

**Le corps ambivalent, entre objectivation et expérience vécue. Représentations scientifiques et imaginaires du corps: deux modélisations de la corporéité.**

Julien Lamy

► **To cite this version:**

Julien Lamy. Le corps ambivalent, entre objectivation et expérience vécue. Représentations scientifiques et imaginaires du corps: deux modélisations de la corporéité. . DEUG. France. 2008. cel-01818336

**HAL Id: cel-01818336**

**<https://hal.archives-ouvertes.fr/cel-01818336>**

Submitted on 19 Jun 2018

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

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

LE CORPS AMBIVALENT,  
ENTRE OBJECTIVATION ET EXPERIENCE VECUE

REPRESENTATIONS SCIENTIFIQUES ET IMAGINAIRES DU CORPS,  
DEUX MODELISATIONS DE LA CORPOREITE.

Enseignement SHS – P1 – Lyon Grange-Blanche  
Amphi du 22 janvier 2008

(Responsable : Julien Lamy)

LE STATUT ET LA PLACE DU CORPS DANS LE PARCOURS MEDICAL

Dans l'un de ses ouvrages consacrés aux problèmes et enjeux de la médecine moderne, Didier Sicard, président du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), nous sensibilise au paradoxe d'une « médecine sans le corps ». Selon l'auteur, cette « absence » du corps dans la médecine conventionnelle se manifeste par une surdétermination du corps par les différentes méthodes d'objectivation de la science biomédicale, conduisant à un oubli de la souffrance vécue et par une traduction objective de la plainte que la personne malade adresse au soignant :

« La souffrance de l'être en tant que sujet est réellement inaccessible à une science qui ne peut que privilégier sa manifestation objective et l'ordonner. De plus, quelque compassion que la médecine puisse exprimer face à cette souffrance, celle-ci s'exprime désormais en empruntant à la science ses habits pour être entendue. La plainte, c'est à dire la parole d'un être souffrant, disparaît, censurée par la médecine, au profit de l'image et des chiffres, censurée par le malade lui-même qui a perdu confiance dans sa capacité à faire entendre ce dont il souffre. Ainsi, corps, parole et écoute ont-ils à peu près disparu du champ de la médecine »<sup>1</sup>.

Ce qu'il faut comprendre par ces affirmations de Didier Sicard, c'est que nous assistons depuis plusieurs décennies à un investissement du corps par la biomédecine, dont la conséquence directe se comprend en termes de « médicalisation » de l'expérience corporelle. Ainsi, « *l'homme contemporain a une image de lui de plus en plus paramétrée, quantifiée, normée, normative, encadrée par la médecine* »<sup>2</sup>.

Le corps devient dès lors quelque chose d'observable objectivement, un objet sur lequel le discours scientifique se donne une (em)prise, à partir de données quantifiables, de mesures, de normes statistiques ou encore de différents indicateurs. Dans ce contexte, l'objectivation médicale du corps dicte la nouvelle **identité du corps**. C'est ce que souligne Didier Sicard avec une pointe d'humour :

---

<sup>1</sup> Didier SICARD, *La médecine sans le corps*, Plon, 2002, p. 17.

<sup>2</sup> Didier SICARD, *La médecine sans le corps*, p. 23.

« Mon cholestérol, mon écho, ma colo, ma fibro, ma mammo, mes T4, mon IRM, mes gammaGT, mon PSA... moi ! C'est la référence médicale qui constitue la nouvelle identité du corps, un corps toujours en sursis (comme tout corps bien sûr). Ce transfert identitaire est d'autant plus étrange qu'il s'accompagne de la plainte croissante de ne pas être reconnu comme personne et ne pas être entendu comme sujet à part entière, si différent des autres »<sup>3</sup>.

Dans cette perspective, il apparaît qu'une réflexion générale sur le corps à l'aide des outils et des ressources des sciences humaines et sociales doit nous permettre de clarifier certains enjeux généraux relatifs au statut et à la place du corps dans le parcours médical. Il s'agit dans un premier temps de (re)mettre évidence la **complexité du corps**, entre objectivité et subjectivité : le corps a une « épaisseur » et ne peut être réduit au simple statut de phénomène matériel explicable par des méthodes scientifiques appliquées dans le domaine médical. Par ailleurs, un second enjeu est identifiable sous l'angle de la revalorisation de la **matérialité du corps**, contre son objectivation abstraite par le discours scientifique (virtualité des images et des chiffres). Finalement, un troisième enjeu concerne l'**expérience vécue** du corps, donc aussi de la maladie, qui ne peut être neutralisées ou expulsées du champ des préoccupations des acteurs de la médecine.

#### COMPLEXITE ET AMBIGUITES DU CORPS HUMAIN

Si l'on s'attarde quelque peu sur le statut du corps, il apparaît que celui-ci est par nature ambigu : on ne peut réduire le corps ni à une simple **chose** ni à la seule **conscience pensante**, qui sont les deux modes d'existence traditionnellement admis. Le corps est bien un objet matériel, inscrit dans le devenir et le paraître, mais aussi un objet que nous sommes, engageant notre **humanité** et notre **subjectivité**. Ainsi, le corps ne peut être réduit au simple statut d'objet que l'on pourrait mettre à distance, car il est impliqué autant dans l'action que dans la réflexion. La mise à distance du corps (**extériorité**) n'est possible qu'avec le **corps d'autrui**, nous renvoyant à un corps parmi d'autres, sans que l'on puisse pour autant le réduire à la présence d'autres objets matériels quelconques. Comme le souligne Michela Marzano dans *Philosophie du corps* :

« En réalité, l'expérience quotidienne du corps brouille la distinction du sujet et de l'objet, parce que le corps de l'homme est à la fois un **corps-sujet** et un **corps-objet**, un corps que l'on « a » et un corps que l'on « est » »<sup>4</sup>.

Il en résulte que nous avons toujours une double relation au corps. C'est que précise encore Michela Marzano :

« L'être humain est une **personne incarnée** : sans corps, elle n'existerait pas, par le corps, elle est liée à la matérialité du monde. C'est pourquoi l'expérience du corps est toujours double : nous avons avec notre corps une relation qui est à la fois instrumentale et constitutive »<sup>5</sup>.

Dans ce contexte, le corps apparaît comme un lieu de contradictions irréductibles, comme lieu en tension entre le plaisir et la douleur, entre les puissances de la vie et les tendances morbides liées à notre finitude, entre le sentiment d'appartenance (mon corps)

<sup>3</sup> Didier SICARD, *La médecine sans le corps*, p. 35.

<sup>4</sup> Michela MARZANO, *Philosophie du corps*, PUF, 2007, p. 7.

<sup>5</sup> Michela MARZANO, *Philosophie du corps*, p. 8.

et une certaine étrangeté (ce corps que je peux ne pas reconnaître comme mien), ou encore entre identité et altérité.

Deux exemples plus précis peuvent ici être convoqués pour rendre sensibles les contradictions qui grèvent aujourd'hui notre relation au corps.

