

# Approche phénoménologique de l'expérience corporelle

HUBERT WYKRETOWICZ<sup>a</sup> et MICHAEL SARAGA<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2018; 14: 317-9

**La phénoménologie invite le clinicien à s'intéresser, non seulement au corps du malade tel qu'il peut l'appréhender de façon objective, non seulement à la vie psychique du malade et notamment à ses représentations et craintes portant sur son corps, mais aussi au corps du malade en tant que celui-ci le vit, ce que nous appelons «l'expérience corporelle».**

## A phenomenological approach of bodily experience

*Phenomenology suggests that the clinician should not only focus on the patient's body as it can be objectively grasped, and not only on the patient's inner, psychic world, notably the representations and fears about the body, but should also explore the patient's body as it is experienced and lived, what we call the «bodily experience».*

## INTRODUCTION

En s'appuyant notamment sur les apports de l'anthropologie médicale, la médecine «centrée sur le patient» propose de distinguer *disease*, la maladie telle qu'elle apparaît au médecin, et *illness*, la maladie telle qu'elle est vécue par le patient.<sup>1</sup> L'intention, louable, est surtout de rappeler au médecin que la maladie ne devrait pas se réduire à un événement objectivable affectant un corps lui aussi objectivable; elle est encore un événement existentiel, touchant la subjectivité du patient. Néanmoins, cet article veut souligner une limite de cette approche, qui apparaît lorsqu'on examine la façon dont elle propose de prendre en compte cette *illness*. L'Institute of Medicine nord-américain définissait en 2001 le «patient-centered care» comme une approche «respectueuse des, et répondant aux, préférences, besoins et valeurs du patient».<sup>2</sup> Dans les textes cherchant à définir en quoi consiste, dans la consultation, la tâche d'explorer la *illness*, on suggère par exemple de rechercher les «attentes, émotions et craintes».<sup>3</sup> Ainsi, l'accent est surtout mis, d'une part, sur les représentations du patient au sujet des causes et conséquences de la maladie, et d'autre part sur ses valeurs ou préférences en termes de prise en charge. En creux, se dessine la figure double d'un patient pris dans ses croyances personnelles ou

culturelles, et d'un citoyen dont les valeurs doivent être respectées. Or, selon nous, si ces aspects ont leur importance, il y a quelque chose de réducteur à saisir ainsi la maladie comme événement désincarné, en laissant d'une certaine façon le corps entièrement au médecin, et en ne reconnaissant au patient que le droit d'en penser ou d'en croire quelque chose. Ce qui manque, c'est une reconnaissance de l'expérience de la maladie en tant qu'elle affecte le patient dans son expérience corporelle propre. Dans cet article, nous nous appuyons sur les contributions de la phénoménologie pour proposer aux cliniciens quelques points de repère pour aborder, avec le patient, cette expérience.

## PHÉNOMÉNOLOGIE DU CORPS

La phénoménologie<sup>b</sup> enseigne à distinguer le «corps objet» du «corps propre»:

- par «corps objet» (*Körper* en allemand), on entend le corps saisi en 3<sup>e</sup> personne, de l'extérieur, par exemple comme un assemblage de processus physiques et chimiques, de cellules et d'organes;
- par «corps propre» (*Leib*), on entend le corps tel qu'il est vécu par le sujet de l'intérieur de son expérience corporelle elle-même.

Précisions que ce «corps propre» ne doit pas être confondu avec «l'image corporelle» ou les «représentations» qui, aussi subjectives soient-elles, ne relèvent pas de l'expérience du corps propre, telle qu'elle se révèle par exemple dans la marche, la manipulation des objets ou le sentir en général.

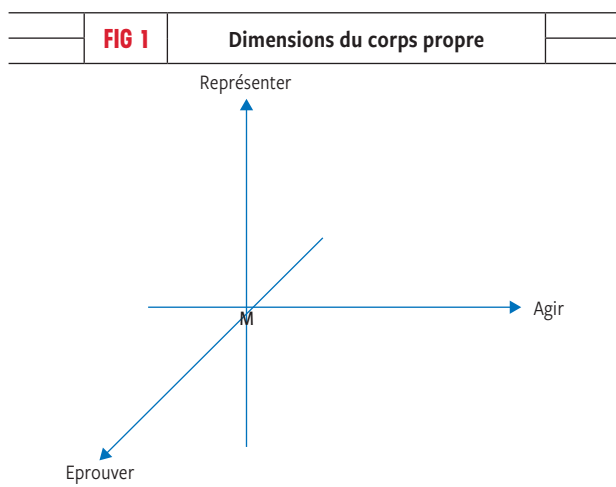
## Le corps comme vecteur d'intégration

Le «corps propre» désigne le corps en tant qu'il est un vecteur de ma participation et de mon engagement dans un milieu donné. Il s'agit d'un instrument sur lequel je compte d'emblée dans l'ensemble de mes activités quotidiennes (marcher, jouer, parler, travailler, percevoir, sentir, etc.) et qui assure *ma complicité* avec l'environnement. Il représente en ce sens une sorte de «clé» d'accès au monde.

