

« On ne peut apprendre rapidement la médecine »

Education du sujet et pratiques corporelles de soin

Alexandre Klein



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/leportique/1011>

DOI : [10.4000/leportique.1011](https://doi.org/10.4000/leportique.1011)

ISSN : 1777-5280

Éditeur

Association "Les Amis du Portique"

Référence électronique

Alexandre Klein, « « On ne peut apprendre rapidement la médecine » », *Le Portique* [En ligne], e-Portique, mis en ligne le 28 juin 2007, consulté le 10 septembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/leportique/1011> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/leportique.1011>

Ce document a été généré automatiquement le 10 septembre 2022.

Tous droits réservés

« On ne peut apprendre rapidement la médecine »

Education du sujet et pratiques corporelles de soin

Alexandre Klein

- 1 La maladie médicale¹ a pris, au cours du 20^{ème} siècle, la forme d'une scission majeure entre les malades et les médecins. L'opposition des deux logiques (logique technologique et logique du sujet) qui traversent la médecine contemporaine s'est incarnée dans les discours et les positions des acteurs de l'activité médicale. Tandis que la médecine tendait vers la technologisation, la scientificité et l'objectivité de son savoir, les malades demandaient à leurs interlocuteurs d'intégrer les paramètres subjectifs qui les définissaient : représentations de la maladie et de la santé, ressentis, vécus, angoisses de l'avenir, etc. Les malades demandent au médecin de regarder au-delà et en deçà de la maladie pour les voir comme malade et, parallèlement, les médecins redoublent d'efforts pour assurer l'objectivité et l'efficacité de leurs sciences afin de toucher du doigt l'infailibilité tant demandée par les soignés. Telle est, semble-t-il, la crise que vit la médecine aujourd'hui.
- 2 Face à ce hiatus² qui divise les acteurs de la médecine, la nécessaire intersubjectivité de l'activité de soin est mise en question et demande donc à être interrogée. Pour ce faire, nous suivrons, tout d'abord, la prise d'autonomie et de parole du soi-gné (sujet soigné) qui spécifie la médecine contemporaine ; puis, l'approche des limites de l'autoréflexivité nous permettra de questionner la figure du soi-gnant (sujet soignant) dans sa constitution face à cet Autre à qui il doit le soin. En explorant les limites de la réflexivité clinique, nous chercherons ainsi dans les figures subjectives du soignant et du soigné les conditions de possibilités de leur interaction en vue du soin.
Autonomie du malade Modèles d'autonomie : approches épistémologiques
- 3 Dans sa thèse de doctorat de 1974, Evelyne Aziza-Shuster mettait en lumière les deux thèmes majeurs d'appréhension historiques de la prise d'autonomie du malade : les thèmes du médecin de soi-même et de la médecine sans médecin. Par cette distinction conceptuelle, elle nous offrait ainsi une grille de lecture de l'autonomisation du malade et de la mise en question des rapports soignant-soigné-médecine qui en découle. Nous

pouvons, avec Bernard Andrieu, résumer ainsi ces deux courants : « Le naturisme médical [...] suppose que Dieu ou la Nature a disposé dans le corps des remèdes suffisant à la guérison de toutes les maladies. La connaissance de la nature suffirait pour remédier aux dérèglements naturels. A l'inverse la médecine sans médecin, surtout développée à partir du XVI^e siècle, définit l'usager comme acteur et le malade comme expert »³.