Premièrement, on peut s'attarder sur l'apologie du corps dans la culture contemporaine. En effet, à côté du renouveau de l'intérêt pour le corps dans le champ culturel (SHS, arts plastiques et visuels, littérature...) il est nécessaire de s'intéresser au bouleversement de notre **attitude quotidienne** à l'égard du corps, autrement dit les **mœurs de la société**. Or ces changements dans les mœurs vont de la **valorisation** du corps au corps comme objet de consommation, en passant par l'**aliénation** du corps en puissance de rendement (travail, performance sportive...). Le corps est devenu le centre de **préoccupations sociales**, idéologiques et technologiques, un objet de manipulations, de transformations ou encore de mise en scène.

Deuxièmement, on peut convoquer la rhétorique contemporaine du **contrôle** et de la **liberté**. Bien que le discours dualiste (âme/corps) soit moins prégnant aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que son objet s'est déplacé. La **domestication** du corps par certaines pratiques (soins, activités physiques, performances sportives) est censée renvoyer à la liberté de chacun de contrôler sa vie. D'où la nécessité d'exhiber un corps maîtrisé, travaillé. Il y a ainsi une **soumission** du corps à des **normes** (beauté, minceur) au nom de la liberté de l'individu. On trouve ici un refus de l'excès, des imperfections et de la contingence liés à la corporité.

Cependant, toutes ces questions relatives aux ambiguïtés du corps s'inscrivent dans un contexte général, celui de la société contemporaine, contexte global à partir duquel il nous faut réfléchir aux spécificités du domaine médical.

L'enjeu principal sur lequel nous pouvons recentrer maintenant notre enquête concerne le problème de la médecine pensée comme technique et science appliquée, référentiel et représentation à partir desquels le corps, compris comme organisme, devient l'objet central de la biomédecine, tout en se voyant d'une certaine façon dissous dans une abstraction réduisant le corps à un ensemble de fonctions et de mécanismes matériels. Comme le souligne Frédéric Dubas dans *La médecine et la question du sujet* (Les Belles Lettres, 2006), la science biomédicale, en tant que **modèle scientifique** de la médecine fondé sur les sciences biologiques, conduit à privilégier la maladie au détriment du malade, l'organisme au détriment du corps et la vie biologique au détriment de l'existence. Ce qui est en jeu ici, c'est donc la **réduction** du corps à un objet d'étude et d'expérimentations, par une volonté d'objectivation scientifique. Néanmoins, malgré le risque réductionniste inhérent à la démarche objectiviste de la biomédecine, il convient d'emblée d'apporter une nuance et de ne pas minimiser les avantages cognitifs et pratiques de l'objectivation du corps, que rendent manifestes les progrès des savoirs médicaux et des techniques thérapeutiques. Dès lors, il est nécessaire de distinguer deux types d'objectivation du corps et d'autrui : **objectiver** autrui sous l'angle de son corps n'est pas nécessairement le réduire au statut de chose, car la démarche d'objectivation peut prendre en compte son existence charnelle comme impliquant une personne. C'est ce que rappelle avec force Michela Marzano :

« Objectiver autrui en le traitant comme une **chose** est intrinsèquement différent de l'objectivation qui le respecte en tant que **personne** ; dans le premier cas, nous pouvons parler de **réification** ; dans le deuxième, il faudrait plutôt parler d'**incarnation** »<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Michela MARZANO, *Philosophie du corps*, p. 112.

Dans cette perspective, il apparaît que l'objectivation doit être pensée de façon complexe, en dehors des positions idéologiques et unilatérales de « survalorisation » ou de « diabolisation », en distinguant de façon prudente et raisonnée entre ce qui relève d'une **approche méthodologique** (objectiver le corps à un moment donné, tout en tenant compte globalement de la personne comme étant incarnée) et ce qui serait redevable d'une **approche ontologique** (la réification du corps, c'est à dire sa relégation au statut de chose, d'entité inanimée et disponible).

Le problème général peut dès lors se formuler de la façon suivante :

*Au delà de la construction du corps comme objet d'étude scientifique et de thérapeutique, conduisant à une objectivation du corps qui peut tendre à une réification, comment prendre également en compte et préserver la concrétude et la dimension sensible d'un corps vivant, impliquant un certain vécu de la personne et mettant en jeu l'existence humaine dans ses dimensions matérielle, psychique, symbolique et sociale ?*

Pour apporter des éléments de réflexion à ce problème, on peut en première approximation souligner que les représentations scientifiques et imaginaires du corps nous renvoient à des **modélisations** différentes du phénomène ambivalent et complexe qu'est la corporéité. Il s'agit de distinguer deux **référentiels** pour penser le corps, ce qui implique des langages, de méthodes et des principes différents, qui ont des conséquences pratiques différentes en ce qui concerne les usages du corps. Pour le dire de façon générale, en schématisant à gros traits une question difficile, on peut dire que l'on est confronté ici à deux **modélisations**, c'est à dire deux types d'**intelligence** du corps, à deux façons de se rapporter à une **réalité complexe**, renvoyant à une même **expérience de la vie**. Car le corps se présente bien comme l'un des premiers objets d'intérêt, de préoccupation et de souci pour les hommes, comme le souligne Jean-Jacques Wunenburger dans *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives* :

« Avant tout autre intérêt, les humains ont dû **prendre soin** de leur corps, car au moindre affaiblissement ou dysfonctionnement, voire à la moindre douleur, la **vie** quotidienne s'en trouve modifiée, menacée, interrompue »<sup>7</sup>.

Or le souci du corps rend sensible une double nécessité, non seulement de mettre en œuvre une **conduite réfléchie**, impliquant l'idée d'une maîtrise, mais aussi et surtout une **intelligence du corps** sur laquelle fonder notre façon de le prendre en charge. En ce sens, le souci du corps permet de mettre en évidence un lien fort entre développement d'un **savoir** et urgence de la **vie** : la démarche utilitaire et pragmatique qui vise à maintenir le bon état du corps nécessite d'acquérir un savoir. Il faut connaître pour comprendre, anticiper et agir, ce qui implique de développer une intelligence du corps mettant en œuvre des opérations abstraites (raisonnement) et empiriques (observations). Pour dégager des constantes de la vie du corps, afin de prévoir et d'intervenir, il est nécessaire d'identifier et de comprendre les causes du mal, en vue de la détermination du bon remède.

Toutefois, s'il s'agit pour l'homme de développer un savoir sur le corps, il convient ici de ne pas succomber à la tentation ce que Wunenburger désigne comme piège de l'« illusion rationaliste ». C'est que l'intelligence du corps nous met en présence

<sup>7</sup> Jean-Jacques WUNENBURGER, *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*, Les Belles Lettres, 2006, p. 222.

d'éléments non rationnels, éléments qui ont également un rôle à jouer dans la façon dont l'homme comprend son incarnation de façon globale. Ainsi que le dit Wunenburger :

« L'intelligence médicale, pour efficiente qu'elle soit, ne saurait être survalorisée ni étendue à toutes les dimensions du savoir de la vie »<sup>8</sup>.

