

L'approche phénoménologique en médecine

JEAN-FRANÇOIS PERRIER, *Université Laval*

Résumé

La médecine, en tant que science, fait sien le dualisme cartésien qui sépare radicalement le corps et la conscience. Ce faisant, son objet est le corps au sens de l'anatomie ou de la physiologie et elle rejette la dimension expérientielle de la maladie. La phénoménologie permet de dépasser ce dualisme en insistant sur le fait que nous ne sommes jamais qu'un simple corps physique. Selon Merleau-Ponty, le corps et la conscience sont toujours en rapport de réciprocité et de conditionnalité, tant et si bien que la distinction entre le somatique et le psychique ne saurait être maintenue dans sa pureté. C'est la notion «d'être-au-monde» qui permet cette articulation et de penser l'expérience de la maladie en y dégageant les traits eidétiques, notamment dans le rapport du malade à sa spatialité et à sa temporalité.

1. Introduction

Nous aimerions exposer dans ce texte comment et en quoi la phénoménologie peut être utile lorsque nous devons définir les concepts de «santé» et de «maladie»¹. En s'intéressant de près à la philosophie de la médecine, nous constatons que deux courants s'imposent et s'affrontent et qui, parfois, se synthétisent dans une approche «hybride»². La première approche est dite naturaliste³. L'approche naturaliste conçoit la maladie comme un concept objectif, c'est-à-dire comme étant dénué de jugement de valeur. Nous entendons par jugement de valeur une intervention qui déborderait la simple factualité. La maladie est en ce sens réduite à des faits physiques, à une dysfonction biologique, qui à eux seuls peuvent expliquer la maladie. À l'inverse, l'approche normativiste défend l'idée que le concept de «maladie» repose de part en part

sur des jugements de valeur et que pour comprendre la maladie nous devons nous interroger sur la manière dont une société perçoit la personne malade (Engelhardt). Nous nous intéresserons dans ce texte uniquement à l'insuffisance de l'approche naturaliste⁴.

L'approche naturaliste en médecine s'inscrit dans le paradigme cartésien selon lequel le corps est extrinsèque au Je (ou au soi)⁵. Nous entendons par le «Je» ou le «soi» l'unité de l'expérience d'une conscience, le fait que celle-ci fait l'expérience de ceci ou de cela de façon toujours sienne, qu'elle ne se saisit pas comme un flux de vécus, mais qu'elle demeure la même dans son activité et sa passivité⁶: «En se constituant par une genèse active propre comme le substrat identique des propriétés permanentes du je, le je se constitue aussi ultérieurement comme moi personnel *qui se tient et se maintient* [...]»⁷. Le corps est compris comme une machine susceptible d'interventions que nous pouvons cartographier en ses différentes parties, que nous pouvons réparer et supprimer au besoin⁸. Bien que cette approche fonctionne et donne des résultats intéressants, il n'en reste pas moins qu'elle contribue à déshumaniser la maladie en se concentrant uniquement sur des données factuelles, parfois abstraites et quantitatives. Nous pouvons peut-être expliquer cette motivation de la médecine à rejeter l'expérience subjective de la maladie comme un moyen de se donner une définition claire de son objet: le corps humain en tant que mécanisme. C'est pourquoi elle s'appuie sur la physiologie et la biologie⁹. À cet égard, la personnalité du patient et son expérience de la maladie s'avèrent non pertinentes pour comprendre la maladie. En procédant de cette manière, le message du médecin est que la maladie (*disease*) compte, mais que la l'expérience de la maladie (*illness*) ne compte pas¹⁰. Cela a pour conséquence que le patient et le médecin ne parlent pas le même langage et les conduits à un désaccord fondamental sur la nature de la maladie¹¹.