- 4 Là où avec le médecin de soi-même, le malade était l'individuation d'une nature guérisseuse, avec les médecines sans médecin, l'accent est véritablement mis sur la prise d'autonomie, l'action d'autonomie du malade comme sujet actif. Non que la natura medicatrix rende le malade passif ainsi qu'a voulu le faire croire la médecine expectante, mais c'est là de son propre chef et par ses propres actions que le malade se soigne et non en favorisant le pouvoir de guérison de son organisme.
- 5 Bien qu'explicitant le rapport du sujet à sa santé dans une médiation soit divine ou naturelle, soit d'ordre médical⁴, ces deux catégories ne permettent pas de lire les intentions du sujet qui pratique l'auto-médecine, ni de décrire certains comportements modernes dont la particularité est d'annihiler toute médiation, faisant du sujet malade, l'origine et l'arrivée de la pratique de santé. En effet, les pratiques d'auto-médecine qui se multiplient aujourd'hui semblent appartenir à un ordre bien différent. Non loin de la médecine sans médecin et de la médecine domestique et vulgaire qui en dérivent, des pratiques comme l'automédication, le régime, ou l'exercice physique se présentent aujourd'hui comme des tentatives du sujet d'entretenir, de valoriser, ou de rétablir sa santé, de manière autonome, voire solitaire. Loin de tenter une pratique autonome de la médecine en place pour outrepasser la figure du médecin, le sujet moderne envisage sa santé au cœur de sa propre sphère égologique, et comme objet de ses propres lois⁵. La problématique contemporaine de l'automédication, qui défraye régulièrement les chroniques médicales publiques ou spécialisées, nous offre une fenêtre d'observation de ces pratiques et donc une possibilité de précision de notre propos.

Automédication et auto-médecine

- 6 En 1974, la sortie du Guide des médicaments les plus courants par le Dr Pradal bouleversa l'opinion publique en offrant au plus grand nombre un savoir jusqu'alors réservé à certains spécialistes. Conscient des critiques et remous qu'allait provoquer son livre, le Dr Pradal expose les raisons de l'écriture de cette ouvrage : « Nous avons considéré avant tout que la vérité sur l'objet consommé, la vérité entière et sans camouflage, est un droit imprescriptible du consommateur. »⁶. Bien qu'il précise, dans le même paragraphe les réserves nécessaires à l'objet médicament, sa singularité de marchandise, c'est bien l'argument de droit, attendant directement à la contractualisation légale et pénale de la relation de soin, qui justifie cette accès à des données précises sur les médicaments. On retrouve la même idée dans la ligne éditoriale du journal *Alternative Santé*, issu de *l'Impatient*⁷, magazine créé autour du Dr Pradal à la sortie de son ouvrage : le magazine se définit comme « un mensuel engagé au service des consommateurs de soins médicaux et des professionnels de la santé ». En France, c'est l'un des principaux médias d'information et de promotion sur les différentes approches de la médecine non-conventionnelle, dite aussi médecine douce ou alternative.
- 7 On aperçoit ici que l'automédication repose aujourd'hui sur une logique consumériste⁸, généralement acquise, selon laquelle chaque pathologie correspond une pilule, et qu'il suffit d'acquérir le bon médicament, autrement dit le médicament correspondant à la

pathologie, pour se soigner. Ainsi, une fois la correspondance médicament/ maladie connue, la maladie est quasiment guérie. Derrière cette vision réduite de l'activité de soin et de la logique thérapeutique, cette rationalisation extrême de la médication que F. Dagognet⁹ a dénoncée, se cache une double idéologie dominante : l'autonomisation comme libération du sujet et l'immédiateté du rapport à l'environnement par l'objectivation marchande. C'est donc moins du côté de la pratique en elle-même (l'automédication a semble-t-il toujours existé¹⁰) que de l'individu, de son rapport à lui-même et au monde, que cet exemple nous dirige.

