



HAL
open science

La médecine, le corps, Vigarello et Toledano

Cyril Drouot, Alain Percivalle

► **To cite this version:**

| Cyril Drouot, Alain Percivalle. La médecine, le corps, Vigarello et Toledano. 2023. hal-04814728

HAL Id: hal-04814728

<https://hal.science/hal-04814728v1>

Preprint submitted on 2 Dec 2024

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.

La médecine, le corps, Vigarello et Toledano (titre provisoire)

Communication pour le LINE le 3 février 2023 dans le cadre des séminaires de recherche sur la notion d'innovation dans le champ de l'éducation

Cyril Drouot et Alain Percivalle

La communication à deux voix que je vais vous présenter – sans la présence physique d'Alain Percivalle ce jour néanmoins – a pour objectif de mieux comprendre l'histoire d'un phénomène éducationnel et social qui apparaît aujourd'hui comme innovant dans le champ de la santé. Du moins, semble-t-il en avoir toutes les caractéristiques en France et de surcroît au centre hospitalo-universitaire de Nice. Il s'agit donc, dans le sillon des pratiques pédagogiques canadiennes en cours depuis une vingtaine d'années, de la mise en place « de dispositifs d'apprentissage aux compétences relationnelles en cursus de médecine » pour mieux prendre en compte les sentiments des patients lors des rendez-vous médicaux, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de soin.

Pourtant, ce que nous allons essayer de montrer aujourd'hui, c'est que le phénomène en question – comme beaucoup d'autres – n'a vraisemblablement d' « innovant » que le fait, selon Jean Jouqan, médecin interniste, d'être « davantage évolutionnaire que révolutionnaire, [et de] s'inscrire dans la durée, souvent longue » (2022 : 3). Dès lors, la dimension « innovante » de plus en plus associée par défaut à toutes sortes de phénomènes semble questionnable ; et notamment pour ce qui nous intéresse, au regard d'un examen critique de l'histoire des idées autour de la notion de sentiment vis-à-vis du corps. En effet, la notion d'innovation, omniprésente dans le paysage discursif contemporain du champ médical laisse à penser qu'elle est bien trop souvent plus autoproclamée qu'avérée.

Si nous partons d'un tel point de départ, c'est parce qu'il existe tout une rhétorique – pour ne pas dire une novlangue – autour de l'innovation, qui, selon les contextes, servirait à la fois « à rendre les dossiers [dit innovants] éligibles [aux financements] » (Catlla, 2005: 45) et tout en même temps, servirait de caution à l'échec de leur mise en place ou encore de caution aux résistances d'acteurs en tous genres lorsqu'ils sont exposés à ces dossiers-projets à mettre en œuvre. Pourtant, si tout aspire au sein des organisations contemporaines (ref) à rendre par défaut « innovants » chaque dossier présentant un projet, pour lui conférer une légitimité d'existence sur le marché des appels à financements publics ou privés, ce caractère innovant grève les futures projets d'une autre condition d'existence, pour passer de l'étape « financement » à l'étape « réalité » : celle de devoir faire porter ses projets par des promoteurs ou des défenseurs disposant d'une autorité suffisante (*Ibid.* 52) pour faire face à la difficulté intrinsèque de toute innovation ; celle de pouvoir rendre réelle une chose qui au moment donnée de son énonciation porte en elle le caractère d'inimaginable, d'invisageable.

Sans ce dernier prérequis de légitimation, cette chose, aussi innovante soit-elle – dans les faits ou lors de sa simple présentation – tomberait sous le coup d'une image commune : celle associant directement les situations révolutionnaires à des situations extrêmes peu soutenables. À titre d'exemple et pour s'en convaincre sans évoquer (encore et toujours) la découverte de l'atome et ses conséquences, nous pouvons peut-être mentionner plutôt « le

régime de la terreur » qui a suivi la « révolution » française, et dont les associations d'idées vont également de soi : le caractère révolutionnaire d'une chose porte en lui une autre chose potentiellement terrible et, d'une certaine manière et du moins durant un certain temps, encore plus « révolutionnaire et terrible » que la précédente...

Dès lors, et si certaines innovations techniques, aujourd'hui dites « de rupture », sont parfois véritablement révolutionnaires et portent en elles ces dimensions à la fois progressistes et terrifiantes, nous voulons croire qu'en ce qui concerne les innovations pédagogiques et notamment celle relative à la mise en place de dispositifs d'apprentissage des compétences relationnelles relevant, de fait, davantage du registre social que technique (bien que l'arrivée de l'IA dans ces dispositifs pédagogiques soit en train de changer la donne), il en va peut-être tout autrement. Faut-il cependant et pour ce faire, vouloir un tant soit peu déconstruire la dimension « innovante » associée à ce dispositif pédagogique, en étudiant – de manière historique et critique – ce qui, comme énoncé, se trouve en son centre : les sentiments du corps malade.

Car, nous allons le voir, les questions relatives aux sentiments du corps malade sont loin d'être nouvelles, puisque, par exemple et pour ne citer que lui à cet instant, pour René Descartes au départ de sa réflexion sur la médecine – à partir d'une réédition récente (Aucante : 2000) de ses « fragments médicaux [qui] étaient restés jusqu'ici enfermés au tome XI de l'édition Adam et Tannery dans un ordre dispersé » – l'« objet [donc, de sa recherche en médecine] n'était pas l'homme, mais sa machine physiologique » (Romano, 2002 : 10). Celui-ci s'est néanmoins finalement résolu à devoir par la suite se « tourner vers une médecine plus empirique, prenant pour objet non plus le corps réduit à ses seules propriétés géométriques [ou organiques], mais l'homme tout entier en tant que composé psychophysique » (Ibid. : 2). Notons aussi d'emblée que le cheminement de la pensée de Descartes au sujet du corps en médecine au XVII^e siècle – et présentée ici de manière excessivement brève – illustre finalement bien la manière dont va évoluer l'histoire des idées sur la perception du corps menée par Georges Vigarello.

Ainsi, nous attacherons-nous à amorcer un travail de reconstruction, ou beaucoup plus modestement de réhabilitation d'un certain continuum historique des idées sur le corps ayant traversées la médecine, pour faire remonter à la surface de l'histoire contemporaine, au moins à l'échelle locale, que la médecine n'a peut-être pas toujours « sacrifiée » – et le mot est ici volontairement « provoquant » – les sentiments du malade sur l'autel de sa guérison (étant ici entendue au sens « physiologique » du terme), contrairement à une certaine image du médecin-technicien selon Marie-Hélène Parizeau (philosophe à l'université de Laval) et Josée Anne Gagnon (chercheur clinicien au CHU de Québec) qui interrogent « la façon dont les médecins [d'aujourd'hui] exercent leur jugement clinique [...] avec la multiplication des tests et des examens, ainsi que plus récemment l'utilisation de la télémédecine » (Parizeau & Gagnon, 2021 : 61) et pour qui, ces médecins, qui sont tous des spécialistes de leur domaine, utilisent « les algorithmes les uns à la suite des autres sans pour autant que soit trouvé le problème de santé. [L'essentiel étant que] chacun ait fait ce qu'il devait faire : tous les tests » (Ibid. : 81). Ce médecin-technicien, toujours selon Parizeau & Gagnon (Ibid. : 100), est alors « incapable d'initier une relation thérapeutique » et probablement s'en remettra-t-il au récent paradigme du « patient-expert » (que nous ne confondons pas avec celui du « patient-partenaire ») pour laisser – d'une manière ou d'une autre – le choix au malade, en grande

détresse depuis le fond de son lit, du traitement qui lui semblera le mieux au cours de son voyage médical chez les différents spécialistes !

