



**HAL**  
open science

# L'ambivalence du corps en médecine : virtualité des données et matérialité de la chair

Julien Lamy

► **To cite this version:**

Julien Lamy. L'ambivalence du corps en médecine : virtualité des données et matérialité de la chair. Le corps, la santé, la médecine, Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé, Jun 2015, Lyon, France. hal-01818332

**HAL Id: hal-01818332**

**<https://hal.science/hal-01818332>**

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.

Congres « Le corps, la santé, la médecine », Congrès du Collège des Enseignants de Sciences Humaines et Sociales en Médecine et Santé, 24-26 juin 2015 Lyon (France)

## **L'AMBIVALENCE DU CORPS EN MEDECINE : VIRTUALITE DES DONNEES ET MATERIALITE DE LA CHAIR**

Julien Lamy – Irphil, Université Lyon 3  
[julien.lamy@yahoo.fr](mailto:julien.lamy@yahoo.fr)

**OBJET DE REFLEXION :** la distinction entre corps-objet (corps biologique) et corps-sujet (corps propre) et ses usages dans le cadre de la réflexion sur la biomédecine et la médecine scientifique, notamment dans l'enseignement des SHS.

**OBJECTIFS :** examiner le bien-fondé de cette distinction devenue un lieu commun de la réflexion philosophique contemporaine sur la médecine, et l'usage correct que l'on peut en faire.

### **CONSTATS :**

Cette distinction conceptuelle sert souvent d'argument critique contre la médecine scientifique, permettant de dénoncer les dérives et les travers de la biomédecine, qui est accusée de réduire le corps à l'organisme, la maladie à des processus physiopathologique et la personne malade à un objet. Cf. l'exemple de Frédéric Dubas, *La médecine et la question du sujet*. On saisit par-là que l'un des problèmes sous-jacents est celle du réductionnisme.

Cette dénonciation de la biomédecine engage des jugements de valeur concernant la médecine, selon divers couples de valeurs : bonne ou mauvaise, humaine ou déshumanisante, réductrice ou globale, etc., avec une connotation éthique et pas seulement technique (ce n'est pas l'efficacité qui est visée).

Dans cette perspective critique, on a pu aller jusqu'à affirmer que la médecine contemporaine avait relégué le corps réel et la personne malade au second plan, au profit des données virtuelles (chiffres, images). C'est ce que soutient Didier Sicard dans *La médecine sans le corps*.

**THESE DEFENDUE :** la défense de la personne malade qui est présente dans ces discours, car c'est bien cela qui en en jeu finalement, est à nos yeux légitime, voire nécessaire dans le contexte d'une médecine perçue par nombre de patients comme déshumanisante ou inhumaine, au point de motiver le recours à des pratiques alternatives qui ne sont pas toutes, ni toujours, fiables. Mais la défense d'une médecine soucieuse de la personne malade, et pas seulement des maladies ou des cas d'étude, est malheureusement fragilisée du point de vue argumentatif par une confusion logique et conceptuelle, dans la mesure où l'on cherche à établir directement la conclusion selon laquelle il faut changer de façon pratiquer la médecine et de traiter les malades, à partir

de la distinction entre corps-objet et corps-sujet, qui est censée être descriptive et qui est pourtant utilisée le plus souvent de façon évaluative. On fait alors un usage douteux et discutable d'arguments et de jugements de nature différente, empruntés à des ordres de réalité différents, ce qui conduit à mélanger indûment des aspects ontologiques, épistémologiques et éthiques. Ce que je veux dire précisément, c'est qu'il y a un problème logique dans la manière de justifier la conclusion selon laquelle la biomédecine est critiquable parce que déshumanisante.