Nous pensons que s'intéresser au processus à la première personne – et non pas uniquement à la troisième personne comme le fait l'approche scientifique (et normativiste) –, permet d'analyser rigoureusement l'expérience de la maladie comme expérience vécue. Comme le souligne S. Kay Toombs, il ne s'agit pas uniquement de

différents niveaux de savoir entre quelqu'un qui connaît beaucoup, le médecin, et quelqu'un qui en sait beaucoup moins, le patient¹². Bien au contraire, la description phénoménologique permet, en analysant l'expérience vécue, de dégager des caractéristiques eidétiques, à savoir des constantes essentielles dans toute manifestation particulière de la maladie¹³. Il ne s'en suit donc pas un relativisme, mais bien une meilleure compréhension de la maladie. C'est pourquoi il ne s'agit pas non plus de réfuter le naturalisme, mais bien de «l'augmenter», comme le suggère Havi Carel, en démontrant son insuffisance¹⁴ qui se manifeste dans la relation entre le médecin et le patient. Le premier s'intéresse aux données biomédicales et pathophysiologiques dans le processus d'une maladie particulière, tandis que le second se préoccupe plutôt des conséquences existentielles de la maladie. «Augmenter» l'approche naturaliste signifie donc élaborer une perspective rigoureuse sur la maladie d'un point de vue subjectif, celui du patient, afin de montrer que la déshumanisation de la maladie élude une des parties essentielles de ce qu'est la maladie : l'expérience vécue charnelle.

Dans ce texte, nous chercherons à montrer dans un premier temps que la phénoménologie impose de penser le corps physique et la chair ensemble¹⁵, que les deux s'entre-appartiennent. Si dans la santé les deux coïncident dans l'harmonie, à l'inverse, dans la maladie, il y a un décalage, voire une rupture qui mène à une modification ontologique de l'individu et de son monde. Cela nous contraint à dire qu'une modification du corps implique toujours une modification du soi. La médecine devrait ainsi abandonner le dualisme cartésien, en ceci que la compréhension de la maladie en termes naturalistes évacue la compréhension intuitive qui permet de saisir l'expérience d'autrui¹⁶. Réduire le patient à son corps physique consiste à nier l'expérience que nous faisons au quotidien en tant que sujet unique dans un monde et contribue à une plus grande aliénation du patient à l'égard de son corps. Dans un deuxième temps, il nous faut montrer que s'appuyer sur l'expérience de la maladie ne correspond pas à la rendre simplement subjective, c'est-à-dire contingente et relative, mais qu'il est possible d'exposer des constantes – des traits eidétiques – qui sous-tendent toutes les expériences de la maladie.

Pour ce faire, nous analyserons la spatialité et la temporalité du malade. Dans un dernier temps, il nous faut comprendre de façon globale la maladie et ainsi dépasser l'abîme qui s'instaure entre le patient et le médecin. Du même coup, la phénoménologie acquiert des vertus pratique, théorique et thérapeutique qui peuvent se déployer dans la pratique clinique.

2. La distinction entre corps physique et chair

Comme nous venons de le souligner, la médecine ne saurait être humaine que si elle prend en charge le corps et la chair du patient, qui forment un tout¹⁷. Il ne s'agit pas seulement d'ajouter *a posteriori* quelques caractéristiques humaines à la détermination biologique comme s'il s'agissait là de quelque chose de contingent. Bien plutôt, il faut penser le corps physique dans son étroite relation avec l'expérience vécue. Edmund Husserl a thématiqué, dans les *Ideen II*¹⁸, ce que nous traduisons par chair (*Leib*). D'une part, l'expérience «externe» est l'expérience physique des choses matérielles et, d'autre part, l'expérience psychique est l'expérience des réalités psychiques¹⁹. L'exemple insigne de Husserl afin de caractériser ces deux expériences est celui de la main²⁰. Lorsque nous touchons la main gauche à l'aide de la main droite, nous avons des apparences de l'ordre du toucher, nous avons des sensations. À partir de ces sensations, nous sommes en mesure d'objectiver certaines caractéristiques de la main gauche : chaleur, froideur, rugosité, etc. Ainsi, les sensations produites ont une certaine localisation et, par conséquent, se distinguent des autres endroits de la corporéité qui se phénoménalisent. Toutefois, lorsque nous considérons la main gauche comme une chose physique, nous considérons qu'elle n'a pas de sensation. Le rapport à notre corps est donc double : nous avons à la fois un rapport physique à la main, mais aussi un rapport ressenti «sur» lui et «en» lui. La main possède donc des sensations kinesthésiques et elle est source de présentification, nous percevons. Lorsque la main touche, elle possède des sensations localisées, mais qui ne se constituent pas pour autant comme ses propriétés ; elle est *chair*. «Si je les y ajoute [les sensations], il n'est alors nullement question de dire que la chose physique s'enrichit, mais bien *qu'elle*