Sans entrer davantage dans la problématique de l'exercice de la médecine pour cette introduction, ce que la pratique contemporaine nous évoque d'ores et déjà néanmoins est que, si la notion de sentiment et *a fortiori* le sentiment « de soi-même comme un autre » – dont nous empruntons la formulation à Paul Ricœur –, est peut-être oublié par certains praticiens, elle semble toujours très d'actualité dans la littérature scientifique médicale d'une part, mais surtout et d'autre part, elle est aussi et surtout très présente dans la littérature relative à la médecine (éthique, bioéthique, sociologique, philosophique, etc.).

En effet, la résurgence de la notion de sentiment dans l'étude des pratiques de la médecine moderne, notamment au travers du « Modèle de Montréal » (Pomey, Flora et *al.*, 2014 : 49) qui aspire à participer à la création de « milieux de pratiques et d'enseignement "de demain" plus humanistes », et qui, d'une certaine manière, au cours de cette dynamique d'institutionnalisation « nouvelle » de pratiques collaboratives de « demain », a retraduit la notion descriptive de « sentiment » en la notion plus opérationnelle et proactive de « compétences relationnelles » (Ibid. : 43) – car ce sont bien ces compétences qui viennent nourrir les pratiques collaboratives – pour réussir à induire un climat de confiance dans la relation thérapeutique.

Cependant, et c'est finalement à cet endroit précis, celui des « nouvelles pratiques collaboratives exigeant l'acquisition de nouvelles compétences relationnelles », que se trouve la cible du présent examen critique et sociohistorique dans la champ de la santé. En effet, les questions que cet examen pose sont les suivantes : pourquoi ces pratiques collaboratives dans la relation de soin (en prenant mieux en compte les sentiments du corps malade) sont toujours la source de nombreuses résistances de la part des « soignants », et dans quelle mesure les notions de nouveauté ou d'innovation sont-elles à la fois justes, pertinentes ou à déconstruire pour réussir à poursuivre réellement l'actuelle processus d'institutionnalisation de ces nouvelles pratiques, au Canada comme en France ? Nous ne répondrons bien sûr pas à toutes ces questions de manière exhaustive dans cette communication, mais elles en constituent néanmoins le fil rouge.

Car, nous aimons à penser que si l'apprentissage des compétences relationnelles n'était pas perçu comme innovant ou nouveau dans le champ de la médecine, cet apprentissage devrait pouvoir faire l'objet au sein des organisations hospitalières, d'un traitement qui ne soit plus systématiquement associé au risque d'une révolution sociale indigeste au sein d'une certaine communauté de soignants...

Mais peut-être alors aussi qu'il se joue là, la question de savoir qui ou quelle communauté de soignants est *in fine* la ou la plus légitime pour donner la couleur et le sens des orientations de la médecine (qui se voudrait plus moins nouvelles/traditionnelles ; ou plus ou moins objective/empirique par exemple). On peut aisément penser ici aux infirmier.e.s pour qui le cursus de formation en IFSI est d'ores et déjà très engagé sur la question des compétences relationnelles, alors qu'à l'inverse, au sein des formations en cursus de médecine, et notamment dans les premières années de tronc commun, ces formations y sont encore bien trop peu présentes. On pense ici non pas seulement aux cours dispensés et en lien direct avec les compétences relationnelles, qui ont tendance à se multiplier depuis l'arrivée des ECOS

(Examens Cliniques Objectifs et Structurés) au sein des facultés de médecine, mais l'on pense aussi et plutôt à la formation des différents intervenants au sein de ces formations et des dispositifs évaluatifs qui y sont mis en place, et qui doivent être capables, eux aussi, de développer, au-delà d'une grille d'évaluation de grappes de compétences cliniques ou relationnelles toujours plus grande de jour en jour, un véritable « savoir-être » soignant, à tous les niveaux des pratiques : c'est-à-dire des pratiques pédagogiques (pour être modèle de rôle), des pratiques évaluatives (pour être sincère et juste vis-à-vis des étudiants en médecine), des pratiques cliniques (qui soignent autant le corps que l'esprit).

Dès lors, et en faisant une revue de lecture croisée à partir des recensions de l'ouvrage « L'art de soigner » du docteur en médecine Alain Toledano, qui apportera tout d'abord des éléments de compréhension essentiels pour bien saisir les enjeux pédagogiques relatifs à l'enseignement (nouveau) des compétences relationnelles au sein des facultés de médecine, et de l'ouvrage « Le sentiment de soi » de l'historien Georges Vigarello, qui, à sa manière, posera ensuite un certain regard éclairant sur l'histoire du corps dans le champ médical, nous adopterons un point de vue qui s'attachera à reconstituer un morceau du continuum historique des idées en lien avec la pratique médicale pour mieux comprendre celle actuelles.

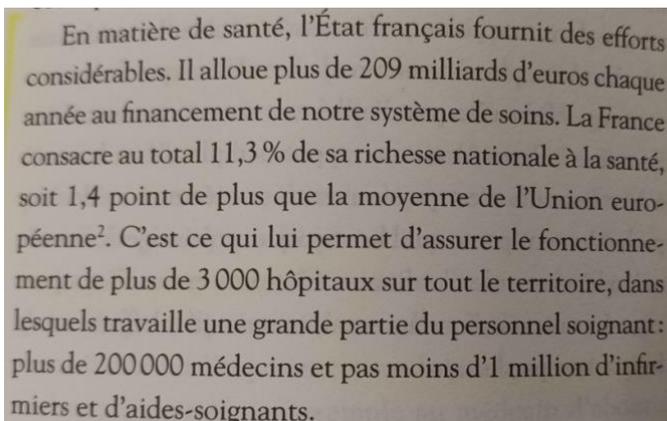
Ainsi, espérons-nous également participer de la sorte aux efforts nécessaires à fournir pour réduire les résistances – conscientes et inconscientes – qui peuvent se cristalliser autour des dispositifs pédagogiques en lien avec ces compétences relationnelles ; qui, nous le pensons, n'ont finalement d'innovant que leur packaging pour pouvoir être mis en place à force de crédits, mais qui se faisant, se dotent parfois d'une rhétorique semblant légitimer le manque de prudence méthodologique et de soin apporté dans leur mise en application.

Revue de lecture « L'art de soigner » Toledano, A, (2022), 163p. (Alain Percivalle)

Alain Toledano est un médecin oncologue, enseignant au CNAM (Chaire de recherche en santé intégrative) qui a créé l'institut Raphaël, un établissement où l'on pratique cette approche en santé. Accueillant des patients souffrant de pathologie chronique, des cancers en particulier, on propose aux patients un soin personnalisé accompagné d'activité physique, une prise en charge psychologique, une attention à la nutrition.