On parle aujourd'hui d'*embodied cognition* pour désigner le rôle structurant du corps dans l'expérience vécue, en deçà de l'activité de l'esprit à proprement parler. En effet, avant que l'esprit n'entre en scène, mon corps détermine d'emblée pour moi quelque chose comme un milieu de vie, il me situe au sein d'un espace vital organisé selon des coordonnées vitales et affectives telles que par exemple devant/derrrière, proche/lointain (ici/là/là-bas), familier/étranger, facile/difficile, plaisant/déplaisant, attirant/repoussant.

<sup>a</sup>Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne hubert.wyk@gmail.com

<sup>b</sup>Phénoménologie: école philosophique fondée au début du XX<sup>e</sup> siècle dont l'influence sera prépondérante en psychiatrie et en psychologie (Jaspers, Minkowski, Binswanger, Piaget, Parnas, Sass, Bovet, etc.) comme dans d'autres disciplines des sciences humaines (histoire, études littéraires, linguistique, anthropologie, ethnologie, sociologie).



### Trois dimensions de l'intégration

Le corps propre me situe selon trois dimensions essentielles, *affective, pratique et cognitive*.

- Avant que je dirige mon corps délibérément en fonction de buts réfléchis, mes sens me font éprouver et découvrir des valeurs dans mon milieu: il y a ici des bruits qui me dérangent dans mon travail, là une odeur qui éveille mon appétit, là-bas un visage rassurant. Je suis non indifférent à mon milieu.
- Cette expérience affective favorise mon ancrage pratique dans l'environnement. Me voici en train de fermer la fenêtre pour étouffer les bruits de la rue, de manipuler une fourchette pour goûter une tranche de ce gâteau, de tendre ma main pour saluer ce visage familial. Faire l'expérience subjective de son corps, c'est faire l'expérience d'un pouvoir d'action sur les choses.
- Enfin, mon corps est un outil d'identification nécessaire pour toute appréhension cognitive, me permettant par exemple de reconnaître le bruit qui m'importune, l'odeur qui m'attire ou le visage qui m'apaise (ceci est une voiture qui passe, etc.)

Éprouver, agir ou identifier sont des phénomènes qui présupposent toujours la mobilité du corps: pouvoir de se déplacer, de tourner autour de l'objet, de s'avancer vers cette odeur attirante, de saisir tel ou tel objet, etc. Le mouvement est avant tout un pouvoir expansif, celui de s'investir au milieu des êtres et des choses (désigné dans la **figure 1** par l'origine «M»).

### Le répertoire corporel

Le corps, dans ces trois dimensions intégratives, assure au sujet, dans le quotidien, une accommodation à, et une assimilation de, l'environnement – pour reprendre la terminologie de Piaget.<sup>4</sup> Nous développons ainsi, au fil du temps, tout une série d'aptitudes qui *enrichissent notre répertoire corporel affectif, pratique et représentationnel*: attraper une balle, manipuler une fourchette, danser, frapper un coup droit, pratiquer l'exécution d'un kyste, etc.

### La transparence du corps

L'intégration se fait le mieux quand mon corps se maintient à l'*arrière-plan* de mon attention. Plus on cherche à «moni-

torer» consciemment son corps, plus les mouvements sont fastidieux et l'ajustement emprunté. Watzlawick évoque quelque part l'histoire du mille-pattes auquel une fourmi faisait remarquer comme il était admirable de réussir à coordonner toutes ces pattes dans un même mouvement, et qui s'emmêle aussitôt les pieds. L'ajustement corporel à la situation n'est jamais aussi efficace que lorsqu'il se fait en quelque sorte de lui-même, sans qu'il soit nécessaire d'y prêter attention.

### L'unité vécue du corps

Enfin, le corps propre, contrairement à la représentation du corps, est de l'ordre d'une *unité vécue*. Aussi étrange que cela puisse paraître, nous n'avons pas de représentation unifiée de notre corps: nous nous représentons telle partie, tel membre, voire nos organes internes, *mais nous ne nous voyons jamais en entier, alors que nous nous vivons de l'intérieur toujours comme une unité*.

## POUR UNE APPROCHE DE L'ÉCOLOGIE CORPORELLE DU PATIENT

La phénoménologie invite ainsi le clinicien à compléter son investigation du corps-objet et du monde psychique du patient par une exploration de son «écologie corporelle», c'est-à-dire par un souci de la *réhabilitation* de son expérience corporelle.