Il s'agit donc bien de distinguer, à partir d'une expérience immédiate de la vie concernant chaque homme, des **modes de connaissance** différents. En dehors de l'approche abstraite et objective de la science médicale, il est possible de tenir compte du rôle de **données imaginaires** quant au sens que prend le fait d'avoir un corps pour l'homme, données que l'on ne peut réduire simplement à de l'irréel et à de l'irrationnel, mais qui au contraire nous précipitent dans le domaine de ce que Gilbert Durand désigne comme les **représentations symboliques** et comme les « **motivations subjectives** »<sup>9</sup>. En reprenant la terminologie du philosophe allemand Dilthey (19<sup>e</sup> siècle), cela nous conduirait à distinguer une **intelligence explicative**, caractérisée par une vérité objective et universalisable (raison/expérience), et une **intelligence compréhensive**, caractérisée par l'intégration du subjectif et de l'intersubjectif dans la construction d'un sens pour l'homme.

En se recentrant sur la question du corps en médecine, cela nous conduit à considérer l'idée d'un croisement de différentes saisies ou lectures de la corporéité, complémentaires et non antagonistes. Il y aurait ainsi une **double intelligence médicale** du corps : d'un côté l'*explication* donnée par les sciences naturelles et la biomédecine (abstraction, quantification, mesures, expérimentation), de l'autre la *compréhension* apportée par les sciences humaines et sociales (description du vécu corporel et de la pathologie pour faire émerger leur signification pour le sujet). Si l'on considère le corps du point de vue de l'intelligence objectivante, il se présente comme objet caractérisé par son extériorité et sa matérialité. On peut alors le déterminer par des conditions objectives spécifiques. Mais si l'on considère le corps du point de vue de la **vie** et de l'**expérience** concrète d'un sujet, alors l'on touche au **corps propre**, mêlant corporéité, affectivité et pensée. C'est le **corps vécu**, qui est impliqué par l'incarnation et la subjectivité.

### L'APPROCHE SCIENTIFIQUE DU CORPS<sup>10</sup>

D'un point de vue historique, on peut dire que la médecine a trouvé un premier fondement scientifique dans l'audace de la dissection anatomique et de l'**observation** directe des malades, qui transforment le corps en objet d'étude et de représentation. En second lieu, c'est l'avènement de la **méthode expérimentale** en médecine qui vient appuyer cette démarche d'objectivation du corps. Il s'agit de décomposer l'organisme en fonctions physiologiques, en dissociant d'un côté l'organisme et de l'autre le corps sensoriel, c'est à dire le corps objectif et le corps vécu par le patient dans le mouvement de son existence. Par ailleurs, il convient de remarquer que dans le référentiel biomédical le traitement du malade se légitime par une explication des mécanismes qui régissent des fonctions ou des organes atteints par la pathologie, au regard d'une **normalité biologique** et physiologique. Les résultats des examens para cliniques agissent alors comme des **données** quantifiant scientifiquement l'**état** du corps, confirmant ou infirmant le diagnostic

<sup>8</sup> Jean-Jacques WUNENBURGER, *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*, p. 231.

<sup>9</sup> Pour une étude plus détaillée des théories contemporaines de l'imaginaire, on se reportera aux travaux de Gaston Bachelard, Gilbert Durand, Edgar Morin, Paul Ricœur ou encore JJ Wunenburger.

<sup>10</sup> Il ne s'agit ici que de donner quelques repères, dans une approche schématique qui ne se veut pas exhaustive. Pour une approche historique et épistémologique plus précise et détaillée, on se rapportera aux travaux des historiens et des épistémologues de la médecine.

élaboré par le praticien au vu des symptômes décrits par le patient, démarche qui peut nécessiter une médiation technologique importante, comme c'est le cas avec l'imagerie médicale.

Dans cette perspective, la naissance<sup>11</sup> et le développement de la physiologie signent la naissance de l'**esprit médical moderne** et de la **médecine expérimentale**, dans l'idée d'une médecine qui repose sur des conceptions physiopathologiques, c'est à dire sur l'étude des altérations fonctionnelles qui engendrent les maladies et la mort. On assiste ainsi au 19<sup>e</sup> siècle à ce que l'on peut qualifier de **rupture épistémologique**, qui nous met en présence d'une nouvelle conception du corps et de la maladie, pensés comme objets de science, sur le modèle des sciences physiques et chimiques. Cette démarche qui pose la physique et la chimie comme bases de la vie, inaugurée par François MAGENDIE (1783-1855), trouvera son continuateur chez Claude BERNARD (1813-1878). Dans *l'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865), ce dernier propose en effet de transposer la méthode expérimentale au domaine des corps vivants, dans le but d'établir la médecine comme **science rigoureuse**, par une connaissance des conditions matérielles des phénomènes des êtres vivants. Au 20<sup>e</sup> siècle, la recherche médicale se développera et se complexifiera selon le modèle de la médecine expérimentale, en s'enrichissant des méthodes et des concepts complexes de la biochimie, de la biophysique et de la biologie fondamentale, voire aujourd'hui de la génétique, en ayant notamment recours à partir des années 1950 à l'analyse statistique. La médecine moderne sera ainsi l'objet de **progrès** stupéfiants, que ce soit en termes de précision des connaissances (ex : la génétique) ou en termes d'amélioration des stratégies thérapeutiques et des prouesses techniques (ex : les greffes) ; sans que l'on puisse pour autant éluder ses **échecs**, son inadaptation à certaines maladies, dont les maladies chroniques (ex : l'arthrose).

Par ailleurs, d'un point de vue épistémologique, on ne peut que constater que la médecine scientifique s'est constituée sur un **modèle mécaniste du vivant**. Il s'agit de se placer dans une approche générale du corps comme machine (analogie mécaniste). Or, comme le souligne Jean-Jacques Wunenburger, « *une machine est un assemblage de parties matérielles, artificielles, montées selon une finalité interne [...] et dont le fonctionnement est assuré par un cycle invariable de mouvements* »<sup>12</sup>. Un tel modèle mécaniste du vivant est redevable de la philosophie de Descartes (17<sup>e</sup> siècle). C'est lui qui a d'une certaine façon posé les principes théoriques pour une médecine scientifique, à savoir non seulement une identité de la matière vivante et de la matière inerte (géométrisation, mathématisation), mais aussi l'absence de référence au psychisme (autonomie de la matière) dans le cadre d'une étude analytique, centrée sur des éléments isolés (*étude partes extra partes*). Il en résulte comme conséquence principale une **méthode réductionniste**. Il s'agit de réduire la vie à des réalités physico-chimiques, le vital au physique. La vie objective, par élimination de toute référence à la conscience ou à la subjectivité, est objet de science, c'est à dire qu'elle sera expliquée à partir des méthodes des sciences de la matière. Par ailleurs, il s'agira de réduire le complexe au simple, la richesse et la complexité des phénomènes vitaux et corporels à des éléments simples censés expliquer l'ensemble des processus et mécanismes en jeu.