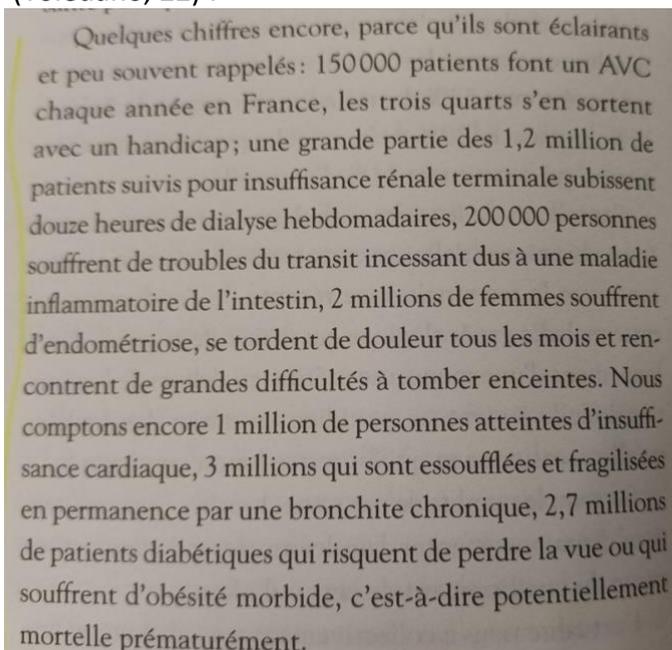
Son ouvrage « L'art de soigner » publié en 2022 est le fruit de son expérience. Il se veut un plaidoyer pour pratiquer une médecine plus humaine et former des médecins à cet accompagnement des personnes. Il s'organise autour d'un plan simple en 4 parties : -1 Qu'est-ce que soigner aujourd'hui ? – 2 Qu'est-ce que la santé ? – 3 Une nouvelle façon de soigner – 4 L'avenir de la santé. L'auteur situe son propos à partir de chiffres qu'il n'est pas inutile de rappeler pour comprendre l'ampleur des enjeux et éclairer l'importance qu'il donne à son plaidoyer.

(Toledano, 18) :



En matière de santé, l'État français fournit des efforts considérables. Il alloue plus de 209 milliards d'euros chaque année au financement de notre système de soins. La France consacre au total 11,3 % de sa richesse nationale à la santé, soit 1,4 point de plus que la moyenne de l'Union européenne². C'est ce qui lui permet d'assurer le fonctionnement de plus de 3 000 hôpitaux sur tout le territoire, dans lesquels travaille une grande partie du personnel soignant : plus de 200 000 médecins et pas moins d'1 million d'infirmiers et d'aides-soignants.

(Toledano, 22) :



Quelques chiffres encore, parce qu'ils sont éclairants et peu souvent rappelés : 150 000 patients font un AVC chaque année en France, les trois quarts s'en sortent avec un handicap ; une grande partie des 1,2 million de patients suivis pour insuffisance rénale terminale subissent douze heures de dialyse hebdomadaires, 200 000 personnes souffrent de troubles du transit incessant dus à une maladie inflammatoire de l'intestin, 2 millions de femmes souffrent d'endométriose, se tordent de douleur tous les mois et rencontrent de grandes difficultés à tomber enceintes. Nous comptons encore 1 million de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, 3 millions qui sont essouffées et fragilisées en permanence par une bronchite chronique, 2,7 millions de patients diabétiques qui risquent de perdre la vue ou qui souffrent d'obésité morbide, c'est-à-dire potentiellement mortelle prématurément.

Dans ce contexte l'auteur fait un constat alarmant et très vrai : « Nous maintenons en vie une grande partie de notre population sans pour autant que cette longévité ne soit corrélée à une qualité de vie satisfaisante. En d'autres termes nous transformons, grâce à la médecine, certaines maladies aiguës qui étaient autrefois mortelles en des maladies chroniques, mais sans proposer un encadrement capable de rendre véritablement agréable le morceau d'existence que nous avons conquis » (Toledano, 20-21). En faisant ce constat il fait directement écho à la définition même de la santé telle qu'elle est inscrite dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé promulguée en 1946 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹. »

Tout au long de son ouvrage le propos de l'auteur va donc consister à défendre une approche intégrative du patient par le médecin prenant en considération tant par une écoute active qu'une approche clinique validée scientifiquement un bien être « physique, psychologique, sociale, sexuel ». (Toledano, 62). Sans trahir les propos de l'auteur j'aimerais apporter quelques définitions et nomenclature propres à éclairer cette thèse. Je reprends là des considérations rassemblées dans un article récent (Garofalo, M., Percivalle, A., (2023). L'IA et l'éthique du soin, *Gestions hospitalières*, 622).

La question qui est essentielle en médecine se porte d'abord sur la conception de sa nature même. La médecine est définie par le philosophe Dominique Folscheid comme « une pratique soignante accompagnée de science et instrumentalisée par des moyens techniques. »² Au risque de décevoir ou de choquer certains ce n'est donc ni une science, ni une technique mais bien un agir, c'est-à-dire le fruit d'un choix libre portant sur les finalités auxquelles sont ordonnés les moyens proportionnés. (Cf Toledano, 14-17). De fait la confusion est largement répandue dans les termes employés pour désigner l'acte médical, entraînant à la fois un malentendu sur la nature même de la médecine et révélant des positions très défensives.

Schématiquement on peut affirmer que cette confusion se fait au départ dans la traduction des termes « cure » et « care » qui structurent l'expérience soignante. L'agir soignant regroupe ces deux concepts qui doivent se traduire l'un par traiter (et non soigner !), l'autre par prendre soin. Le soin est donc par essence la conjonction intrinsèque et insécable de ces deux actes. Autour de cette partition se structure un vocabulaire qui renvoie à ces deux dynamiques du soin comme deux faces d'une même pièce. On parlera ainsi de traiter la pathologie d'un patient. Et tout autant de prendre soin du malade dans sa maladie même. A l'objectivité se superpose la subjectivité. Si d'une part on se centre sur l'organe, de l'autre on s'intéresse à la personne. Si d'un côté on diagnostique les besoins biologiques du patient de l'autre il s'agit d'être à l'écoute des attentes du malade. D'un côté se déploie une logique de prise en charge, de l'autre celle d'un accompagnement. Au devoir du médecin de fournir une information claire, loyale et appropriée répond la nécessité de communiquer, c'est-à-dire repérer et s'adapter aux représentations de son interlocuteur, être attentif à son état émotionnel et au sien propre. D'un côté on technique et de l'autre on rencontre. Tout cela est distinct mais se fait dans un même mouvement, celui du soin, le soin physique et le soin relationnel étant

¹ OMS, Constitution, 22 07 1946, <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

² D. Folscheid, « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », *Laval théologique et philosophique*, 1996, 52(2), p. 509.

indissolublement unis comme l'âme au corps. On pourrait multiplier les présentations des facettes de cette même et unique réalité.

L'erreur est de réduire la médecine au « cure », reléguant le « care » au supplément d'âme évoqué plus haut. Le pendant de ce coup de rasoir est de faire de l'éthique un en-soi, la réduisant en une science, un corpus de connaissances issues de réflexions partant de l'expérience certes mais désormais tournant à vide dans le cercle confortable du débat d'idées, raisonnant dans l'après coup sur tel ou tel conflit éthique mais s'éloignant lâchement du réel, lui qui unit de façon irréfragable la cognition à l'émotion et au sentiment la raison. Il ne s'agit pas d'abord de beaucoup réfléchir mais surtout de bien agir en situation. Et ce n'est pas seulement de bien penser qui suffit à permettre de bien agir.

Comme l'écrit Jean Jouquan, « parce que la finalité de l'action médicale n'est pas la santé mais bien la personne, une part importante de ce qu'elle recouvre est tout simplement hors du champ de la science démonstrative et prédictive. [...]. En l'occurrence, très rapidement, les modèles d'une décision clinique informée selon la perspective de l'EBM (Evidence Based Medicine) en même temps qu'ils précisaient explicitement que les décisions cliniques étaient par nature contextualisées et qu'ils réhabilitaient le jugement clinique du praticien, ont intégré comme éléments à prendre en compte, à côté des meilleures données produites par la recherche scientifique, les projets et les préférences du patient [...]»³.