- 8 Le sujet contemporain se veut source et fin de toute action, « comme maître et possesseur » de son environnement avec Descartes, il est devenu maître et possesseur de son être, de sa direction, de son existence et de sa santé avec les Lumières et leur mouvement de constitution de la liberté sur le socle de l'autonomie. Se dicter ses propres lois est désormais acte de liberté. Ainsi armée de ce socle idéologique, la quête de la santé, de son entretien, de sa valorisation, devient une préoccupation première du sujet, une préoccupation qui ne regarde que lui, qui est entièrement entre ses mains, puisqu'elle touche à un champ exclusivement subjectif et essentiellement individuel: le bien-être¹¹. Il est ainsi libre de se soigner seul, d'acquérir par lui-même les informations nécessaires à cette tâche pour pouvoir la réaliser de manière autonome, il en a quasiment le devoir.
- 9 On voit se dessiner ici le modèle du médecin de son corps constitué par B. Andrieu. Celui-ci nous fait remarquer que depuis les années 70, les deux courants, les deux thèmes du médecin de soi-même et de la médecine sans médecin se sont désormais fondés dans un même modèle, moderne, celui du médecin de son corps. Ce nouveau modèle met l'accent sur la modification de son propre corps par le sujet, et dans ce cadre, la guérison n'est qu'une forme naturellement nécessaire de modification de soi. « En devenant médecin de soi-même, il faut étudier la constitution du sujet en objet pour lui-même, la maladie devenant un objet de vérification et de contrôle de soi par soi. »¹². Le médecin de soi-même repose sur une conception absolutiste de la liberté du sujet pour lui-même qui s'obtient par l'adhésion à l'idéologie de la libération du corps. La validité de ce modèle ne résolve pourtant pas tous les problèmes. Rien de plus légitime pour le sujet que rechercher lui-même la santé et donc de pratiquer l'automédecine. Cependant, les dérives de ses pratiques révèlent les dangers d'un tel comportement et les limites de cette tendance individuelle et sociale du sujet. Ainsi l'automédication qui, aujourd'hui, est une préoccupation centrale des pouvoirs politiques et institutionnels au vu des « erreurs », voire des morts, qu'elle provoque. La croyance moderne en un sujet médicalement autonome montre donc ses limites sans révéler ses failles. L'immédiateté qui s'est établie entre le soigné et le soin est une pratique contraire à l'essence même de l'activité de soin mais elle répond à certaines attentes d'une majorité de sujets guidés par la croyance en une libération de soi. L'autonomie en santé semble donc une exigence tant nécessaire que délicate. L'histoire avait d'ailleurs mis en avant ce problème, principalement au cours du 19^{ème} siècle, qui fut tant l'époque d'une véritable révolution médicale que le lieu d'apparition d'une forme affirmée d'autonomie face à la santé. C'est que nous allons voir avec l'étude rapide de l'hypochondriaque.

L'exemple de l'hypocondrie : de l'autonomie à l'erreur

- 10 L'hypochondriaque est le cas par excellence pour les médecins qui interrogent leur pratique, un cas d'école des traités de « philosophie » de la médecine. Mais c'est, plus

subtilement dans le traitement dont elle fit l'objet à l'aube du 19^{ème} siècle, que se trouve explicitées concrètement les limites de la réflexivité clinique et les dérives dangereuses de l'auto-médecine qui y sont liées.

- 11 L'hypocondrie est actuellement associée au fait de s'inventer des pathologies, réellement ressenties ou non, mais à la fin du 18^{ème} siècle, elle reste le pendant de l'hystérie comme maladie mentale. C'est finalement, dans les tentatives de distinction nosologique de ces deux entités, la qualification psychosomatique de l'hypocondrie qui est mise en avant : s'imaginant avoir une maladie, les hypocondriaques finissent, tant du fait de leurs actions contre cette maladie imaginaire, que du simple fait de leur auto-persuasion, par développer des symptômes physiques, d'une maladie qui n'étaient précédemment que fantasmée, imaginée. Dans son mémoire, gagnant du prix de la Société de médecine de Bordeaux, Frédéric Dubois d'Amiens décrit pas à pas la constitution du sujet hypocondriaque et fait cette singulière remarque : la lecture des traités de médecine est une « fatale épreuve »¹³ aux effets dévastateurs participant pleinement de la transformation d'une inquiétude sur son propre état en une lésion physique pouvant menée, parfois, à la mort. Jean-Pierre Falret précise cette idée dans son traité De l'hypochondrie et du suicide :

La lecture des ouvrages de médecine donne lieu plus souvent encore chez les gens du monde à l'hypochondrie. Elle a pour résultat ordinaire de les porter à examiner avec plus de soin le jeu de leurs organes, et au moindre trouble, et souvent même dans un état de santé parfaite, à l'aide de fausses interprétations, ils jugent être atteints des maladies les plus graves dont ils ont lu la description.¹⁴