C'est tout le sens du corps machine selon Descartes, dont l'idée sera d'une certaine façon réactualisée par l'homme machine de La Mettrie<sup>13</sup> au 18<sup>e</sup> siècle et par les neurosciences au 20<sup>e</sup> siècle, notamment avec l'homme neuronal de Jean-Pierre

<sup>11</sup> Vers le milieu du 19<sup>e</sup> siècle.

<sup>12</sup> Jean-Jacques WUNENBURGER, *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*, p. 86.

<sup>13</sup> La publication de *L'homme machine* date de 1747. Pour ce matérialiste qu'est La Mettrie, tout dans l'univers se réduit à la matière, y compris la pensée, réductible au substrat biologique que constitue le cerveau.

Changeux<sup>14</sup>. Il s'agit de réduire le corps à une pure matérialité, dont le fonctionnement résulte de mécanismes dont on peut isoler et identifier les causes matérielles. Comme le suggérait explicitement Descartes dans le *Traité de l'homme* :

« Je désire que vous considéreriez que ces fonctions [digestion, nutrition, respiration, etc.] suivent toutes naturellement, en cette **machine**, de la seule **disposition** de ses **organes**, ni plus ni moins que font les **mouvements** d'une **horloge**, ou autre **automate**, de celle des ses contrepoids et de ses roues »<sup>15</sup>.

#### LA REVOLUTION PHENOMENOLOGIQUE : DESCRIPTION ET COMPREHENSION DU VECU

Une autre façon de penser la corporéité a été inaugurée par le courant de pensée du 20<sup>e</sup> siècle que l'on appelle **phénoménologie**. Sans entrer dans les détails d'une méthode proposée initialement par le philosophe allemand Husserl, fondateur de la phénoménologie, nous pouvons retenir ici que la méthode phénoménologique consiste à dégager, au delà du simple vécu psychologique individuel propre à chacun, les conditions concrètes selon lesquelles un phénomène apparaît au sujet ou à la conscience.

Pour ce qui nous occupe ici, c'est la théorie du corps propre qui retiendra notre attention, telle qu'elle a été esquissée sous l'angle d'une description phénoménologique.

En première approximation, le **corps propre** est ce corps dont je peux dire « mon » corps, ce corps que je reconnais comme étant habité par ma subjectivité. Le corps propre signifie que le « je » existe sur le mode du corps, qu'il est incarné. En ce sens, l'idée de corps propre, du point de vue phénoménologique, consiste à critiquer l'idée selon laquelle le corps ne serait qu'une mécanique neutre associée à une mosaïque d'organes. Il s'agit de souligner que le corps, en tant que mon corps, apparaît comme une **posture finalisée** en vue de certaines tâches actuelles ou en vue de certains projets poursuivis par un sujet : le corps vivant n'est pas localisé dans un espace neutre et objectif, mais ancré, enraciné dans une **situation** qui polarise ses actions. C'est ce sens que le corps est essentiellement **être-au-monde**, corps vécu engagé subjectivement dans une situation concrète d'existence. Comme le souligne Maurice Merleau-Ponty, philosophe français qui s'est attaché à penser l'idée de corps propre de façon approfondie :

« Le corps est le véhicule de l'être-au-monde, et avoir un corps c'est pour un vivant se joindre à un **milieu** défini, se confondre avec certains **projets** et s'y engager continuellement [...] mon corps est le pivot du monde »<sup>16</sup>.

Pour Merleau-Ponty, le sens de l'**expérience corporelle** du sujet n'est pas donné par la conscience entendue comme faculté représentative, ni par le corps conçu comme simple mécanique nerveuse ; mais ce sens adhère à la **vie du corps** dans ses manifestations sensibles et motrices dans une situation, que celle-ci soit actuelle (présent immédiat) ou virtuelle (expérience possible). Le corps selon Merleau-Ponty possède donc sa propre **intentionnalité**, c'est à dire qu'il témoigne d'une **visée** et manifeste une **intériorité**. Or, comme le rappelle encore le philosophe, chacun existe par son propre corps : « *Je ne suis pas devant mon corps, je suis dans mon corps, plutôt je suis mon*

<sup>14</sup> Les neurosciences affirment que les processus mentaux sont sous-tendus ou réalisés par des états cérébraux. Dans *L'homme neuronal* (1983), Jean-Pierre Changeux affirmera que l'activité mentale peut se résumer à des propriétés physico-chimiques et à un état neurologique.

<sup>15</sup> René DESCARTES, *Traité de l'homme*.

<sup>16</sup> Maurice MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, 1945, p. 102.



corps »<sup>17</sup>. La première **expérience** de l'homme est celle de sa **présence** au monde, qui s'opère par le corps. Mais si chacun existe comme **corps animé**, le corps n'est jamais seulement un **corps objet** (*Körper*), c'est à dire un corps organique étudié par la science, mais un **corps sujet** (*Leib*), c'est à dire un corps physique propre à chaque personne. Et c'est par le corps que s'opère toute rencontre du monde et de l'autre, ainsi que le précise Michela Marzano dans le sillage de Merleau-Ponty :

« Toute véritable rencontre implique une **présence**, un face-à-face, une **incarnation**. Si le corps souvent nous gêne – le plus souvent il s'impose à nous avec ses besoins et ses défauts – c'est aussi et surtout par lui qu'on peut **habiter** ce monde et aller à la **rencontre d'autrui**. Le monde resterait intouchable et lointain sans un corps pour l'habiter ; il serait inhabitable sans un corps pour le goûter, le ressentir, le contempler... »<sup>18</sup>.

Mais l'incarnation implique également une étroite interrelation entre corps et personne : si le corps humain est, d'une certaine façon, un corps matériel parmi d'autres au sein d'un univers physique, on ne peut le réduire à n'être qu'un corps parmi les autres. Car un corps humain est toujours l'**incarnation** d'une **personne**. C'est ce que souligne avec force Michela Marzano :

« Ce qu'il y a d'unique dans un corps humain c'est, en effet, qu'il est l'incarnation d'une personne : il est le lieu où naissent et se manifestent nos **désirs**, nos **sensations** et nos **émotions** ; il est le moyen par lequel nous pouvons démontrer quelle sorte d'être moraux nous sommes »<sup>19</sup>.

Si nous sommes notre corps, notre corps est donc aussi ce qui manifeste ce que nous sommes. Notre corps participe de notre **identité** globale, il fait partie de ces éléments de notre être qui nous individualisent. Or c'est par exemple à partir d'une telle perspective que l'on peut comprendre la préoccupation pour les conséquences d'une greffe : il y a non seulement le problème de l'**acceptation physiologique**, mais aussi la question de l'**appropriation symbolique**. C'est qu'une relation irréductible se tisse entre l'image corporelle et l'identité, l'**image corporelle** désignant la représentation mi consciente et mi inconsciente, complexe et articulée, qu'un individu se forge au sujet de son propre corps. Elle constitue le **soi corporel** tel qu'il apparaît au sujet à un moment donné et à travers le temps. L'image du corps, irréductible à l'apparence physique ou au seul reflet spéculaire, met en jeu le corps anatomique, l'expérience subjective et l'inconscient. On peut mettre en évidence cette prégnance d'une image de soi à travers le corps à partir du visage, dans la mesure où le **visage** est plus particulièrement la partie du corps qui nous individualise, que ce soit pour nous-mêmes (**rapport de soi à soi**) ou pour les autres (**dimension relationnelle**). Comme le rappelle Michela Marzano :

« Le visage est toujours ce qui permet la **rencontre**, l'**échange** des regards, le surgissement de la parole. Il est une sorte de tracé, une carte difficile à déchiffrer qui renvoie au reste du corps et, simultanément, à l'intériorité de chacun et à ses contradictions secrètes. Il est le **signe** de la condition humaine »<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> Maurice MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, p. 161.