*devient chair, qu'elle sent.*²¹ » Par conséquent, la chose physique est le soubassement de la chair et est dans un rapport de co-appréhension et de conditionnalité²².

Maurice Merleau-Ponty, quant à lui, souligne qu'il ne nous serait pas possible de comprendre la fonction du corps vivant sans avoir à l'accomplir d'une quelconque manière nous-mêmes²³. À strictement parler, nous n'avons pas un corps, nous sommes un corps. Ce qu'il faut comprendre de cette description est que le corps est toujours incarné (*embodied*), il est au monde (*enworlded*)²⁴. En d'autres termes, il faut arriver à comprendre comment les déterminants psychiques et les conditions physiques s'incorporent les uns avec les autres. Pour ce faire, Merleau-Ponty recourt à l'exemple du membre fantôme afin de montrer qu'il ne saurait y avoir ni explication purement psychique ni explication purement physiologique : « on ne conçoit pas comment le membre fantôme, s'il dépend de conditions physiologiques et s'il est à ce titre l'effet d'une causalité en troisième personne, peut *pour une autre part* relever de l'histoire personnelle du malade, de ses souvenirs, de ses émotions ou de ses volontés²⁵ ». La réduction de la maladie à un processus objectif et factuel, plus précisément à une lésion corporelle ou à un dysfonctionnement biologique, tout en excluant la teneur expérientielle, conduit à une objectivation du corps qui ne correspond pas à l'expérience que nous en faisons.

Que signifie être « incarné » et dire que l'homme est « être-au-monde » ? Puisque nous ne sommes jamais qu'un simple corps parmi d'autres, mais que notre corps est toujours ce à partir de quoi nous faisons l'expérience du monde, nous sommes contraints de dire que la sensibilité est ce par quoi le monde se révèle à nous : « *From the point of view of my experience of the world, to perceive something is necessarily to be related to it by means of my body*²⁶ ». Prenons, par exemple, la question des réflexes. Selon Merleau-Ponty, les réflexes ne sont jamais des processus aveugles, ou encore des faits objectifs, en ceci que les réflexes témoignent de l'orientation du corps vers un milieu de comportement. Autrement dit, le réflexe n'est pas purement une réaction face à un stimulus objectif, il faut plutôt dire qu'il investit le stimulus afin de faire naître une situation particulière²⁷. L'objet est en ce sens un pôle d'action qui prescrit une

situation particulière et sur lequel l'organisme doit se résoudre. Le monde est un champ de significations dans lequel la chair parvient à avoir des intentions habituelles, c'est-à-dire qu'un objet ne se donne jamais de façon neutre, il est toujours déjà quelque chose qui se comprend, se manipule ou s'utilise²⁸. La perception sensible est ainsi toujours déjà chargée de significations. Ces significations ne sont ni réflexives ni prédicatives. En conséquence de quoi le corps humain ne saurait se réduire à une simple chose physique ; en tant que chair, nous sommes toujours engagés dans le monde par la perception. En d'autres termes, il ne s'agit pas purement et simplement d'un rapport mécanique, le corps humain projette lui-même les normes de son milieu et c'est lui qui pose les termes « de son problème vital²⁹ ».