- 12 L'autonomie du soigné montre ses limites dès le stade du savoir, avant même toute action thérapeutique. Le savoir médical ne fait pas le médecin. L'immédiateté qui qualifie le rapport du soigné au savoir médical montre ici ses dangers. L'acquisition brute du savoir théorique ne permet pas l'autonomie médicale du malade, au contraire, elle cause ici sa perte. Le soignant est un sujet de savoir, mais aussi et surtout de jugement, et comme le rappelle le fameux Premier Aphorisme d'Hippocrate, c'est un art délicat. Le diagnostic et le traitement ne sont pas le résultat de l'application directe des catégories objectives de la nosographie au cas individuel en présence, c'est une juste et lente appréciation de la spécificité du cas individuel à la lumière des connaissances théoriques de la médecine et surtout du ressenti, de l'expérience, bref du vécu du médecin.
- 13 Ainsi, un sujet n'ayant pas reçu une formation, une éducation adéquate à la délicate opération du diagnostic, peut, sous le voile illusoire d'une certitude inhérente à l'objectivité du savoir médical, tendre non vers la guérison mais vers l'aggravation de son cas. Jean-Jacques Rousseau, célèbre hypocondriaque, narre parfaitement les risques attendants à l'acquisition d'un savoir médical dénué de tout instrument de lecture et de compréhension, dans un passage des Confessions :

Cependant ma santé ne se rétablissait pas, j'étais pâle comme un mort, et maigre comme un squelette ; mes battements d'artères était terribles, etc. Pour m'achever, ayant fait entrer un peu de physiologie dans mes lectures, je me mis à étudier l'anatomie ; et, passant en revue la multitude et le jeu des pièces qui composent ma machine, je m'attendais à sentir détraquer tout cela vingt fois le jour. Loin d'être étonné de me trouver mourant, je l'étais que je pusse encore vivre, et je ne lisais pas la description d'une maladie que je ne crusse la mienne. Je suis sûr que si je n'avais pas été malade, je le serais devenu par cette fatale étude. Trouvant dans chaque maladie les symptômes de la mienne, je croyais les avoir toutes, et j'en gagnai par-dessus une bien plus cruelle encore, dont je m'étais cru délivré : la fantaisie de

guérir. C'en est une difficile à éviter quand on se met à lire des livres de médecine. A force de chercher, de réfléchir, de comparer, j'aurais imaginé que la base de mon mal était un polype au cœur, et un médecin lui-même parut frappé de cette idée [...] je tendis tous les ressorts de mon esprit pour chercher comment on pourrait guérir d'un polype du cœur, résolu d'entreprendre cette merveilleuse cure »¹⁵

14 Le diagnostic est le résultat d'une multitude de variables allant de la connaissance livresque, de l'expérience, du ressenti subjectif du médecin, etc. L'autonomie marque ici ses limites, puisque la pratique médicale requiert une forme d'expérience que le malade qui se soigne lui-même n'a pas. De plus, il est intéressant de noter, le cas de l'hypochondrie l'exemplifie parfaitement, que le malade ne peut même pas obtenir une connaissance certaine et complète de lui-même. L'impossibilité de l'objectivation complète de soi maintient la distance du soi médecin au médecin de soi-même. L'accès, à la première personne, de la vérité de soi reste un idéal. Le malade ne peut se situer dans une « distance spéculative [à lui-même] qui lui permettrait [comme le fait le médecin] de saisir la maladie comme un processus objectif se déroulant en lui, sans lui »¹⁶. Il n'y a donc pas d'immédiateté de la médecine car l'accès à une connaissance objective de soi par soi reste impossible. La volonté du malade d'être sujet de lui-même dans la maladie comme dans la guérison reste donc un espoir vain.

15 C'est en fait l'essence même de la médecine que ces tentatives d'autonomie du malade, d'autoréflexivité clinique, interrogent. Ensemble de sciences appliquées selon Canguilhem¹⁷, elle n'en est pas pour autant un corpus scientifique ou un savoir objectif en « pack » que l'on peut appliquer dès qu'on le possède. La clé de sa compréhension se situe donc dans la pratique, au plus prêt des praticiens en action. Le malade se soignant seul est un technicien, un expert, mais reste loin de la figure du praticien, car il n'a pas incorporé la pratique de la médecine.