<sup>18</sup> Michela MARZANO, *Philosophie du corps*, p. 21.

<sup>19</sup> Michela MARZANO, *Philosophie du corps*, p. 50.

<sup>20</sup> Michela MARZANO, *Philosophie du corps*, p. 62.

Cependant, la dimension de la corporéité comme expérience vécue d'un sujet impliquant des représentations symboliques ne doit pas nous conduire à occulter la dimension sociologique du corps, c'est à dire le corps comme **structure sociale**.

En effet, on ne peut que constater que notre corps est pour une large part façonné par les **valeurs sociales** qui le structurent indirectement en gouvernant sa **croissance** (normes de poids et de taille), sa **conservation** (pratiques hygiéniques et alimentaires), sa **présentation** (soins esthétiques, soucis vestimentaires) et son **expression affective** (signes émotionnels). Il convient même de remarquer que la structuration sociale du corps concerne jusqu'à nos activités les plus immédiates, considérées comme naturelles (postures, attitudes, mouvements spontanés) et résulte à la fois de l'**éducation** et de l'**imitation**. C'est par exemple ce qu'avait développé l'anthropologue Marcel Mauss avec sa thèse des **techniques corporelles**, à savoir l'idée de techniques du corps qui renvoient à des **gestuelles codifiées** en vue d'une efficacité pratique ou symbolique. Il s'agit de modalités d'**action**, de séquences de **gestes** qui se succèdent dans la poursuite d'une finalité précise. Or les techniques du corps, comme le souligne avec acuité Mauss, s'inscrivent dans une **symbolique sociale** et dans la **vision du monde** d'une communauté culturelle. Les techniques sportives et les techniques professionnelles, par exemple, constituent un domaine privilégié, particulièrement codifié, des techniques corporelles, où l'**apprentissage** et l'**exercice** quotidien jouent un rôle central. C'est par affinement et par répétition que s'obtiennent une **compétence technique** et une **habileté** particulières. Un autre exemple serait la médecine, qui met en jeu des techniques corporelles codifiées impliquant des savoir faire élaborés, une habileté technique et des procédures formalisées et prédéterminées (codifications, protocoles).

Dans cette perspective, tout nous donne à penser qu'il y a une empreinte du social sur le corps. Le corps, bien qu'étant le plus souvent compris comme l'expression la plus directe de la vitalité et de la spontanéité, n'en demeure pas moins également façonné par la **culture** à laquelle on appartient. Et en ce sens le corps engage la question du rapport entre inné et acquis. Comme le rappelle encore Michela Marzano :

« Depuis toujours, la culture s'inscrit sur le corps pour le **modeler** et le **socialiser** sur la base de ses **règles** et de ses **normes**. C'est à partir de l'enfance, dans chaque société et à toute époque, que **le corps est « dressé »**, afin qu'il devienne un reflet des valeurs et croyances socialement édictées »<sup>21</sup>

Néanmoins, si l'éducation s'efforce d'inculquer aux enfants les comportements acceptables parce que civilisés, ce « modelage » social du corps ne peut que viser à contrôler certaines activités naturelles, sans les annuler ou les supprimer. Car ces **activités naturelles**, telles que la défécation, la copulation ou encore la mastication, nous renvoient à notre **enracinement biologique** et à notre matérialité charnelle. Si le corps est marqué par le social et le culturel, on ne peut le réduire complètement à n'être qu'un « fait social », c'est à dire le simple fruit d'une construction socioculturelle. Entre l'**anonymat du biologique** et l'**impersonnalité du social**, le corps est également une **réalité individuelle**, personnelle, liée à une histoire singulière et à une expérience subjective. De ce fait, le corps se situe entre nature et culture, et se comprend dans l'articulation entre ces deux ordres. Il en résulte la nécessité de dépasser **deux écueils** : non seulement la réduction du corps à une réalité génétiquement déterminée, mais aussi la réduction du corps à un pur produit de la culture et de la société.

<sup>21</sup> Michela MARZANO, *Philosophie du corps*, p. 63.

## LE TOUCHER, PIVOT DE LA RELATION AU MONDE ET A L'AUTRE

Après avoir posé les jalons nécessaires pour une confrontation raisonnée entre d'un côté l'approche objective du corps et, de l'autre côté, la dimension subjective et symbolique de la corporéité, dimensions irréductibles l'une à l'autre, il nous faut maintenant envisager cette question sous un angle plus précis. Nous envisagerons en ce sens la question du **toucher**, qui permettra de mettre en évidence la nécessité d'une **relation concrète** et tactile au corps de l'autre, par-delà le corps abstrait de la science et l'expérience scopique d'un corps sur écran. Car l'un des reproches majeurs que l'on peut adresser aujourd'hui à la médecine scientifique et conventionnelle, notamment du point de vue de l'irruption proliférante de la machine avec l'imagerie médicale, réside dans la « **technologisation** » et la « **virtualisation** » du rapport au corps. Comme le souligne Didier Sicard, dans *La médecine sans le corps* :

« Il est étrange que, dans un siècle en apparence aussi matérialiste, aussi centré sur le corps comme seule source et référence à la jouissance, il y ait simultanément un tel transfert sur sa **virtualité**. Virtualité dont témoigne, sur le plan de la médecine, l'irruption de plus en plus exclusive des **images** et des **chiffres** : ce qui surgit alors, dans l'espace du réel, ce n'est plus le corps dans sa violence relationnelle, son dépouillement, sa misère, ce sont des chiffres et des images numérisées. Images qui parlent du corps en le censurant, puisque la plainte n'est plus recevable tant qu'elle n'a pas de **traduction objective technologique**. Ainsi les échographies, les scanners, les doppler ont-ils confisqué la relation soignante à leur profit »<sup>22</sup>.

Or, par contraste avec la **déréalisation** du corps qui se joue avec l'imagerie médicale et la mise en chiffre du corps, ainsi que par contraste avec la **déshumanisation** du soin rendue sensible par la médiation proliférante de la machine, on ne peut que s'attacher à souligner l'importance du **toucher** et donc d'une relation concrète et directe au corps, qui nous révèlent l'importance du rapport au corps dans le contexte médical.