On peut formuler le problème ainsi : on cherche à dériver des prescriptions d'ordre éthique à partir d'une analyse qui relève de la description faits, ce qui contrevient à la loi de Hume qui stipule, si l'on simplifie l'argument, qu'on ne peut pas justifier les normes par les faits, qu'il est logiquement interdit de passer directement de l'être au devoir-être. Or c'est ce qu'on cherche à faire le plus souvent, il me semble, sur la base de la distinction entre corps-objet et corps-sujet : inférer un impératif moral (prescription) à partir d'un jugement de fait (description), dériver des propriétés déontiques fixant des droits, des devoirs et des interdictions (« il faut changer la manière de prendre en charge les malades ») à partir de jugements descriptifs établissant ce qui est (l'être), identifiant les propriétés des choses telles qu'elles sont en réalité (« le corps-objet n'est pas le corps-sujet », « la personne malade n'est pas un organisme déficient »). Cela ne signifie pas que l'impératif moral de respect de la personne malade n'est pas fondé, bien au contraire, ni que le jugement de valeur selon lequel la biomédecine n'est pas la meilleure médecine parce qu'elle ne permet pas de satisfaire à cet impératif n'est pas valide. Il s'agit modestement de souligner que l'on peut pas justifier l'impératif de respect de la personne malade par une description de la différence entre avoir une maladie et être malade, être un organisme biologique et être un corps conscient de ce qu'il sent. La légitimation de la critique de la biomédecine doit se fonder sur des considérations de nature éthique, faisant appel à des raisons et à des fins. Elle peut au mieux s'appuyer sur des considérations factuelles et descriptives pour mettre en évidence dans quelle mesure telle ou telle organisation ou pratique instituée de la médecine permet ou non de satisfaire aux exigences éthiques reconnues comme légitimes.

**PROPOSITION DE SOLUTION :** procéder à une sorte de « psychanalyse de la connaissance » au sens donné à cette méthode critique par Bachelard (cf. FES, PF, MR), qui consiste à clarifier et à séparer ce qui relève des faits expérimentaux rationnellement expliqués par la science, et ce qui relève des expériences vécues investies symboliquement par la conscience, afin de les articuler selon leurs spécificités au sein d'un pluralisme cohérent. Cela signifie que la compréhension adéquate d'un phénomène complexe comme celui du corps malade en médecine, mêlant des faits bruts, des informations objectives, des expériences vécues et des croyances symboliques, nécessite de replacer chaque description du phénomène dans son ordre de rationalité propre, et de les articuler au sein d'un ensemble cohérent. Il s'agit notamment de déterminer les réels liens de dépendance existant entre le corps-objet et le corps-sujet.

### 3 AXES DE REFLEXION :

**1. ONTOLOGIQUE :** il importe en premier lieu de déterminer à quel type de réalité on fait référence quand on parle du corps, notamment dans le champ médical, et surtout quand on opère la distinction entre corps-objet et corps-propre pour expliquer ce qui se joue dans la relation thérapeutique. S'agit-il de la même réalité décrite de manière différente ou alors deux modes d'existence différents ?

On a de bonnes raisons de penser qu'il s'agit de deux modes d'existence distincts, bien que liés l'un à l'autre. Si on reprend ici les concepts proposés par Searle dans *La construction de la réalité sociale*, on peut dire que le corps-objet est ontologiquement objectif (indépendance vis-à-vis de nos représentations) alors que le corps-propre est ontologiquement subjectif (dépendance aux états mentaux). Or, si cette description est correcte on doit admettre qu'il y a un lien de dépendance du corps-sujet au corps-objet : celui-ci ne pourrait exister sans celui-là, au sens où il ne pourrait y avoir de propriétés mentales telles que sentir la douleur sans l'existence d'un organisme possédant les propriétés physico-chimiques et neurophysiologiques rendant possibles les états mentaux. C'est ce que nous conduit à reconnaître la thèse du physicalisme, notamment du point de vue des neurosciences.

Mais le physicalisme n'est pas forcément réductionniste, comme le montre le physicalisme non-réductionniste défendu par David Chalmers ou Thomas Nagel, et défendre un dualisme des propriétés (physiques et mentales) n'implique pas d'adhérer à un dualisme des substances (le matériel et l'immatériel). On retiendra de cette analyse que le corps-objet est la condition nécessaire sans laquelle il ne pourrait y avoir de sentiment du corps-propre. L'inverse n'est pas vrai : il peut y avoir existence du corps-objet sans présence effective du sentiment du corps-propre, qui implique des états mentaux conscients, comme dans le cas du comateux.

**2. EPISTEMOLOGIQUE :** si le corps-objet et le corps-sujet sont ontologiquement différents, alors ils doivent probablement impliquer des modes de connaissance différents, en partant du principe méthodologique selon lequel il faut adapter le mode de connaissance aux spécificités de l'objet d'étude. Il semble que ce soit le cas en ce qui concerne les deux aspects retenus de la corporéité. La visée de la vérité sur l'homme malade se traduit en effet par la possibilité de recourir à deux modes distincts d'intelligibilité du phénomène pathologique.