Education du médecin L'incorporation comme un mode de constitution du soi-gnant

16 On ne naît pas médecin. Actuellement, en France, un diplôme clôt le cycle d'enseignement en médecine, offrant la possibilité aux élèves soit de poursuivre une spécialisation, soit de pratiquer en tant que médecin. Le médecin est qualifié avant tout par un diplôme, un titre. Chaque élève qui sort de la faculté de médecine est donc médecin de droit. Pourtant, on constate chaque jour que la reconnaissance du bon médecin va au plus expérimenté, à ceux qui ont le plus pratiqué. L'expérience de terrain apparaît donc plus qualifiante aux yeux des malades. Bien que l'enseignement de la médecine soit tant pratique que théorique, il semble que le médecin de fait soit praticien, le bon médecin ayant, de plus, le gain de la longue expérience. L'acte de soigner exige un savoir-faire qui ne s'acquiert que dans le temps, par la répétition et l'exercice, à l'image des étudiants en chirurgie s'entraînant à suturer sur des pieds de porc. La figure du soignant est un ensemble complexe de postures, de gestes, de tact, de maintien, d'élocution, de confiance et d'assurance, et cela ne fait pas partie de l'enseignement obligatoire. C'est une éducation corporelle propre à l'expérience de terrain, aux contacts avec les malades, les histoires, c'est la confrontation d'un ensemble d'acquis scolaires à une réalité concrète bien plus floue, complexe et contingente. L'art comme la sagesse ne s'enseigne pas¹⁸ nous rappelle Hippocrate, d'où la réelle difficulté attenante à l'apprentissage de la médecine. Devenir un bon médecin demande de l'expérience, de l'entraînement, une ascèse (au sens grec d'ensemble d'exercices [askêsis]). Dans la médecine hippocratique, le disciple est ainsi à l'image d'une plante qui avec le temps grandit, s'épanouit pour finalement produire des fruits à maturité.

Celui qui est destiné à acquérir des connaissances réelles en médecine a besoin de réunir les conditions suivantes : enseignement ; lieu favorable ; instruction dès l'enfance ; amour du travail ; longue application. Avant tout il est besoin de dispositions naturelles. Tout est vain quand on veut forcer la nature [...]. Il faut en outre consacrer au travail un long temps, afin que l'enseignement, jetant de profondes racines, porte des fruits heureux et abondants.

Telle, en effet, est la culture des plantes, tel, l'enseignement de la médecine [...] le temps fortifie toute chose jusqu'à maturité.¹⁹

- 17 Ainsi, bien plus que l'acquisition d'un savoir théorique, le médecin doit s'exercer, tant pour habituer sa main²⁰ que sa présence, son contact au malade, son humanité²¹. « Il n'est pas possible d'apprendre vite la médecine »²². La possession parfaite, la maîtrise nécessitée par la difficulté de l'art médical – que rappelle le célèbre premier aphorisme²³ – ne peut être accomplie que par l'incorporation des différentes activités constitutives de l'art. Ce sont les exercices, la répétition des pratiques qui, devenant habitudes, « expérience », permettent cette incorporation de la médecine.
- 18 L'incorporation des qualités de soignant modèle ainsi le corps même du sujet à l'image et l'intention de l'activité de soin. Au-delà de son caractère sacerdotal, la médecine s'inscrit littéralement dans le corps des médecins. Le praticien est modifié par sa pratique: elle développe leur maîtrise des situations complexes et produit des savoirs spécifiques incorporés sous forme de compétences²⁴. Le médecin incarne la médecine, parce que certains de gestes de soins sont devenus, par souci d'efficacité dans l'urgence, automatiques, incorporés, et d'autre part au sens où il représente physiquement, aux yeux du malade, la médecine, il doit donc en représenter concrètement les qualités, de confiance, d'écoute, de tact, etc. La médecine, ce sont des médecins, des sujets soignants, autrement dit, un savoir incarné, ou mieux une chair savante !
- L'intersubjectivité de la pratique médicale
- 19 Mais la médecine n'est pas sans malade, c'est pour cette raison qu'il ne faut pas chercher dans l'un ou l'autre des acteurs la clé épistémologique de la compréhension de cette discipline, mais dans l'essentielle intersubjectivité qui en forme le cœur.
- 20 La réalisation de l'acte de soin comme pratique implique une altérité, un soignant incarné, autre, et ce pour deux raisons : d'une part, parce que la médecine implique nécessairement la présence d'un autre (l'étymologie rapporte d'ailleurs la médecine à la médiation), l'établissement d'une situation intersubjective pour se déployer, et d'autre part, parce que l'acquisition du savoir et des techniques médicales par un sujet ne fait pas de lui un médecin. Ainsi des limites de l'autonomie médicale à la nécessaire éducation corporelle du médecin, c'est l'essence même de la médecine qu'il nous faut ici repenser. Le hiatus entre les acteurs cache en fait un problème épistémologique de fond : le fait que la médecine soit une pratique, entre science et art, et que sa quête d'objectivité se heurte à la subjectivité de son objet.
- 21 Soigner comme prendre soin, c'est avant tout soigner quelqu'un : la médecine n'est pas qu'une science appliquée, un savoir mis en acte par un ensemble de techniques. La médecine est une activité de soin, un ensemble de pratiques qui dépasse la simple union d'un savoir et d'un savoir-faire.
- 22 La maladie apparaît chez un individu au sein même de son existence, elle s'accorde avec elle. L'histoire de la maladie que le médecin doit retracer pour mieux la cerner, la comprendre et la soigner s'inscrit dans l'histoire individuelle du soigné que le médecin doit alors prendre en compte. Or, l'histoire individuelle est linéaire: on ne peut revenir