Avec le toucher et le sens tactile, il s'agit de s'intéresser à l'**implication** du corps dans sa totalité dans le **contact** avec le monde et la concrétude des choses. Dans l'histoire individuelle, le toucher est le sens la plus ancien, le plus ancré, déjà présent *in utero* après le deuxième mois de gestation, et ensuite de manière privilégiée dans les premières années de la vie. Or le sens tactile et le toucher englobent le corps en son entier, en surface comme en épaisseur, émanant de la totalité de la peau contrairement aux autres sens plus étroitement localisés. Nous touchons avec eux au sensible, celui-ci étant d'abord et avant tout la tactilité des choses, l'accès à leur contour, à leur qualité, le contact avec les autres et les objets, le sentiment d'avoir « les pieds sur terre ».

Par ailleurs, on ne peut que prendre acte de l'importance du toucher dans la relation à l'autre. Car le toucher déborde la seule référence tactile, au sens strict et immédiat, pour dire également le **sens de l'interaction**. D'un point de vue métaphorique, on dit déjà d'une personne qu'elle a le **sens du contact** quand elle est ouverte à l'autre, qu'elle a du « tact » et du « doigté » quand elle sait approcher l'autre sur des sujets délicats par des manières justes et discrètes qui le préservent sans pour autant le maintenir dans l'ignorance d'une information importante ou même capitale.

Néanmoins, si le toucher est en sens capital pour la relation à l'autre, il apparaît également que dans une société hautement individualiste, comme c'est le cas des

<sup>22</sup> Didier SICARD, *La médecine sans le corps*, p. 9.

sociétés occidentales contemporaines, où le sens du « je » prime le sens du « nous », le toucher, et plus particulièrement le toucher de l'autre, comme sens du **proche** et de l'**intimité**, devient un sens pénible de la promiscuité dans les situations où il n'est pas choisi (comme c'est le cas de la maladie par exemple). Comme le souligne David Le Breton dans *La saveur du monde* :

« Si l'**écart symbolique** est franchi, l'échange perd sa neutralité : une main qui touche une partie du corps, ne serait-ce qu'une autre main ou un bras, là où ce n'est guère l'usage produit une **connivence** affective ou une **gêne** [...] Même un contact accidentel a un **impact** émotionnel important »<sup>23</sup>.

C'est que le toucher peut être synonyme d'une **intrusion dans l'intimité**, d'une abolition de l'**espace de réserve** entre soi et autrui, les frontières symboliques demeurant souvent inconscientes tant qu'elles ne sont pas transgressées. C'est pourquoi les situations dans lesquelles ces frontières sont transgressées impliquent la plupart du temps un **vécu d'intrusion**, voire un **vécu d'agression**. Il en résulte le besoin de **ritualisation** (cérémonial, manières), que l'on désigne aujourd'hui par le terme de **proxémie** ou de technique proxémiques, c'est à dire l'ensemble des dispositifs qui visent à ritualiser le contact et la rencontre avec l'autre. Ainsi que le rappelle Le Breton :

« Dans nos sociétés occidentales, le **contact** avec le corps de l'autre est étroitement sous l'égide de l'**effacement**. L'individu possède à son entour une **réserve personnelle**, un **espace d'intimité** prolongeant son corps et instaurant une frontière entre lui et les autres qui ne se rompt pas sans son accord ou sans lui faire violence [...] le contact physique [en dehors de la sexualité, de la relation amoureuse ou du contact familial] manifeste l'**exception de la rencontre**, une certain relâchement de la symbolique sociale ordinaire et l'entrée dans une **autre ritualité** »<sup>24</sup>.

Par ailleurs, il est nécessaire de prendre en compte l'importance du toucher dans les situation de perte ou de dissolution du lien social, le toucher permettant une nouvelle prise de contact avec l'autre, inaugurant par-là le retour dans une forme de **socialité**. C'est ce que souligne Le Breton, dans l'idée que le toucher de l'autre constitue dans certaines situations (par exemple la quarantaine et l'isolement en cas de maladies contagieuses) une **restauration du lien** au monde et à l'autre :

« En situation de souffrance, le contact (au double sens du terme) est un moyen puissant de restauration de soi. L'homme est au monde par son corps. Perdre le toucher des autres est parfois perdre le monde, être à nouveau l'objet (ou plutôt le sujet) d'un contact, c'est le retrouver »<sup>25</sup>.

Toutefois, il est nécessaire de garder à l'esprit toutes l'**ambivalence** du toucher, dans la mesure où dans les situations de souffrance, la prise en charge de l'autre rend nécessaire son toucher ou sa palpation, sans que cela ne conduise nécessairement à « neutraliser » les résonances affectives des gestes en question. Le contact physique est une **nécessité** pour les patients en souffrance, pour **soulager** l'autre, mais il peut toujours se voir interprété dans le sens d'une **intrusion** intéressée (séduction, attouchement) ou d'une **volonté d'emprise** (assujettissement). C'est ce que précise encore Le Breton :

<sup>23</sup> David LE BRETON, *La saveur du monde. Une anthropologie des sens*, Métailié, 2006, p. 229..

<sup>24</sup> David LE BRETON, *La saveur du monde*, p. 231.

<sup>25</sup> David LE BRETON, *La saveur du monde*, p. 234.

« Le toucher de l'autre en ces circonstances est toujours à la limite de l'**emprise**, de la **captation affective**. Les mains sont susceptibles de mentir sur leur intention. Mais cependant toute volonté de **soulager l'autre** implique une forme de manipulation, une volonté de le changer qui soulève une **question éthique** [...] Le toucher, le geste d'apaisement, est un acte de communication, il n'est pas mécanique et la manière dont il est perçu n'est pas toujours en adéquation avec l'intention qui l'animait [...] Selon les interprétations, le même geste est caresse, réconfort, soin, massage, palper médical, séduction, intrusion, etc. Et s'il est fait avec une intention particulière, il est ressenti par l'autre avec une tonalité qui lui appartient en propre. Toutes les situations sont possibles, même en sauvegardant les apparences, le dégoût éprouvé par l'un n'empêche pas l'émoi éventuel de l'autre. L'indifférence d'un soignant envers son geste n'en désamorce pas nécessairement la gêne ou la satisfaction à le recevoir »<sup>26</sup>.

Dans ce contexte, il convient de retenir deux points à propos du toucher de l'autre : premièrement, qu'il peut toujours y avoir un décalage entre le geste effectué par le soignant et sa réception (interprétation) par le soigné ; deuxièmement, que l'idée d'une neutralité totale du geste technique est illusoire, ce qui pose la question des limites irréductibles de la ritualisation médicale.