FIGURE 1
Modèle actualisé de la décision clinique informée selon l'EBM



D'après R.B. Haynes et al., "Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice", *ACP J Club*, 136, 2, A11-A13. in J. Jouquan, F. Parent, *cf note 3*.

³ J. Jouquan, F. Parent, « Pour un examen critique du statut de la preuve en médecine », *Ethica clinica*, 2021, n°102, p. 14-25. Se réfère à l'article fondateur de l'EBM : R.B. Haynes, P.J. Devereaux, G.H. Guyatt, "Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice", *ACP J Club*, 2002, 136, 2, A11-A13. Jean Jouquan est professeur émérite de médecine interne, directeur de la revue *Pédagogie médicale*.

Je pense avoir retraduit sans trahir la pensée que l'auteur décline au long des pages (Une nouvelle façon de soigner 73-117).

Toujours à la suite de la définition même de la santé il s'ensuit que la guérison apparaît comme un processus complexe et subjectif. L'auteur illustre cette réalité par des exemples cliniques : « Une personne sur trois quittera ou perdra son travail dans les deux ans après un diagnostic de cancer. On pourrait penser que ce n'est pas un problème de santé. Ce n'est pas mon cas. La détérioration de l'image de soi, la perte de confiance, la dépression qui s'ensuit souvent et l'isolement social sont des maux dont il convient de prendre soin. Certes ce ne sera pas là nécessairement le travail d'un médecin. Mais c'est, indéniablement, un élément de la santé, du bien-être général est donc une composante d'un parcours de soins complet.

De même, que dire d'un traitement qui abolit tout désir sexuel chez le patient une fois la maladie disparue, le patient sera-t-il guéri ma réponse est non, pas tant que son désir n'est pas revenu. A ce stade le patient n'a pas achevé son parcours de soins, qui consistera à atteindre ce bien-être complet dont la composante sexuelle ne saurait être exclue. » (Toledano, 63).

Toledano revient au passage sur des idées classiques mais qui ont une profondeur et un intérêt toujours renouvelés.

Le médecin n'est pas le principe de la guérison du malade :

« Quel est donc ce principe ? L'être-homme, tout simplement. En d'autres termes, c'est la phusis, la nature elle-même, qui est principe de la guérison. De sorte que la technè médicale, issue de la connaissance jointe à la pratique soignante, est simplement « quelque chose qui peut venir s'adjoindre en passant ». Et qui disparaît mission accomplie. En d'autres termes, toute guérison obtenue par voie médicale est en réalité une auto-guérison de la nature elle-même. Les adjuvants médicaux ont beau venir du dehors, le processus de guérison va de la nature (malade) à la nature (saine). Le principe est intérieur. Tandis que dans les objets fabriqués [...] le principe reste toujours extérieur. La guérison relève donc de la phusis et non de la technè. »⁴

Toledano cite la formule lapidaire de Voltaire : « l'art de la médecine est de distraire le malade pendant que la nature le guérit. »

Autre idée forte, celle du remède-médecin développée par Canguilhem⁵ de par son écoute active. « L'efficacité des traitements, en médecine moderne est intimement liée à la présence du médecin, au temps qu'il accorde au conseil qu'il donne. En d'autres termes à la prescription dans son sens étymologique : indication, conseil, ordre donné. Voilà ce qu'était la prescription pendant des siècles : l'attention portée aux patients. Et puis elle est devenue l'ordonnance. Par métonymie, d'abord, l'ordonnance étant un élément de la prescription, cette dernière en est venu à désigner aussi la première. Mais petit à petit l'ordonnance s'est substituée presque complètement à la prescription. Aujourd'hui on glisse rapidement aux patients une

⁴ Célis, R. (2006). L'éthique médicale à l'épreuve de la sagesse hippocratique. *Éthique & Santé*, 3(1), 8-17, 14.

⁵ Canguilhem, G., (1988). *La santé : concept vulgaire et question philosophique*. Écrits sur la médecine, Seuil.

ordonnance précisément pour éviter de prescrire. Le médicament a remplacé le conseil. » (Toledano , 31-32).

L'auteur s'inscrit plus largement dans une éthique du Care initié par Carol Gilligan philosophe et psychologue américaine. Il la cite : « Ce que le patriarcat exclut et l'amour entre égaux ; il exclut donc la démocratie qui est basée sur cet amour et la liberté des voix qu'il encourage. »⁶ Dans cette veine il rapporte une étude réalisée sur plus de 1,5 million d'hospitalisation aux États-Unis qui a montré que la mortalité est plus faible, ainsi que le taux de réhospitalisation 30 jours plus tard, quand le patient était suivi par une femme plutôt que par un homme et ce, quel que soit la sévérité du mal. Le traitement par un homme entraîne 4200 morts supplémentaires pour 1 million d'hospitalisation. Pour Tolédano ce n'est pas une affaire d'expertise ni de technique. « C'était une affaire de présence et d'écoute. Les femmes étaient plus attentives à leur patient en tant qu'individus et moins focalisés sur le seul traitement de la maladie. » (Toledano, 74).

Un autre rapport singulier de Tolédano est dans l'idée que l'hôpital n'est pas un espace bienveillant. « Une admission à l'hôpital devrait toujours être perçue comme un échec de la médecine. C'est un endroit difficile, rude, froid, impersonnel par construction. C'est un endroit où le patient est dépossédé de lui-même, livré aux experts, aux décisions externes. Je ne crois pas qu'il puisse en être autrement, c'est constitutif d'un lieu entièrement tourné vers le génie médical, l'hygiène, la sécurité des patients et la centralisation des compétences (...) L'hôpital restera pour toujours un lieu indispensable à la prise en charge ponctuelle de pathologies lourdes nécessitant des infrastructures énormes et un personnel surentraîné. On a bien tenté avec le temps à l'expérience, d'ajouter à l'hôpital les éléments qui paraissaient lui manquer. C'est ainsi que sont nés, par exemple, les comités pluridisciplinaires où sont censés intervenir assistantes sociales et psychologues afin d'injecter des dimensions sociales et humaines dans le parcours de soins. De mon point de vue de ces comités sont un échec. Le médecin y conserve résolument une posture de surplomb, les avis des professionnels paramédicaux ou associés y sont, au mieux, poliment écoutés avant d'être remis au placard. Ils n'y font que de la figuration. » (Tolédano, 123, 124).

Finalement outre sa défense d'une médecine plus humaniste, il donne en exemple comme solution concrète l'apparition d'une nouvelle fonction, nécessaire en particulier pour l'accompagnement des malades chroniques, celle de coordinateur de soins, différent du médecin. Il précise : « C'est un exercice que les médecins généralistes font toute la journée, mais seulement autour de la pathologie, pas autour du patient, dans le cadre d'un système qui a été pensé pour la maladie et son traitement. » (Toledano, 128). Il ajoute : « Dans une bonne moitié des cas le médecin traitant n'a pas de réelle plus-value apportée. Son expertise, bien réelle, est inutile ; il pourrait même être amené à sur-diagnostiquer, à sur-prescrire, afin de se rendre utile, de ne pas renvoyer chez lui le patient sans que celui-ci ait le sentiment d'être écouté, compris, soigné. » (Toledano, 133).

Plus largement il appelle de ses vœux à une formation des médecins à cette écoute du malade, à cette attention à leur propre humanité de soignant qui passe à travers les émotions

⁶ Gilligan, C. (2019). Pourquoi le patriarcat, Flammarion. Citée par Toledano, 138.

évaluées dans l'entretien clinique, et à cet accompagnement intégratif de toutes les dimensions de la santé. (Toledano, 14).