sur les expériences vécues. Ainsi, c'est l'existence entière du sujet que la maladie atteint et modifie. On vit différemment après une maladie: ce slogan qui pourrait appartenir à une campagne contre le cancer ou le sida reflète une réalité essentielle de la notion de maladie: c'est une expérience irréversible. La problématique de la blessure chez les sportifs de haut niveau explicite parfaitement ce point : la rééducation suivant une fracture vise plus l'adaptation du sujet à sa nouvelle histoire du corps, il s'agit de réapprendre à se servir au mieux de son corps suite à l'accident et non à retrouver les mêmes performances, car le cadre même d'appréhension de ces performances, à changer. Le terme de réadaptation prend alors tout son sens. L'histoire, le vécu du malade forme donc le cadre de réalisation de l'acte de soin, le qualifiant dès lors comme un ensemble nécessairement cohérent pour être efficace.

- 23 . Pour reprendre les termes de Canguilhem, la guérison n'est pas un retour à l'innocence biologique. Guérir n'équivaut pas à revenir à un état antérieur de vie que l'on qualifie de sain. La santé est un processus, un équilibre à maintenir constamment, et non un état fixe et objectivement déterminé. Dès lors, rétablir la santé revient à créer un nouvel équilibre en intégrant l'épisode existentiel de la maladie. Ainsi que l'exemple de l'hypocondrie le met en lumière, soigner une maladie équivaut à offrir au malade une vie nouvelle, sans douleur et maladie, bien plus que simplement faire disparaître la douleur par un médicament ou ôter chirurgicalement un tissu lésé.
- 24 Cette réalité contingente de l'objet-sujet, cette singularité qui fait le quotidien des soignants, est au fondement de la médecine certainement avant l'objectivité du savoir médical. L'acte de soin envers un sujet malade est un ensemble cohérent, toujours unique et nécessitant bien plus qu'un savoir théorique, objectif et général. Soigner un sujet est donc un acte toujours unique et nécessitant une vision globale de la situation, une approche holistique²⁵, il faut prendre le point de vue de l'existence du sujet. Ce n'est donc que face à l'histoire singulière du malade que le savoir médical prend son sens pour permettre l'acte de soin.
- 25 Et c'est in fine le sujet qui assure la cohérence, l'unité du soin : le soigné en s'affirmant, au-delà de la qualification d'objet du soin, comme conditions de possibilité de réalisation d'un potentiel de soin en puissance et le soignant comme sujet du soin et conditions de possibilité d'un rééquilibre d'une existence en acte. Les contours de l'activité médicale se dessinent dès lors au sein des événements contingents qui rythment cette rencontre intersubjective. La relation intersubjective médicale se particularise dès lors selon deux critères principaux : la visée intentionnelle de soin d'un autre sujet et les positions et qualifications des sujets pour la réalisation de ce but. Le fameux triangle hippocratique²⁶ reste un modèle apparemment toujours efficace. En plaçant au cœur de l'art médical les acteurs de cette histoire, il a scellé à jamais l'essence de l'activité médicale dans l'ordre de la coopération entre sujets, de l'humanisme, au sens plein du terme.
- 26
- 27 Pour conclure, on constate que de l'auto-information médicale à l'automédication, le sujet, bien qu'autonome, reste dans la position d'un malade, autrement dit, que le soigné ne devient jamais soignant car il ne peut se désincarner de sa position, de sa condition subjective. Le soignant lui apparaît comme le résultat d'une incorporation, de différents modes de subjectivation, de pratiques qui le façonnent sujet soignant. Ainsi, chacun n'existe, dans sa position de sujet, que par rapport à l'autre : il n'y a de médecin et de malade que parce qu'il y a une intersubjectivité, une médiation, uniquement