La connaissance du corps-objet est une connaissance en 3<sup>e</sup> personne, et implique un point de vue objectif : on peut produire les raisons impersonnelles qui soutiennent le diagnostic par un raisonnement que peut en théorie réaliser et comprendre un sujet quelconque, dans les limites de ses connaissances et de ses capacités de compréhension. Dans ce cas, le sujet connaissant nous renvoie à la figure de l'expert : quelqu'un qui, dans un domaine donné, dispose d'une autorité fondée sur son savoir, qu'il peut communiquer objectivement sous forme d'un discours impersonnel publiquement évaluable, que n'importe quel sujet peut s'approprier.

La connaissance du corps-propre, en revanche, est une connaissance en 1<sup>ère</sup> personne, elle engage un point de vue résolument subjectif. Il s'agit d'une expérience fondamentalement privée, à laquelle personne d'autre n'a un accès direct en dehors du

sujet singulier sent son corps de telle ou telle manière. Le sujet singulier peut évidemment exprimer ce qu'il éprouve pour le communiquer à autrui, comme le fait un patient dans le cadre de l'anamnèse, et l'on peut aussi interpréter ce que sent l'autre en fonction de son comportement observable, mais il s'agit alors d'une connaissance indirecte du phénomène. Dans ce cas, le sujet connaissant renvoie à la figure du témoin<sup>1</sup> : quelqu'un qui rapporte intentionnellement à autrui une information sur un événement qu'il a observé ou vécu en première personne, et dont le discours sert de point de départ à l'enquête diagnostique.

On pourrait être tenté d'inférer de cette distinction que les rôles sont clairement répartis dans le cadre de la pratique médicale : d'un côté le médecin-expert, de l'autre le patient-témoin. Mais il n'est pas certain que ce soit si simple. On peut en effet retenir de cette distinction, au contraire, que la situation clinique est passablement compliquée, notamment dans le contexte contemporain, et qu'elle s'apparente à une forme de chiasme épistémique, dans la mesure où la connaissance du corps malade est dédoublée des deux côtés, au risque de projections et de transferts allant dans les deux sens. Du côté du soignant, on constate que celui-ci est à la fois expert et témoin : il possède une connaissance par description du corps malade grâce à sa formation théorique (les processus physiopathologiques), ainsi qu'une connaissance par fréquentation du corps de l'autre par son expérience clinique auprès des patients (les hommes malades), mais il possède également sa connaissance en 1<sup>ère</sup> personne du vécu corporel, le sien propre. Du côté du malade, celui-ci se présente aussi comme une figure double : il est avant tout le témoin privilégié de la situation clinique, dans la mesure où il en va de son expérience subjective de la maladie, mais il possède de plus en plus la prétention à être un expert (en fait un pseudo-expert), en raison de l'accès public à l'information médicale rendu possible par Internet, avec les problèmes de fiabilité que l'on sait.

On retiendra également de cette distinction épistémique l'indépendance relative de deux modes de connaissance de la corporité : on peut avoir une connaissance du phénomène pathologique en l'absence de témoignage du patient (le coma, l'annonce d'une tumeur cancéreuse sans ressenti), de même que la connaissance personnelle issue de l'épreuve sensible directe du corps n'est pas nécessairement signifiante pour le médecin dans le cadre de la démarche diagnostique. C'est ce que permet notamment de montrer le cas de « La femme désincarnée » présenté dans *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau* par le neurologue Oliver Sacks.

On retiendra finalement de cette distinction épistémologique qu'elle permet d'élaborer des repères utiles pour la conduite thérapeutique, du point de vue de l'efficacité de la démarche et donc de la réalisation technique, indépendamment pour le moment de toute considération d'ordre éthique. On veut dire par-là que la connaissance réflexive (de second ordre) que nous apporte la distinction épistémique des modes de connaissance de la corporité permet de justifier l'importance d'ajuster l'action médicale sur les deux bords, en tenant compte des deux aspects de la réalité de la maladie : d'un côté, l'intelligence explicative du cas, fondée sur les connaissances biomédicales et les observations cliniques, permet d'identifier le facteur pathogène et ainsi de répondre par une thérapeutique adaptée et ciblée, ayant plus de chance de parvenir à son but ; de l'autre, l'intelligence compréhensive du cas, fondée sur la

---

<sup>1</sup> La distinction expert/témoin est empruntée à P. ENGEL, « La vérité malgré tout », in *Mots pour Maux*, 2003.