Revue de lecture « Le sentiment de soi », G. Vigarello, 309p. (Cyril Drouot) :

Commençons par dire qu'il existe déjà plusieurs revues de lectures de cet ouvrage (au moins deux). J'ai donc décidé de m'adosser à ces premières productions pour nous aider à nous orienter dans cet ouvrage de 309 pages et y trouver quelques premières pistes de réflexion pertinentes autour de l'innovation, vis-à-vis du rapport au corps et de la manière de soigner ; et donc, par extension, aussi de la manière de former au soin. À cet effet, et en plus de cette nécessaire première phase de recherche des revues de lecture existantes, notre méthodologie d'étude a consisté à opérer par la suite une étude dite « balistique » de l'ouvrage (plutôt qu'exhaustive) – puisque cet ouvrage a déjà fait l'objet de plusieurs recensions – à l'aide, dans un premier temps, d'une recherche par mots clés pertinents, rendue possible grâce à l'existence de son e-book ; dont il serait dommage de se priver. Les items de recherches, sur l'ensemble du texte, relatifs à nos champs de recherche ont dès lors été les suivants (par ordre d'importance) vis-à-vis du nombre d'occurrences :

- **Nouveau** [13 occurrences pertinentes /88 – orange*]
- **Révolution** [3 occurrences pertinentes /16 – rose*]
- **Innovation** [2 occurrences pertinentes /2 – jaune*]

- **Relation** [4 occurrences pertinentes /24 – vert*]

- **Apprentissage et transmission** [2 occurrences pertinentes /2 – bleu*])

- *Novation* [0 occurrence]
- *Compétences* [0 occurrence]
- *Entretien* [0 occurrence]

(*couleurs des marqueurs « thématiques » dans le corpus d'extraits)

Faut-il aussi préciser que le thème de la santé étant omniprésent dans cette œuvre, il n'a pas semblé pertinent d'y associer des recherches par mots-clés ; dont les occurrences seraient beaucoup trop nombreuses pour être véritablement lisibles (du moins humainement).

Les extraits ainsi répertoriés et susceptibles de nous intéresser, nous ont permis : d'une part, de définir une trajectoire particulière de compréhension de l'ouvrage pour justement parvenir à reconstituer quelques morceaux du continuum historique en question ; et d'autre part, de cibler les chapitres, selon le nombre d'occurrences par mots-clés, qui seront à étudier plus particulièrement et de manière exhaustive dans un second temps d'étude afin ne pas adopter une démarche de recherche trop déterministe et conserver une certaine complexité d'analyse ; passant en l'occurrence par le croisement des différentes perspectives d'approches du texte. Ainsi compléterons-nous l'approche balistique par une recension des chapitres 1, 5 et 11.

Notre premier corpus d'étude se compose alors d'une sélection d'extraits de textes de l'ouvrage en question – disponible sur demande et composée d'environ 47 000 signes – et de deux recensions, l'une, publiée dans La Revue belge de philologie et d'histoire, coécrite en 2014 par Virgil Bru (Haute École de Louvain en Hainaut) & Jean-François Stoffel (Haute École de Namur-Liège-Luxembourg) et l'autre recension, réalisée par le linguiste germaniste

François Riether, menée lors de l'Atelier « Regards croisés » du 27 mars 2018 à l'Université populaire d'Avignon.

La première recension, relativement courte, fait d'abord état des grands objectifs de l'ouvrage. Il y est notamment dit que l'auteur

« s'intéresse à l'apparition de la notion de sentiment de soi. [qu'] Il part du constat selon lequel, dans les sociétés occidentales contemporaines, nous sommes extrêmement à l'écoute de notre corps (journal intime, méditation, technique de relaxation...), ce qui ne serait pas le cas à d'autres époques. Sa thèse est que cette différence découlerait d'une évolution de la perception du corps. Il se lance dès lors dans la tâche ardue, mais passionnante, de déterminer les origines de ce changement ».

Georges Vigarello va ainsi retracer dans une première partie s'étendant du XVIe au XVIIIe siècle, comment s'est opérée « une rupture dans le paradigme de la perception du corps », puis dans une deuxième partie, « consacrée au XIXe siècle, explorer les conséquences de cette nouvelle approche du corps. L'auteur montrera comment cet intérêt pour le "dedans" et cette invention des "sens internes" ouvrent un nouveau terrain d'investigation au sein duquel il ne s'agit plus seulement d'être attentif à ses sensations, mais de les tester et de les comprendre ». Dans la troisième partie, enfin, il montrera

« comment, au XXe siècle, cette vision psychologisée du corps aboutit à une recherche systématique de ces "sens internes" dans le but [...] de comprendre [...] [et] de mesurer leur sensibilité [...]. [Où] ces changements sont accompagnés par la découverte d'une partie non contrôlée du corps et non consciente de la psyché, aboutissant à la création de nouvelles pratiques ayant pour but le développement d'un meilleur contrôle et d'une meilleure compréhension du soi ».

Cette meilleure compréhension de soi se développe au travers de l'exploration de différents champs d'activités tels que la médecine, la littérature ou encore le théâtre, qui, selon l'auteur, critique, de cette première recension, ne sont cependant « jamais étudié [...] de manière exhaustive, mais en passant au contraire de l'un à l'autre sans autre raison que la poursuite du raisonnement de George Vigarello ». L'auteur de recension poursuit sa critique de l'ouvrage en évoquant le fait que son approche historique ne s'établisse que sur une période de temps ne remontant pas plus loin que la Renaissance. Ce qui est peut-être le point de plus dommageable de l'ouvrage... Cette deuxième critique nous permet néanmoins de d'ores et déjà faire le constat que l'histoire de la perception du corps et ses changements paradigmatiques sont au moins déjà vieux de plusieurs siècles. Et ainsi nous semble-t-il déjà possible d'entrevoir qu'il est alors étonnant que cette problématique autour des dispositifs pédagogiques d'apprentissages des compétences relationnelles se heurte encore à de nombreuses résistances (conscientisées ou non) quant à leur déploiement « sincère » – c'est-à-dire, un déploiement non seulement opérationnel, mais aussi effectif dans la pratique soignante.

La seconde recension, qui est celle de François Riether, précise d'emblée qui est Georges Vigarello : « né en 1941, diplômé d'EPS (1963) et agrégé de philosophie (1969). Sa thèse de 1977 portait comme titre *Le corps redressé, culture et pédagogie* ». Elle complète, pour ce qui nous intéresse, la première recension, en clarifiant notamment que le projet de Vigarello est de

« faire comprendre à l'individu contemporain que l'importance qu'il accorde à son corps en tant qu'espace physique et psychique, le lien opéré entre l'organique et le psychologique ont des racines lointaines (le XVIIIe siècle) et sont en relation avec l'affaiblissement de la croyance en Dieu et à l'immortalité de l'âme ».

Et cela tombe à point nommé puisque c'est aussi la tout le projet de cette première partie de communication, mais en resserrant l'étau autour des acteurs du champ de la santé, de leurs perceptions et de l'évolution de leurs croyances. Très concrètement, il s'agit d'acteurs tels que : les professionnels de santé mobilisés dans des dispositifs pédagogiques de type ECOS ou bien encore les enseignants-chercheurs en sciences de l'éducation, ainsi qu'en sciences de l'information et de la communication.