Ce dialogue du corps avec son environnement ne signifie pas qu'il s'agit de quelque chose de rationnel ou de conceptuel, ce n'est pas un Je pense, mais cela plutôt un Je peux. Havi Carel souligne à juste titre que pour Merleau-Ponty le corps est la condition de toute subjectivité : la conscience se fait corps³⁰. Si le corps peut recevoir des déterminations objectives comme celles du poids, de la mesure ou encore être décrit comme une chose physique, il n'en reste pas moins qu'il n'est pas une simple chose physique qui se trouve là dans l'espace objectif. La manière dont le sujet fait l'expérience de l'objet, en le thématissant (scientifiquement, philosophiquement, etc.), constitue la configuration par laquelle l'objet se donne³¹. Cet argument permet de montrer le caractère dérivé de toute objectivation. L'objectivation doit reposer sur quelque chose de plus fondamental. Ce n'est qu'à partir du corps, en tant que corps qui est spatial et qui spatialise, qu'il peut y avoir un espace objectif : « *Locations and perceptions are immediately apprehended in relation to my bodily placement without being made explicit. Beneath objective space is a primitive spatiality of the body*³² ». Husserl avait bien décrit cette caractéristique de la chair. C'est un des traits eidétiques de celle-ci : la chair est un « ici » absolu. Selon lui, la chair n'est pas à proprement parler dans l'espace, est un point zéro d'orientation, c'est-à-dire qu'elle est « spatialisante » et qu'il n'est pas possible de nous éloigner d'elle. Par exemple, afin de pouvoir dire que nous sommes ici dès maintenant, dans la classe, au sens objectif, il faut que nous ayons le

«ici» en chair et en os. Ainsi, Husserl peut dégager une tripartition de l'espace des choses du monde qui ouvre le monde vécu : la proximité (je peux saisir l'objet), le lointain relatif (je peux me déplacer afin d'atteindre l'objet) et le lointain absolu (quelque chose d'inaccessible). Il ne saurait y avoir de chose qui se phénoménalise hors de cette tripartition de l'espace et, donc, sans la chair. Ces relations entre le corps, la chair et le monde forment ce que Zaner et Toombs nomment la «*contexture*³³». Par ce concept, ils soulignent que le corps est une totalité, que chaque mouvement exécuté implique nécessairement un changement d'attitude globale (sensoriel, moteur, émotif) : «*it is as fundamental feature of embodiment that it is a part/whole, a "unity-in-difference" phenomenon at every level*³⁴». Par exemple, il serait possible de dire que la rougeur et le froncement des sourcils indiquent la colère. Toutefois, cela serait erroné, car le froncement des sourcils et la rougeur *sont*, pour Merleau-Ponty, la colère. Cette unité du corps dans sa différence permet une image corporelle dynamique qui se caractérise par une connaissance totale de ma position dans le monde. C'est grâce à cette identité corporelle que le soi a une identité, que nous faisons l'expérience de notre corps en tant que corps dans un monde.

3. La maladie comme réduction phénoménologique

Pour résumer, le corps biologique est le corps en tant qu'objet et la chair est l'expérience à la première personne de ce corps biologique. Lorsque l'organisme est en santé, ces «deux» corps coïncident dans l'harmonie. Autrement dit, il y a un accord entre le corps biologique et l'expérience subjective que nous en faisons³⁵. Comme nous allons le voir dans cette section, dès le moment où quelque chose ne va plus avec le corps biologique, nous commençons à le remarquer. Cela correspond à une loi phénoménologique que Heidegger avait bien mise en évidence : l'outil ou la machine – ou le corps – passent inaperçus tant et aussi longtemps qu'il fonctionne adéquatement. Canguilhem dira à son tour que l'effraction révèle la norme. L'outil est transparent dans son fonctionnement vers une fin donnée : la main qui cloue disparaît dans l'acte de clouer. Lorsque l'outil se brise il se montre tel qu'il est et pour ce qu'il est, «telle est la phénoménalité de

l'usuel, que sa visibilité croît en proportion inverse de son utilité³⁶». Sans cette loi phénoménologique, il serait impossible de vivre serein, voire en santé.