connaissance de la structure psychique de l'expérience de la maladie et l'interprétation du cas singulier permet d'ajuster la manière d'être dans la relation au malade, en sorte d'établir une relation thérapeutique qui permettra l'accomplissement de la cure et l'observance thérapeutique. Le cas paradigmatique du refus de soin serait à analyser dans cette perspective : l'attitude de rejet peut être motivée par une mauvaise compréhension de la pathologie et de la thérapeutique, mais aussi et surtout par des croyances issues du milieu social et/ou de l'expérience personnelle. Dans une telle situation, avant même toute considération de nature éthique, il semble évident que la compréhension du vécu personnel soit une condition de l'efficacité du traitement, par son acceptation : si on a identifié les raisons du patient de refuser le soin, on peut essayer de le convaincre, tout en respectant ses croyances.

**3. ETHIQUE :** que peut-on dire alors sur le versant de la réflexion éthique dans le champ de la santé, concernant les propriétés déontiques mobilisées dans le cadre du rapport à l'autre et à son corps, et qui se traduisent par des droits, des interdictions, des devoirs, ainsi qu'un ensemble de sanctions qui leur sont associés, allant du regard réprobateur à la sanction pénale, en passant par les sanctions disciplinaires ?

On retrouve ici le point névralgique signalé par D. Sicard, à savoir le déni ou la négligence de la souffrance de la personne malade, dans un contexte spécifique caractérisé par deux aspects à prendre en compte : 1) la nécessité d'intervenir directement sur le corps pour remédier à ses défaillances, ce qui implique l'objectivation théorique du corps sous forme de données impersonnelles et une distanciation permettant la réalisation d'actes techniques plus ou moins sophistiqués ; 2) la relation dissymétrique entre d'un côté la personne malade, qui est en situation de vulnérabilité et de demande d'aide, de l'autre l'expert médical, qui est en situation de savoir et de pouvoir. Or, dans un tel contexte, on comprend facilement les raisons qui conduisent à poser des principes éthiques visant à départager les bonnes et les mauvaises conduites. Nous n'insistons pas sur ce point.

Nous soulignerons simplement que la référence au corps vécu et la réalité subjective de la maladie permet, par contraste avec la référence technique aux données physiopathologiques dans le contexte strictement diagnostique, de comprendre les difficultés inhérentes à l'intervention du soignant sur le corps malade. On veut dire par-là que la « virtualisation » du corps sous forme de données objectives et d'informations quantifiées soulève une difficulté éthique quand on entre concrètement dans le soin, encadré par l'exigence d'agir de manière appropriée, c'est-à-dire efficace et respectueuse, sur le corps de la personne souffrante, pour la soigner et la soulager. De ce point de vue, on a des raisons de penser que le reproche adressé à la biomédecine de ne pas tenir suffisamment compte du corps souffrant et de la personne malade, au profit de données objectives indifférentes et d'entités abstraites comme les maladies, ne prend son véritable sens chez ceux qui s'en réclame que résitué dans l'horizon de l'éthique médicale.

Mais une telle critique de nature éthique, bien circonscrite dans son domaine de validité et non affirmée comme travers rédhibitoire général de la biomédecine, repose en fait sur des considérations évaluatives et normatives qu'il importe d'explicitier, dans la mesure où elles présupposent un accord préalable, implicite ou explicite, sur ce

qu'on établit comme étant la bonne manière de se rapporter au malade, et de traiter l'autre dans le cadre du soin. Il faut comprendre par-là que si la considération accordée au vécu corporel du malade peut faire l'objet d'une revendication, d'une discussion ou même d'une insatisfaction donnant lieu à des obligations et à des réparations, c'est à partir du moment où on attribue au corps-propre du malade un statut publiquement et collectivement reconnu, qui fonde des droits pour le patients et des devoirs pour les soignants.