parce que l'un assigne sa place à l'autre. Dès lors, l'éducation au soin se présente comme une tentative de reconnaissance de l'Autre comme la condition nécessaire à la construction de sa propre subjectivité, comme un ensemble de techniques visant l'acquisition de pratiques propres à la réception et au soin de soi et de l'autre. Bref, l'éducation au soin permet la constitution du sujet, la subjectivation de l'individu dans la position de soignant ou de soigné, par la prise de conscience du rapport essentiel à l'altérité qui nous constitue comme sujet. Elle révèle que toute subjectivité est essentiellement intersubjectivité.

NOTES

1. Lebrun, *De la maladie médicale*, De bœck, 1993.
2. Les raisons de cette scission sont nombreuses ; la plus classique est certainement le rapport que la médecine contemporaine entretient avec sciences biologiques. Les acquisitions des sciences biologiques, qui sont au fondement de la médecine, se sont, en effet, constituées en rupture avec toute idée de sujet, de personne. Dans le cadre d'une biologie devenue physicochimique et moléculaire, l'individu est devenu un amas d'atomes en interactions. La contractualisation des rapports soignants-soignés peut être une autre cause : la relation médicale moderne a pris la forme d'un contrat de soin régit par des normes juridiques et pénales, transformant ainsi la confiance nécessaire à la relation médicale en une méfiance (voire une défiance) empoisonnant l'activité médicale toute entière. Cependant, il n'est pas de notre propos de lister ou d'opérer une analyse critique des raisons de cette évolution de la médecine, nous souhaitons au contraire désamorcer cet état de fait en déplaçant les points de problématisation. Il ne s'agit pas de clouer l'essor de la technique au pilori des bonnes intentions humanistes afin de faire place nette au sujet, mais bien plus de faire cohabiter des aspects inséparables de l'activité de soin.
3. Andrieu, B., *Le médecin de son corps*, Paris, PUF, 1999, p. 7.
4. La médecine sans médecin induit bien la présence d'un savoir médicale, d'une référence médicale entre le sujet et lui-même. L'acte, bien qu'autodéterminé et auto-réalisé, reste un acte médical.
5. Outre la référence cartésienne, nous pensons évidemment ici à Rousseau qui reprendra cette qualification pour fonder sa politique du contrat social.
6. Pradal, H., *Guide des médicaments les plus courants*, Seuil, 1974
7. *Alternative santé* est un magazine mensuel français consacré à la santé et à la médecine. Il est édité par une coopérative de journalistes regroupés au sein de la société coopérative Regain Santé. Créé en 1977 sous le nom de *L'Impatient*, par une équipe réunie autour du Dr Pradal, il a changé de nom en novembre 2003.
8. Au sens large de rapport de consommation de l'être aux choses.
9. Dagognet, F., *La raison et les remèdes*, PUF, 1964.
10. C'est pour contrer, entre autres, cette éventualité qu'Hippocrate conseillait aux médecins de laisser un élève au lit du malade pour le surveiller et suivre l'après de

l'acte de soin, autrement dit, pour assurer le suivi du malade dans l'ensemble de l'acte médical. *De la bienséance*, Littré IX, p. 243, §17.