Néanmoins, il convient maintenant de caractériser le **toucher dans le soin** de façon plus précise, car le thème du toucher traverse toute l'histoire du soin et de manière plus spécifique l'histoire de la pratique médicale. On peut prendre d'emblée comme exemple simple mais évident le **palper** : si le toucher reste en surface, le palper est actif et exploratoire, il pétrit les choses pour obtenir des informations. Si dans la vie courante les yeux suffisent dans la plupart des cas à obtenir et réunir les informations dont on a besoin, la médecine exige la plupart du temps la mise en œuvre d'une **compétence tactile** élaborée. Or la mise en œuvre du toucher dans le soin concerne autant le « corps de la maladie » et la prise en charge médicale qu'il nécessite (soins spécifiques, gestes techniques), que le « corps du malade », à travers le besoin de soutien d'une personne fragilisée par la pathologie, les résonances affectives propres au soignant et le lien intersubjectif qui les unit au sein de la relation de soin. Dans la relation soignante, le toucher est impliqué par le **diagnostic** avec la palpation ou la prise de pouls par exemple, mais aussi par les **toilettes intimes** quand le patient n'est plus autonome, et plus généralement encore par les **soins** multiples engagés par la santé des patients. On est ainsi avec la médecine dans une configuration particulière du toucher, caractérisée par une ambivalence irréductible. D'un côté, le toucher médical inaugure une forme de **dépendance** du malade vis à vis du soignant et la possibilité bien réelle de pénétrer la sphère de l'intime par l'**accès direct à l'intimité du corps**. Mais d'un autre côté le sens tactile dans les soins est également une façon de **restaurer un contact humain**, une relation interpersonnelle, qui reconstruit ainsi une forme de **lien social**.

Dans les situations de fin de vie et de mort prochaine, ou encore dans les situations où les mots dévoilent leur impuissance par exemple, le sens du toucher reste le vecteur d'une relation proprement humaine. C'est que la manière de prendre soin du corps de la personne diminuée et fragilisée par la maladie, de la personne à l'agonie ou de la personne âgée fait passer dans la concrétude du corps le maintien de sa **dignité** et de sa **valeur**, ce qui met en jeu la nécessité d'une **attitude** particulière du soignant. Comme le souligne Le Breton :

<sup>26</sup> David LE BRETON, *La saveur du monde*, pp. 235-236.

« En fait, un **contact symbolique** est établi entre le thérapeute et le sujet en demande et renvoie à un transfert de sens. Le reconnaissance de sa position personnelle de souffrance pour le malade, la disponibilité de celui qui en prend soin, l'ouverture des corps mobilisent une **efficacité symbolique** [...] le geste d'apaisement n'est jamais mécanique, son efficace repose sur une **qualité de présence** et de contact »<sup>27</sup>.

De ce point de vue, le toucher dans le soin nécessite de coupler et de garder en relation trois éléments essentiels de la relation thérapeutique : non seulement une **compétence technique** pour effectuer le geste médical requis, mais aussi une efficacité symbolique de la **relation humaine** soignant-soigné et la qualité de l'**attitude éthique** du soignant vis à vis du soigné. On pourrait dès lors être tenter de penser que le toucher se trouve à la base même de la **préoccupation** éthique des pratiques soignantes, parce qu'il est la possibilité d'une **sollicitude** à l'égard de l'autre, c'est à dire la **reconnaissance** d'un corps humain qui n'est pas manipulable comme n'importe quelle chose. Dans la capacité de compatir à la souffrance de l'autre par un geste ou une attitude, ou par le respect de l'intimité et des frontières d'un espace corporel, le toucher peut devenir la manifestation sensible et visible de l'**attitude éthique**. La qualité « soignante » du toucher vient alors rendre compte de la disponibilité d'une présence indépendante de la seule volonté thérapeutique ou de la simple exécution d'un geste technique mettant en œuvre les impératifs d'un protocole de soin. En dehors d'une technique spécifique mise en œuvre sur le corps, le toucher possède une dimension de **soin relationnel**, à travers un ensemble de geste manifestant une certaine **qualité de présence** à l'autre et à la relation. Mais cela nécessite un toucher habité par une subjectivité et par une certaine attitude, dans la mesure où un toucher coupé de la compréhension de ce qui se joue à travers lui comme relation/rencontre humaine perdrait sa signification et son sens, au risque de glisser vers une objectivation radicale de l'autre pouvant mener de l'indifférence face à la souffrance aux actes les plus barbares. En ce sens, prenant tour à tour la forme d'un soin concret au corps dans la pratique médicale, d'une thérapeutique spécifique ou d'une forme de relation à l'autre, le toucher rend *in fine* compte d'un **besoin fondamental** de contact propre à l'être humain.

### REMARQUES CONCLUSIVES

Au terme de ces analyses en direction de la complexité de la corporéité, on ne peut que rappeler les ambivalences et les ambiguïtés qui affectent et configurent notre relation au corps. Le corps est toujours à la fois un objet qui fait partie du monde extérieur et un corps que j'habite comme sujet. Mais si l'on se place du point de la médecine et de la relation à la personne malade qu'elle implique, alors il faut toujours garder à l'esprit que l'expérience du corps est bien celle d'une réalité que je n'ai pas mais que je suis, et qu'alors il faut considérer le corps comme quelque chose qui appartient à la sphère d'existence de la subjectivité, non pas simplement comme un objet extérieur auquel le sujet se rapporte. D'un autre côté, on ne peut occulter non seulement la matérialité physico-chimique du corps mais aussi la fécondité de l'approche scientifique du corps, qui ont rendu possible les progrès manifestes des connaissances et techniques biomédicales. Le corps se situe donc toujours entre **évidence** et **ambivalence**. Il est pour nous l'objet d'une évidence que nous impose la **vie**, car c'est par lui que nous sentons, désirons, agissons, exprimons et créons. Mais une telle **expérience immédiate** n'est pas univoque, dans la mesure où vivre son corps n'est pas seulement s'assurer une maîtrise ou affirmer

<sup>27</sup> David LE BRETON, *La saveur du monde*, p. 241.

sa puissance, mais aussi découvrir ses servitudes et reconnaître ses faiblesses. De ce fait, si le corps nous rend sensible aux possibilités de la vie, il nous apprend également notre finitude essentielle et notre mort prochaine. Le corps nous expose au **possible** et à l'**inévitable**. L'expérience du corps oscille ainsi entre puissance et fragilité de notre condition charnelle.

Comme le rappelle avec acuité Michela Marzano, le corps est l'une des composantes essentielles de notre existence humaine, notre humanité ne se limitant pas à notre seule conscience pensante mais se comprenant également dans le sens de l'incarnation :

« Le corps est l'une des données constitutives et évidentes de l'existence humaine : c'est dans et avec son corps que chacun de nous est né, vit, meurt ; c'est dans et par son corps qu'on s'inscrit dans le monde et qu'on rencontre autrui »<sup>28</sup>

Ainsi le corps nous apprend notre existence charnelle et la finitude de notre condition humaine. La **matérialité** du corps nous renvoie à la réalité de notre **condition humaine**, notamment à ses limites, aux servitudes et dépendances qu'elle implique (faim, soif, fatigue, maladie...), comme le rappelle Michela Marzano :

« Le corps est le signe de notre finitude. Il est ce qui, d'une certaine façon, nous renvoie à tout ce qu'on ne voudrait pas être : notre **fragilité**, nos **faiblesses**, nos **limites**, nos **maladies**, notre **mort**... »<sup>29</sup>

Dès lors, à partir de la finitude que notre corps nous révèle comme dimension constitutive de notre humaine condition, nous pouvons comprendre le souci de son propre corps qui anime tout individu, et plus particulièrement l'homme malade, qui fait l'expérience directe et immédiate d'un corps défaillant qui l'expose à la possibilité sinon au risque de sa propre mort.