Riether synthétise ensuite l'une des idées centrales du premier chapitre de l'ouvrage, de la manière suivante :

« dans Le Rêve de D'Alembert (1769), [qui est un ouvrage écrit par Diderot faisant] dialogue[r] [de manière] imaginaire trois amis bien réels de Diderot, [...] [celui-ci] invente le terme « soi », il fait d'un pronom réfléchi un substantif qui va remplacer le mot « âme ». C'est plus qu'un artifice sémantique : pour Diderot, c'est « l'origine du réseau sensible », l'ensemble des sensations, émotions, mémorisées dans le corps et qui tissent l'histoire d'une vie. Diderot parle d'un sens interne [d'un sixième sens] qui assurerait la connexion entre les différents messages sensibles (l'expression « sixième sens » a été créée par Buffon dans un article de l'Encyclopédie). Diderot soutient aussi que chaque organe a des sensations et une volonté. »

Malgré les quelques critiques des Riether dressées autour de la lecture de Diderot par Vigarello, qui ne lui rendrait pas tout à fait hommage (2018 : 3), Riether fait ensuite part d'une comparaison particulièrement féconde vis-à-vis des racines du développement de la « conscience de soi » :

*« L'importance que donne Vigarello à la mutation opérée par la sensibilité au XVIIIe siècle semble judicieuse, comme est judicieux le titre donné à la première partie « une découverte d'être » : c.a.d. **la sensation comme fondement de l'identité**, de la conscience de soi. Il est à noter que pour décrire ce basculement de l'âme vers le corps comme fondement de l'identité, Vigarello s'appuie sur des textes des philosophes en rupture avec la tradition chrétienne, alors que Michel Foucault, faisant ce constat, 30 ans auparavant, dans « La Volonté de savoir », attribue ce changement de paradigme à la montée en puissance de la bourgeoisie qui va considérer son corps comme un trésor à entretenir et à transmettre en bon état ».*

D'une certaine manière, cette comparaison diachronique pour justifier les origines de la conscience de soi mettant en perspective la lecture « sensible » du corps par Vigarello, à celle plus « sociale » de Michel Foucault, qui est aussi très certainement plus répandue de nos jours en France (en tant que vision normative du corps dont la santé, l'hygiène, la descendance, la race, etc. sont les marqueurs d'une classe sociale d'appartenance)... nous permet d'entériner le fait, qu'au moins depuis le XVIIIe siècle, la société savante s'interroge sur la sensibilité des corps et que dans cette dynamique, il a été reconnu – en nous adossant à la citation qui va suivre – que lorsque le corps éprouve une sensation de souffrance, ce dernier n'a finalement que faire de la « religion » ou de la « classe » à laquelle il a plus récemment renvoyé de manière systématique, pour s'individuer (e.g. au sein de la bourgeoisie ou du prolétariat) et qui celui-ci semble plutôt préférer établir son identité (de corps malade ou vulnérable) sur les fondements du ressenti de sa propre personne. C'est ainsi ce que prouve Vigarello dans le passage suivant (p.149, emplacement 252 du e-book) :

« C'est d'abord la relation à la douleur elle-même qui semble se déplacer. La rupture [paradigmatique de la perception du corps] se perçoit dans un mot apparemment banal et pourtant notable prononcé par Talleyrand

en 1838. Jean-Pierre Peter évoque la scène : l'ancien ministre, opéré par Jean Cruveilhier d'un anthrax dans le dos, au niveau des vertèbres lombaires, supporte courageusement le scalpel dans les chairs, avant de s'adresser « avec hauteur » au chirurgien : « Savez-vous, monsieur, que vous me faites très mal ? » L'interpellation est directe, apparemment bénigne et pourtant décisive. L'homme d'État, appelé à supporter le scalpel sans broncher et à en être fier, agit ici autrement, rompt avec la tradition. Il s'indigne : de patient il devient sujet. D'où l'interjection, l'injonction dédaigneuse : la certitude, même, qu'une quasi-« incorrection » est commise, qu'un quasi-droit individuel est bafoué. Signe des temps, Talleyrand juge une limite fragile dépassée, comme il juge devoir l'exprimer. Les promesses de l'anesthésie sont dès lors plus fiévreusement recherchées. »

Ce ressentie, désormais au fondement de l'être – qui sait (s-a-i-t) désormais écouter son corps pour s'individuer – va susciter de nouveaux besoins en matière de « reconnaissance sociale » (Honneth), qui vont très largement dépasser les critères de reconnaissances des entités collectives historiques auxquelles ces corps renvoyaient et appartenaient de facto (telles que les communautés religieuses ou sociales). Ces nouveaux critères vont ainsi et notamment s'établir au sein des entités collectives du soin : c'est-à-dire les hôpitaux, qui vont, eux aussi, évoluer ; passant d'un organe religieux ayant pour mission l'hébergement des pauvres, à un organe public se concentrant sur les missions médicales.

Concrètement, il s'agit bien de ce tournant humaniste de la médecine amorcé au XIXe siècle dont on perçoit aujourd'hui encore et logiquement l'expression – au travers de patients semblant toujours davantage ressentir le besoin d'être entendus et écoutés dans l'élaboration d'un diagnostic – qui donne naissance, chez le soignant, au besoin voir à la nécessité, pour par exemple réussir à mettre en place un protocole de soin, de reconnaître que le corps de son patient n'est plus une extériorité corrélée à une « âme » – au sens religieux d'un « ailleurs » du corps –, mais plutôt corrélée à une très présente intériorité : le « soi ». C'est d'ailleurs tout le propos de Vigarello lorsqu'il dit que (Page 51 · Emplacement 815) :

« Reste une « extériorité » du corps ainsi décrit : seule l'âme, dans cet univers classique, est ce par quoi « je suis ce que je suis ». Le corps est toujours un « ailleurs », tenu à une insurmontable distance. L'intériorité physique n'est guère interrogée, hors les souffrances subies.

Ainsi venons-nous de terminer cette première partie d'étude « balistique » du texte, pour désormais pouvoir poursuivre notre développement en passant à l'étude plus conventionnelle des chapitres évoquées précédemment qui comportaient le plus d'occurrences vis-à-vis de nos mots-clés de recherche : les chapitres 1, 5 et 11 de l'ouvrage.

Le premier chapitre, qui s'intitule « Une tradition bousculée », possède un titre très évocateur de l'ambition de l'ouvrage à vouloir prouver que le XVIIIe siècle est un point de bascule dans l'histoire de la perception du corps. En suivant la trame de l'ouvrage, celui-ci ne sera alors plus une machine organique seulement capable de produire des informations à partir d'une communication avec les choses extérieures à lui, mais désormais bien une machine capable de produire des informations à partir d'une communication avec les choses se situant également en lui. C'est à partir de la notion de « sixième sens », déjà dans le répertoire sémantique d'André-François Boureau-Deslandes en 1748 – qui est un commissaire de la Marine, scientifique, philosophe et écrivain français – que Georges Vigarello justifiera son propos en indiquant que si jusqu'alors, les êtres humains ne se déterminaient qu'au travers de « cinq sens » (l'ouïe, l'odorat, le tact, la vue et le goût), comme s'ils « n'existaient que dans un point, sans ancrage ni épaisseur » (Vigarello, 2016 : 22), c'est bien un sixième sens « répandu dans tout le corps, [comme une] sensation générale et confuse » (*Ibid.* : 24) qui

semble permettre d'appréhender l'extérieur grâce au cinq premiers sens, jusque-là très « instrumentaux ». Ce sixième sens est par ailleurs particulièrement bien défini dans l'encyclopédie de Diderot, de la manière suivante :

« Je ferais de ces sensations une classe particulière, sous le nom de tact intérieur ou sixième sens, et j'y rangerai les douleurs qu'on ressent quelquefois dans l'intérieur des chairs... ; les nausées, le malaise qui précède l'évanouissement, la faim, la soif, l'émotion qui accompagne toutes les passions ; les frissonnements soit de douleur soit de volupté... » (Ibid. : 25)