Considérons à titre d'exemple l'expérience corporelle d'un sujet souffrant de sclérose en plaques

Le corps dont se plaint le patient n'est pas le corps qu'ausculte son neurologue. *Au sens strict*, il est faux de dire que le patient souffre d'une «détérioration de sa myéline» ou d'un «déficit du releveur du pied gauche» par exemple. En réalité, le sujet souffre de difficultés pratiques, comme se lever de son lit, se rendre dans la salle de bain, vider ses ordures, prendre le bus, etc. Le sujet se plaint de ne plus pouvoir compter avec son corps dans ses activités quotidiennes et de devoir, au contraire, affronter son corps comme un obstacle permanent à son engagement dans la vie.

La considération de «l'écologie corporelle» du patient permet de prêter attention *moins au déficit des facultés qu'à la manière dont l'environnement du patient se réorganise dans la maladie*. Toute pathologie qui touche le corps produit un rétrécissement du milieu vital, selon des directions affectives, pratiques, voire représentationnelles.

En ce qui concerne les maladies curables, un tel rétrécissement est une réponse adaptative essentielle: l'organisme trouve ainsi un milieu favorable à la récupération (rester chez soi, ne plus sortir du lit, dormir, etc.). Dans le cas de pathologies chroniques, ce rétrécissement est une défense vitale qui présente en même temps un danger. Notre patient qualifie de «prison dorée» l'environnement qu'il a progressivement et spontanément mis en place suite à la maladie. S'il a pu aménager un environnement et des habitudes relativement confortables, il a vu se restreindre, sans même s'en rendre compte, tout un domaine d'activités, de comportements et d'espaces.

Dans la perspective d'une écologie corporelle, l'idée n'est pas d'amener le sujet à intégrer une nouvelle image de son corps et de son handicap, lui permettant de «faire le deuil» de son ancienne vie. L'enjeu consiste plutôt à s'intéresser aux possibilités de «faire avec» son handicap en fonction de la réorganisation de sa situation personnelle.

- On privilégiera ainsi l'investigation avec le patient des stratégies corporelles spontanément *maintenues* ou *inventées* par le patient lui-même pour compenser les déficits plutôt que l'objectivation des déficits eux-mêmes. En effet, les patients présentent d'innombrables ressources personnelles qui passent souvent inaperçues parce que le regard se porte d'emblée sur les déficits. Ces ressources compensatoires vont de stratégies corporelles locales, comme se servir de la vue pour diriger ses membres, jusqu'à des pratiques comportementales et sociales plus générales, comme réorganiser son intérieur en fonction des nouvelles coordonnées vitales adaptées au handicap, ou investir de nouveaux secteurs de vie délaissés, voire ignorés.
- La médecine somatique (orthopédie, neurologie, traumatologie) permet déjà de mettre l'accent sur le versant pratique de l'écologie corporelle du sujet (rééducation physique, neuroréhabilitation, etc.). L'écologie corporelle enseigne, pour sa part, à considérer l'apathie, l'anhédonie ou l'indifférence affective du sujet souffrant de SEP comme les symptômes d'un appauvrissement affectif du milieu de vie. Car, à force d'atténuer les exigences pratiques de son milieu proportionnellement à la diminution de ses capacités physiques, le sujet risque une *atténuation de son élan vital*. Le patient invente certes de nouvelles aptitudes fonctionnelles et pratiques, mais ce comportement opératoire peut cacher un appauvrissement affectif qui, sur le long terme, favorisera la diminution de son appétit de vie.

## CONCLUSION

### Le patient comme un «tout»

Souffrir de son corps c'est souffrir vis-à-vis du monde. Cela implique un désordre pratique au moins autant qu'affectif. Ne

plus pouvoir bouger, se mouvoir avec peine, ne plus sentir certaines parties de son corps sont autant de vécus corporels qui contribuent à constituer le monde du patient comme un monde hostile et peuplé d'obstacles, et par conséquent peu engageant. L'apathie, l'anhédonie, l'indifférence ou les épisodes dépressifs que l'on rencontre fréquemment chez les malades chroniques en situation de handicap ne sont pas que des états mentaux subjectifs parasites qui accompagnent le dérèglement corporel objectif. Ce sont autant de *réponses objectives à un appauvrissement du milieu de vie* auquel il convient de prêter attention si l'on veut pouvoir agir.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'approche phénoménologique invite à investiguer la façon dont le patient fait l'expérience de son corps, et notamment les modifications de cette expérience que produit la maladie
- Le clinicien devrait, notamment en cas de maladie chronique, explorer l'écologie corporelle du patient, à savoir la façon dont, à partir de son expérience corporelle affectée par la maladie, il réaménage son monde

1 \* Reading A. Illness and disease. Med Clin North Am 1977;61:703-10.

2 Institute of Medicine (US) Committee on quality of health care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21<sup>st</sup> century. Washington, DC: National Academies Press, 2001.

3 \* Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, et al. The patient-cen-

tred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Practice 1986;3:24-30.

4 Piaget J. Six études de psychologie. Genève: Editions Gonthier, 1964.

\* à lire

\*\* à lire absolument