11. Cette nouvelle considération de la santé a été institutionnalisée au cours du 20^{ième} siècle avec la création de l'OMS.

12. Andrieu, B., *op.cit.*, p. 8.

13. Dubois d'Amiens, F., *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie* [1830], Paris, 1833, Deville Cavellin, p. 131.

14. Falret, J.-P., *De l'hypochondrie et du suicide*, 1822, p. 390.

15. Dubois d'Amiens, F., *op.cit.*, p. 126-128. Le passage de Rousseau cité, découpé et souligné par Dubois est extrait des *Confessions*, partie I, livre VI, GF, 1968, p.285-287. Nous soulignons.

16. Foucault, M., *Maladie mentale et psychologie*, 1954, Paris, PUF, 2005, p. 56.

17. Canguilhem, G., « Le statut épistémologique de la médecine », *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernantes vivants et la vie*, Vrin, 2002 (7^{ième} édition), p. 413-428.

18. Hippocrate, *De la bienséance*, 4, Littré IX, p. 231 : « Savoir user dans la sagesse et dans l'art, ne s'enseigne pas ».

19. Hippocrate, *La Loi*, 2-3, Littré IX, p. 639-641.

20. Hippocrate, *Des vents*, 1, Littré VI, p. 91 : « L'habitude est pour la main le meilleur enseignement »

21. Hippocrate, *Préceptes*, 6, Littré IX, p. 259 : « là où est l'amour des hommes est aussi l'amour de l'art ».

22. Hippocrate, *Des lieux dans l'homme*, 41, 1, Littré VI, p. 331, trad. R. Joly, CUF, p. 70

23. Hippocrate, *Aphorismes*, 1, Littré IV, p. 459 : « La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile »

24. Zapata, A., « Pratique », Andrieu, B., *Le Dictionnaire du corps en SHS*, Editions du CNRS, 2006, p. 390.

25. Le qualificatif de holistique est désormais connoté du côté des médecines alternatives, c'est ici au sens le plus essentiel que nous l'utilisons : l'acte de soin à l'image du soigné est un tout qui excède l'ensemble de ses parties.

26. Hippocrate, *Epidémies I*, 5, Littré II, p. 637 L'art se compose de trois termes: la maladie, le malade et le médecin. Le médecin est le desservant de l'art ; il faut que le malade aide le médecin à combattre la maladie.

RÉSUMÉS

L'injonction hippocratique d'une pratique lentement incarnée fait actuellement écho aux demandes d'auto-médecine et d'autonomie appuyée du malade (guide de santé, automédications, médecins douces et parallèles) comme aux tentatives de désincarnation de l'acte médical (robotisation, virtualisation du soin). La scission entre les demandes et objectifs des malades d'une part et des médecins de l'autre interrogent l'intersubjectivité de la pratique de soin.

Entre ces deux expressions extrêmes des traditions instrumentale et clinico-humaniste, le médecin s'affirme sous la coupe du *kaïros* : elle est juste milieu et juste mesure du subjectif de son objet(-sujet) et de l'objectivité visée par son approche, ses méthodes et réflexions

scientifiques. Le hiatus actuel demande donc à être dépassé, repensé, déplacé : il s'agit, dans une perspective toute stengersienne, de démobiliser les opposants, de dépassionner le débat par la problématisation de la question sous un angle nouveau, irénique ; et ce, afin de désenclaver des questionnements aporétiques car immobiles.

A partir d'une analyse de la prise d'autonomie du soi-gné (vulgarisation, démocratisation du savoir médical, éloignement progressif des médecins), nous pourrions aborder la nécessité d'une éducation corporelle du soin pour le médecin et entrevoir l'incorporation qui régit la médecine comme pratique. Nous serons ainsi en mesure d'interroger les limites de la réflexivité clinique au cœur d'une praxis fondée sur la communauté intersubjective.

AUTEUR

ALEXANDRE KLEIN

Doctorant en philosophie ACCORPS/ LHSP Archives H. Poincaré UMR 7117/ CNRS
Chercheur Archives A. Binet Université Nancy 2 Alexandre.Klein@univ-nancy2.fr