Ainsi, passe-t-on d'une perception du corps où le « toucher » n'était qu'un simple *instrument* qui pouvait nous faire éprouver des sensations (agréables ou désagréables) dont la conscience était orienté vers l'extérieur pour donner du sens à ces sensations, à une perception du corps qui ne place donc plus « le cœur de l'individu » ou « l'être même de la personne » (*Ibid.* : 30) dans une extériorité religieuse ou sociale par laquelle l'intériorité (ou, pour le dire autrement et sans anachronisme, l'« âme ») était donc mise à distance du corps, pour replacer ce « cœur », cet « être », au centre de son corps. George Vigarello va ainsi poser les grands marqueurs historiques d'une révolution de la perception du corps, qui agit désormais comme une caisse de résonance – *i.e.* comme un sixième sens – et non plus comme un simple transmetteur (en tant que récepteur/émetteur) d'informations sur le monde extérieur à l'aide des seuls et isolés cinq premiers sens. Pour appuyer sa démonstration, l'auteur se réfère notamment à Denis Diderot, David Hume ou encore John Locke, qu'il cite pour parachever son argumentation, avec, notamment, la citation suivante de John Lock :

« l'âme, au commencement de son existence, est comme une table rase, sans idées, sans caractères [elle ne peut donc plus être, par exemple, le contenant d'un savoir immanent enhyposé par une puissance divine] et c'est par l'expérience seulement [et donc celle du corps au travers de ses « sens » dans une démarche exclusivement empirique] qu'elle acquiert un grand nombre d'idées et de connaissances qu'elle a dans la suite » (Goyard-Fabre, 1972 : 187),

(fin de citation) et qui constitue là, selon Vigarello (2016 : 30-31), une « première instance réflexive » résidant alors dans le fait que l'individu n'existe plus désormais « par les sens » qui, en tant qu'instrument, servaient à lui faire prendre conscience de son environnement, mais plutôt d' « exister comme conscience et comme esprit », c'est-à-dire d'exister avec une conscience de soi... Mais cette conscience de soi ne va pas aller de soi et va soulever une nouvelle question problématique, qui clôt le premier chapitre : celle de « la séparation persistante entre cette même conscience et le sensible » ; le sensible marquant la nouvelle frontière entre le dedans et le dehors du corps.

Le cinquième chapitre est intitulé « L'invention des sens internes ». Il explore la manière paradoxale dont le « sixième sens », tel que définie dans l'Encyclopédie (avec un E majuscule), va réussir à s'imposer dans un contexte de grand progrès de la médecine et d'éloignement de toutes références à l'âme (associée à la religion) grâce aux découvertes dans ce domaine au début du XIXe siècle. En effet, selon l'historien, c'est en avançant dans une démarche d'objectivité maximale s'éloignant au départ « totalement de ce que peut éprouver le patient » (*Ibid.* : 97), que cette même démarche, initialement centrée sur l'extériorité corporelle où le « dedans vu par le médecin n'est pas celui éprouvé par le patient », va finalement se révéler « plus ambivalente » – pour reprendre ses mots exactes – qu'elle n'y paraît et faire naître un espace inédit de discussion autour de « la subjectivité du malade, pour être étudiée comme elle ne l'avait jamais été jusque-là ». Sur ce dernier point, il semble

néanmoins important de préciser qu'il est difficile de comprendre finement, au travers de la lecture de ce chapitre, comment est-ce que cette médecine plus que jamais objective, va finalement permettre d'inverser la perspective pour redonner, plus que jamais également, de l'importance à l'interrogation du patient ! Une piste de réponse est néanmoins donnée en p. 99. Elle concerne la nécessité, au moins depuis 1827, pour ces nouveaux médecins ne confondant plus symptômes et signes, de trouver sur « le vivant ce que l'ouverture du cadavre pourrait indiquer » être la source objective d'une maladie.

Ainsi se développe-t-il par la suite et à la demande de certains médecins adhérant à ce qui s'appelle à l'époque « l'art d'observer », une mode à la rédaction par des patients de « journaux intimes » au sujet de leur vécu de la maladie, pour, d'une part, permettre au médecin de posséder le relevé le plus exhaustif possible des symptômes, et d'autre part, permettre aux patients de satisfaire un besoin de plus en plus grand d'écoute de soi-même. Ces derniers événements historiques nous permettent d'ailleurs de dresser un continuum très fort entre les pratiques médicales d'il y a deux siècles et celles – toujours – dites « innovantes » aujourd'hui et associées aux compétences relationnelles, telle que, par exemple, celle de la « médecine narrative » ; consistant, pour le dire rapidement, à faire écrire à son patient l'historique de sa maladie sans beaucoup plus d'autres consignes que celle-ci.

Enfin, l'auteur conclue ce chapitre avec une analogie – partagée dans la citation qui va suivre et – qui ne manque pas de bien marquer la disruption engagée au XIXe siècle dans le champ médicale, en citant Pierre Jean Georges Cabanis – qui est un médecin, physiologiste, philosophe et député français qui exerça jusqu'au tout début du XIXe – pour qui il existe « dans l'homme un autre homme intérieur » (Ibid. : 106) dans le sens où pour ce dernier, la formation de nos idées est conduite par la sensibilité organique, qui dirige aussi l'activité de nos organes, et donc la totalité de chaque être vivant : (la citation est la suivante)

« C'est bien la leçon de Cabanis. Le sens interne l'emporte, prolongement lointain du parti des Lumières, accompagné d'une vision nouvelle que l'individu se donne de lui-même : « Lorsqu'au cogito cartésien, et à la primauté de la pensée [« je pense donc je suis »], s'est substituée la primauté du sensible, "je sens donc je suis", le champ s'est ouvert à l'intimisme parce que la personne n'est plus conçue de la même manière. » Une enquête radicalement neuve peut ainsi se constituer ».

Le onzième et dernier chapitre de l'ouvrage est titré « Le triomphe du faire ». La moitié du chapitre est dédié à une description des nouvelles pratiques qui accompagnent l'émergence du sentiment de soi et qui vise à mieux être en relation avec soi-même ! C'est donc au travers d'avancées techniques et technologiques que vont se multiplier les occasions de décupler ses propres sensations, et par incidences la connaissance de son intériorité, désormais systématiquement stimulé par des actions nouvelles, n'ayant pour seul objectif que de mieux permettre le voyage intérieur. Vigarello va ainsi évoquer la fête foraine – phénomène nouveau datant du début du XXe siècle – pour faire allusion aux sentiments d'étourdissement et de vertiges qu'elles procurent, ainsi qu'à la perception nouvelle du monde que ces événements rendent possibles. Par exemple, percevoir le monde de manière oblique en marchant sur des plateformes inclinées. Il évoquera ensuite la démarche active consistant à devoir se sentir « détendu ». Il précise que ce mot, qui reflète un état plus propice à l'écoute de soi, n'est apparu que dans les dernières décennies du XIXe siècle. Il prend comme exemple de cette nouvelle pratique l'apparition d'une nouvelle forme de meuble en permettant plus d'efficacité dans ce domaine : le fauteuil – désormais rembourré, sur ressort, plus large et plus

long – permettant le plus rapidement possible d’atteindre cet état de détente nécessaire pour « s’éprouver physiquement » (Ibid. : 210) et tendre vers la « réparation, l’abandon, celui, surtout, de la sensation musculaire » (Ibid. : 212). De ce nouveau besoin de détente émerge alors – en outre des nouveaux équipements évoqués – de nouvelles pratiques de relaxation et de respiration, permettant encore de mieux y parvenir. Ainsi, ces nouvelles pratiques, je cite,

« renversent surtout de part en part le vieil univers classique des représentations organiques : non plus le théâtre des humeurs, figures des douleurs ou des passions, celles animant un corps demeuré "externe" mais la création d'un flux d'images coextensif au soi, censé coïncider avec lui, modulant ses états selon la manière dont il est consciemment orienté » (Ibid. : 215).