Or ce statut ne résulte pas directement de la nature physicochimique et neurobiologique du corps, ni même de la réalité mentale et subjective qui caractérise le corps-propre. Elle dérive directement selon nous du statut d'inviolabilité attribué en général à la personne humaine, douée de sensibilité et de conscience de soi, mais surtout dotée d'une dignité morale et pourvue de droits juridiquement garantis. Si cette analyse est correcte, cela veut dire que le corps-propre est assimilé ou alors rattaché à la personne prise comme un tout indivisible (n'est-ce pas ce que suggère la formule « je suis mon corps » ?), la personne possédant une dignité reconnue impliquant sa protection quelles que soient ses défaillances physiques ou mentales. Cette identification du corps-propre à la personne semble ainsi opérer comme une justification et une légitimation de l'exigence éthique que le corps soit traité avec considération et respect, même dans le cas du coma, de l'insensibilité ou même du cadavre, au prix d'un hiatus pour le soignant. Cela implique pour lui de boiter, si l'on use ici d'une formule proverbiale : il doit d'un côté dépersonnaliser le corps de l'autre pour l'objectiver (impératif épistémique et technique), ce qui implique une forme de déshumanisation en raison même de la distanciation prise avec la réalité personnelle du corps en question ; et pourtant de l'autre personnaliser son rapport à la personne malade en s'ajustant à la singularité de son expérience propre, en traitant son corps en fonction des normes régissant la relation à la personne (exigence déontique).

## CONCLUSIONS

On n'a pas de besoin de la distinction entre corps-objet et corps-propre pour fonder la critique de la biomédecine. Cette critique est fondée sur un principe normatif qui est de nature éthique, à savoir celui du respect de la personne humaine ou alors, dans une version éthique minimale, le principe de non-nuisance à autrui. Si tel est le cas, le problème en tant que tel n'est pas nouveau, dans la mesure où il remonte au moins jusqu'à la médecine hippocratique. Sa position change seulement en vertu du contexte de conflit des valeurs qui caractérise la médecine contemporaine, où se mêlent irréductiblement des considérations normatives d'ordre épistémiques et techniques, éthiques et juridiques, mais aussi socio-économiques.

En revanche, on soulignera que la référence au sentiment du corps-propre est un repère utile, au moins de deux points de vue. Tout d'abord, elle permet de complexifier l'intelligibilité du phénomène de la maladie, en rappelant qu'elle ne peut être réduite à n'être qu'un phénomène biologique, une réalité physiopathologique brute et impersonnelle. La maladie est tout aussi bien une réalité subjective, dont l'avènement affecte le sentiment d'existence du sujet qui en fait l'épreuve, mais aussi intersubjective, en tant qu'elle met en jeu des relations interpersonnelles et la rencontre

de croyances, de pratiques et de valeurs au sein de l'espace public. Par ailleurs, la référence au corps-propre peut servir de repère utile pour déterminer théoriquement si les conditions de satisfaction de l'impératif moral de bien traiter la personne malade sont réalisées ou non. Si on considère en effet que ne pas tenir compte de l'expérience personnelle de la maladie, ni de ce qui est vécu par le sujet, au profit d'une relation exclusivement épistémique et technique au cas clinique, constitue une atteinte à la dignité de la personne et une violation de ses droits, alors il paraît légitime de condamner certains des travers de la biomédecine, notamment les conséquences concrètes de l'hyperspécialisation, principalement dans le cadre de la médecine hospitalo-universitaire.

Mais si tout cela est correct, on devrait finalement conclure que les reproches habituels adressés à la biomédecine cèdent peut-être trop hâtivement aux facilités du sophisme de l'épouvantail : le portrait peu flatteur de la médecine scientifique est sûrement simplificateur, parfois malhonnête, et se trompe très probablement de cible. Le problème n'est pas tant celui de la scientificité et de la technicité de la biomédecine en tant que telle en général, qui sont nécessaires à son efficacité et ses réussites thérapeutiques (que chacun réclame d'ailleurs quand il est malade !), que peut-être celui du maintien, au sein de la médecine hospitalière et spécialisée, d'une approche soucieuse de la personne malade, respectueuse de son bien-être et de sa dignité dans un contexte complexe, où l'on est confronté non seulement à la matérialité du corps et à la réalité brute de la souffrance, qui peuvent échapper à la maîtrise rationnelle et technique, au risque de laisser les professionnels de santé et les malades désemparés dans les situations de détresse les plus dramatiques ; mais aussi à une organisation rationnelle du travail médical qui impose des contraintes fortes sur les soignants, pris entre les exigences éthiques du bien agir et les normes gestionnaires de l'efficacité, tension réelle dont les effets sont subis par tous les acteurs de terrain de la santé. Si cette piste de réflexion a quelque pertinence, alors le fond du problème est peut-être avant tout de nature politique, et non pas simplement technoscientifique, social ou éthique.