Considéré dans cette perspective, le corps pourrait se présenter comme point de réflexion pour repenser la question de la **dignité de la personne**, en dépassant l'opposition réductrice entre corps et personne, dans la mesure où l'homme fait l'expérience d'une **existence incarnée** dans le monde. Cela nécessiterait de dépasser deux écueils, non seulement la réduction du corps à sa réalité organique, mais aussi la conception abstraite de la personne comme sujet exclusivement rationnel et moral. Il s'agirait de repenser l'humain dans toute sa complexité, comme **personne incarnée**, ce qui implique notamment de tenir compte de la finitude, de la vulnérabilité, de la souffrance, autant de dimensions de la vie qui se trouvent une expression privilégiée et grossie en médecine. Il devient dans ce contexte nécessaire – c'est un enjeu pour la pensée contemporaine de la médecine – de procéder à une **approche nuancée**, complexe, systémique, qui croise les points de vue et surtout évite les **positions unilatérales**, qui sont des **impasses**, comme par exemple l'alternative exclusive entre objectivité et subjectivité, sans essayer de penser les passerelles et les points de communication.

<sup>28</sup> Michela MARZANO, *Philosophie du corps*, p. 3.

<sup>29</sup> Michela MARZANO, *Philosophie du corps*, p. 89.

Annexe 1 :  
Références bibliographiques utilisées dans le cadre du cours

- BARABAS, Renaud, « De la phénoménologie du corps à l'ontologie de la chair », in Goddard J-C et Latrune M. (s. dir.), *Le corps*, Paris : Vrin/Intégrale, 1992.
- BERNARD, Michel, *Le corps*, Paris : Seuil, 1995.
- DESCARTES, *Traité de l'homme*.
- DUBAS, Frédéric, *La médecine et la question du sujet*, Les Belles Lettres, 2005.
- LE BRETON, David, *La saveur du monde. Une anthropologie des sens*, Métailié, 2006.
- MARZANO, Michela, *Philosophie du corps*, PUF, « Que sais-je ? », 2007.
- MARZANO, Michela (s. dir.), *Dictionnaire du corps*, Paris : PUF.
- MERLEAU-PONTY, Maurice, *La structure du comportement*, 1942.
- MERLEAU-PONTY, Maurice, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, 1945.
- SCHILDER, Paul, *L'image du corps. Etude des forces constructives de la psyché*, traduction française, Paris : Gallimard, 1968.
- SICARD, Didier, *La médecine sans le corps. Une nouvelle réflexion éthique*, Plon, 2002.
- WUNENBURGER, Jean-Jacques, *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*, Les Belles Lettres, 2006.

Annexe 2 :  
Synthèse pour l'ED de Méthodologie du Premier semestre

Le corps n'est-il que l'objet d'un savoir scientifique ?

*[Remarque méthodologique générale : il ne s'agit bien évidemment ici que de présenter un plan possible parmi d'autres, en recentrant notamment la réflexion sur la médecine et le statut du corps dans le domaine médical. D'autres plans sont possibles pour un tel sujet, surtout si l'on élargit la réflexion au delà de la médecine]*

### **I. L'objectivation du corps par la science biomédicale**

1. *[Argument général de la première partie]* La construction du corps comme objet d'un savoir en tant que moyen de la connaissance du corps (mécanismes/dysfonctionnements) et en tant que condition d'une action maîtrisée sur le corps.
2. *[Déclinaison de l'argument général sous l'angle de la recherche]* L'explication des mécanismes du corps compris comme phénomène matériel et biologique dans la recherche biomédicale, par une méthode expérimentale objectiviste (étude analytique des fonctions de l'organisme, mesures et quantifications, images et chiffres). Références possibles : Descartes, *Traité de l'homme* ; Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*.
3. *[Déclinaison de l'argument général sous l'angle de la pratique clinique]* La compréhension de cas singuliers dans le contexte de la clinique. L'objectivation comme condition de la construction du tableau clinique et de la démarche diagnostique, dans une démarche à finalité pratique : la thérapeutique.



*[Transition de I à II : l'objectivation du corps dans le parcours médical vise à rendre possible non seulement une maîtrise du corps mais aussi une intervention technique sur le corps malade. Objectiver et savoir pour agir, c'est à dire intervenir sur le corps malade]*

## **II. Le corps comme objet d'une intervention**

1. *[L'action médicale sur le corps malade]* Les soins médicaux apportés au corps malade dans le cadre de la démarche thérapeutique (prescription thérapeutiques, protocoles de soins, savoir-faire et gestes techniques, etc.).

2. *[L'action sur le corps du malade]* Les soins quotidiens apportés au corps du malade comme réponse au souci de son corps que manifeste la personne malade (prendre soin de la personne à travers les soins apportés au corps, en dehors du geste proprement médical). Exemple : les toilettes intimes. Référence plus générale possible sur le souci de son propre corps : Michel Foucault, *Le souci de soi*.

3. *[Le toucher du corps et la rencontre de l'autre]* La relation médicale, dans une compréhension large, ne peut se réduire à une prise en charge du corps malade. La relation thérapeutique met en présence de l'autre. Exemple : le toucher dans le soin et l'intrusion dans l'intimité. Référence possible : David Le Breton, *La saveur du monde. Anthropologie des sens*, chapitre sur le toucher.

*[Transition de II à III : Les pratiques relatives au corps ne sont pas neutres, imperméables aux contextes sociétaux et culturels. Or, par sa volonté d'objectivation des phénomènes organiques et par sa tentative de neutralisation de la « part maudite » du corps (affectivité, relation à son propre corps), qui demeurent non rationalisables, la science biomédicale tend à réifier le corps comme objet ou simple chose matérielle. Ce qui conduit à minimiser la dimension du corps comme expérience vécue et représentation sociale, pourtant irréductibles]*

## **III. Le corps entre le social et la subjectivité**

1. *[Le corps et l'empreinte du social]* Du point de vue de l'appartenance d'un sujet à une société ainsi qu'à une culture, le corps se présente comme une structure sociale, c'est à dire que notre façon de nous représenter le corps et d'en faire usage est conditionnée par des normes sociales et des valeurs culturelles. Référence possible : les technique du corps selon Marcel Mauss. Exemple : la ritualisation du toucher dans le soin (auscultation et palpation du patient).

2. *[Le corps comme expérience subjective]* Ainsi que nous en faisons chacun l'expérience de façon immédiate, le corps est toujours et avant tout « notre » corps, c'est une corporéité que nous nous approprions et que nous reconnaissons comme nôtre. Référence : le corps propre, Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*.

3. *[Le corps comme manifestation de la personne]* Si l'on se place du point de vue du corps propre, il apparaît que le corps rend manifeste la personne en tant qu'elle est incarnée. Référence : l'incarnation selon Michela Marzano, *Philosophie du corps*. Lien à l'éthique : respect de l'intégrité du corps et respect de la personne. Exemple : l'intrusion dans l'intimité du malade.