Dans les deux dernières sections de ce dernier chapitre, Vigarello évoque certaines limites de cette histoire de la perception du corps qui a, *in fine*, ni plus ni moins, permis de faire passer le corps de l’état solide à l’état gazeux, puisqu’il est désormais perçu selon le primat psychologique ; et non physiologique comme ce pu l’être avant les Lumières, ses découvertes et ses progrès, notamment dans le champ de la médecine. Il dresse ainsi comme principale limite à cette histoire, l’approche réductionniste qu’un tel renversement de perspective engage, avec comme principal écueil, celui de croire – ou du moins « faire croire » – que, je cite : « l’émergence d’un strict commandement intime, la référence à quelques paroles incantatoires, à quelques évocations insistantes et répétées » (Ibid. : 218) suffirait à « avoir confiance en soi [...], devenir fort [...], faire son chemin dans la vie » (Ibid. : 220).

Le risque associé à cette limite est alors celui d’une « orthopédie morale » de soi-même, dans le sens où cette nouvelle « culture de soi-même » *via* l’écoute, la compréhension et l’action sur soi-même, va engendrer, si ce n’est la « réussite personnelle » selon les mots de l’auteur (REF) de celles et ceux prenant ces nouvelles habitudes au fil de l’histoire, une volonté de transmettre cette *culture* – émergée de la découverte d’un *sixième sens* – aux générations suivantes qui, toujours selon l’auteur, devront alors compter sur ces nouvelles compétences (*i.e.* écouter, comprendre et agir en tenant désormais compte de ce *sixième sens*) pour réussir dans la vie et gravir l’ascenseur social ; auquel n’échappe donc pas les milieux professionnels de la santé qui héritent tout autant de cette nécessité naissante de s’acculturer aux exigences et pratiques de l’écoute, de la compréhension et de l’action – notamment psychologique – sur soi-même... comme avec l’autre !

Transformant par ce même biais le cheminement vers l’intérieur pour se *sentir mieux avec soi-même*, vers un cheminement à l’intérieur pour plutôt *mieux réussir dans la vie* et ainsi, surtout mieux *se sentir en compétition* avec les autres intériorités *via* une quête intarissable de la représentation de son corps (Ibid. : 223), ainsi devenu l’instrument et la « réflexion » (au sens de reflet – ici réflexif) de la volonté de soi-même. Cependant, ce phénomène culturel majeur du XXe siècle semble, rétrospectivement, être peut-être l’une des clés de compréhension de la difficulté actuelle que peuvent rencontrer les professionnels du soin pour « sincèrement » écouter, comprendre et agir sur soi-même comme avec un autre... En outre, mettre en œuvre des compétences relationnelles reposant sur une éthique du *Care* s’avère bien difficile quand l’autre, avant de faire médecine, n’a finalement pas cessé d’être vu comme un concurrent à sa propre réussite professionnelle et personnelle. Et par ailleurs, cette situation structurelle et inédite – telle qu’évoquée – de « compétition entre tous », semble finalement s’opposer, de fait, de manière assez frontale au principe fondateur et fondamental de non-malfaisance du Serment d’Hippocrate...

Pour conclure cette première partie de communication, il semble que la fin du propos de l'ouvrage de Vigarello ne puisse mieux tomber ! En effet, les dernières pages de l'ouvrage que nous venons d'étudier bouclent notre propos, car elles nous projettent aussi de manière très concrète dans le quotidien des étudiants en cursus en médecine, qui est donc désormais très compétitif (culturellement), très évaluatif (des compétences à acquérir) et aussi désormais très psychologique (et repoussant toujours les frontières des savoirs et savoir-faire à acquérir). Très concrètement, et dans la mesure où les corps étudiés et discutés entre pairs et avec les patients doivent, à l'aulnes de l'histoire que nous venons de convoquer, plus que jamais être traités avec égard et psychologies, les médecins doivent désormais aussi prendre en considération les sensations, les expériences et les sentiments des « âmes » que les corps qu'ils sont en face d'eux reflètent dans l'établissement de leur diagnostic. Et c'est justement là tout le sens de la réforme des études de médecine, avec l'arrivée des « compétences relationnelles » dans les grappes de compétences à acquérir et évaluer. À ces titres, le cursus universitaire de médecine est là, une très belle illustration, de cet ensemble historique d'« idées décisives et durables » (Ibid. : 223) sur la perception du corps selon Vigarello.

Aussi, espérons-nous avoir ainsi pu tisser, plus finement, certaines des coutures apparemment manquantes dans une histoire communément admise au sein du champ médical sur la perception du corps ; puisque, de fait, semblant amnésique d'un continuum historique de certaines pratiques médicales vieilles d'au moins deux siècles et illustrant les progrès d'une médecine historiquement fondée sur une réflexion médicale dialoguant sans cesse entre une « médecine par la preuve » (*i.e.* recherchant l'objectivité et l'efficacité) et une « médecine empirique » (*i.e.* recherchant par une approche plus subjective ce qu'il n'est peut-être pas encore objectivable par la preuve).

Ou bien alors, autre hypothèse de réflexion en guise de deuxième option de conclusion, ouverte au débat bien évidemment : est-ce qu'à défaut de cette lacune historique au sein du corps médical, il s'agirait plutôt d'une stratégie choisie d'invisibilisation de ce continuum historique pour mieux le poursuivre, en répondant à l'exigence contemporaine de financement et d'autorisation de mise en œuvre des projets : c'est-à-dire, l'exigence d'innovation... ? Ou bien enfin, si l'on renverse la vapeur, est-ce que cette dernière nécessité d'innover en permanence ne serait-elle pas à l'origine, non pas d'une invisibilisation choisie, mais d'un effet d'occultation de la réalité sociohistorique... qui, de toute évidence, ne semble pas véritablement jouer en faveur du continuum historique évoqué... puisque cet effet d'occultation semble potentiellement source permanente de résistances en tous genres.

Enfin, et pour justifier de telles hypothèses, nous pouvons nous adosser, à titre d'exemple, à au texte fondateur du « modèle de Montréal », publié dans la première partie d'un ouvrage intitulé « Nouveaux rôles et [donc, "nouvelles"] compétences des patients », qui, au prisme de notre grille de lecture, semble ainsi pris au piège, d'une certaine manière, de cette novlangue, en s'adossant à la rhétorique de l'innovation.

*« Depuis 2010, un **nouveau** modèle relationnel, basé sur le partenariat entre les patients et les professionnels de la santé, a été développé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Ce modèle de partenariat patient s'appuie sur la reconnaissance des savoirs expérientiels du patient, issus de la vie avec la maladie, et complémentaires des savoirs scientifiques des professionnels de la santé. Il s'inscrit dans un continuum d'engagement des patients et peut s'appliquer dans les milieux de soins, de la formation des professionnels, de l'enseignement et de la recherche. » (Pomey, Flora et al., 2014 : 41)*

Et d'une certaine manière encore, et ce sont les mots de la fin, en précisant s'inscrire dans un « continuum de l'engagement des patients », il est dit à demi-mot que ce nouveau modèle n'est peut-être pas si nouveau... La question reste bien évidemment aussi en suspens et sujette à discussion.

Merci de m'avoir écouté.