M, editor. The Encyclopedia of Religion. Volume 6. 2nd ed. New York: MacMillan. p. 226-234.
- Taraporewala IJS, translator. 1922. Selections from Avesta and Old Persian (First Series). Part I. Calcutta University.
- Telang KT, translator. 1898. The Bhagavadgita with the Sanatsugatiya and the Anugita. 2nd ed. Oxford: Clarendon.
- Temkin O. 1971. The Falling Sickness. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Tigay JH. 1978. "Heavy of mouth" and "heavy of tongue": on Moses' speech difficulty. Bulletin of the American Schools of Oriental Research 231:57-67.
- Traphagan JW. 2007. Moral discourse and old age disability in Japan. In: Ingstad B, Whyte SR, editors. 2007. Disability in Local and Global Worlds. Berkeley: University of California Press. p. 259-286.
- Trembovler L. 1993-1994. Disease: a sign of piety? Some moral associations of disease in medieval society. Korot: the Israel journal of the history of medicine and science 10:135-142.
- Underwood LG. 1999. A working model of health: spirituality and religiousness as resources: applications to persons with disability. Journal of Religion, Disability & Health 3(3):51-71.
- Veith I. 1972. The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine, translated, with an introductory study. New edition. Berkeley: University of California Press.
- Werner D. 1998. Nothing About Us Without Us. Developing innovative technologies for, by and with disabled persons. Palo Alto: Healthwrights.
- WHO 2001. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF).

- Geneva: World Health Organisation.
- Winkelman M. 2004. Shamanism as the original neurotheology. *Zygon* 39(1):193-217.
- Wood CA. 1926. Ayurvedic medicine in ancient and medieval Ceylon. *Annals of Medical History* 8: 435-445.
- Woodbridge F. 1939. Some unusual aspects of mental irresponsibility in the criminal law. *Journal of Criminal Law and Criminology* 26:822-847.
- Wujastyk D. 1998. *The Roots of Ayurveda*. New Delhi: Penguin.
- Yamey G, Greenwood R. 2004. Religious views of the 'medical' rehabilitation model: a pilot qualitative study. *Disability & Rehabilitation* 26(8):455-462.
- Yong A. 2007. *Theology and Down Syndrome. Reimagining disability in late modernity*. Waco (TX): Baylor University Press.
- Zhang DD, Rusch FR. 2005. The role of spirituality in living with disabilities. *Journal of Religion, Disability & Health* 9(1):83-98.
- Zillman F. 1938?. *Saint Augustine and the Education of the Deaf (The history of an error)*. Klopfer S, translator, from revised German version of 1937-1938. [Reprinted 1943 (?), from *Our Young People -- The Deaf-Mutes' Friend*. 41(11, 12) and 42 (1, 2)].
- Zysk KG. 1991. *Asceticism and Healing in Ancient India. Medicine in the Buddhist monastery*. Delhi: Oxford University Press.
- Zysk KG. 1998. *Medicine in the Veda. Religious healing in the Veda*. First ed. 1985. Delhi: Motilal Banarsidass.