Toutefois, le corps n'est pas un outil ou une machine et c'est la raison pour laquelle son dysfonctionnement est intimement lié à notre bien-être³⁷. Le corps physique ne saurait être purement distingué de la chair et, en ce sens, nous ne pouvons le remplacer aussi facilement qu'un outil. L'incarnation et l'être-au-monde de la chair permettent de comprendre dans toute sa radicalité ce qui peut se modifier lorsque le corps est malade. La maladie, en ce sens, révèle de façon violente la véritable constitution de la nature de notre existence et c'est pourquoi elle est une réduction phénoménologique³⁸. La maladie, en tant que telle, sort le malade de l'attitude naturelle dans laquelle il se meut de prime abord et le plus souvent.

Qu'est-ce que l'expérience de la maladie? D'un point de vue phénoménologique, le patient ne fait pas de prime abord et le plus souvent l'expérience de la maladie en tant que dysfonctionnement mécanique du corps biologique. Plus fondamentalement, le malade fait l'expérience de la dissolution de son monde : le corps, la chair et le monde, dans leur intrication, ne forment plus une unité et entraîne un ébranlement de l'identité du soi³⁹. Selon les phénoménologues, une menace pour le corps s'accompagne toujours d'une menace pour le soi, elle entraîne une modification de mon fonctionnement au sein du monde. La maladie ne peut donc pas être réduite à un dysfonctionnement biologique, tant et si bien qu'elle doit aussi inclure la désintégration du soi et du monde : « *in illness it is a "world" which is lost, broken, or reduced to chaos, and it is a "world" which must be remade*⁴⁰ ». L'approche phénoménologique semble ainsi attester ce que Canguilhem affirme dans *Le Normal et le pathologique*, que pour comprendre le phénomène pathologique nous devons avoir à l'esprit la transformation de la personnalité du malade⁴¹. Toombs et Canguilhem s'accordent pour dire que la maladie est à la fois privation et remaniement. C'est ce qu'il faut à présent montrer.

Au quotidien, nous effectuons des tâches habituelles sans grand effort. Ce sont des actes habituels comme marcher, parler, manger, etc. Cela est possible, d'une part, parce que la mémoire permet une

continuité dans l'expérience du sujet et, d'autre part, parce que les capacités du corps biologique restent intactes⁴². La maladie représente à cet égard l'in-capacité (*dis-ability*) à s'engager dans le monde de façon habituelle. Une migraine n'est pas uniquement un mal de tête, c'est également l'impossibilité de se résoudre pleinement à une tâche, par exemple de se concentrer sur notre travail. Également, la maladie limite les mouvements intentionnels du corps. Ce qui était auparavant quelque chose que nous pouvions manipuler ou utiliser devient maintenant un obstacle pour le corps. Une personne atteinte de pneumonie, dont la capacité pulmonaire est réduite à seulement 30%, n'a plus aucune aisance à marcher, à parler ou à monter les marches. Ce qui était habituel et sans effort devient dans la maladie épuisant et difficile. Autrement dit, le schéma d'actions du corps doit inévitablement être reconfiguré et le malade doit développer de nouvelles habitudes afin de compenser son manque.

Pour Carel, cela indique pourquoi la définition de la maladie (*disease*) comme dysfonction d'une *partie* du corps est insuffisante. Il s'agit non pas d'un changement local, mais bien d'une transformation globale de l'organisme⁴³. Dans la maladie, le « je peux » se réduit et les possibilités d'actions se rétrécissent considérablement. Conformément à l'intrication corps/chair/monde, dans la maladie le corps n'est plus capable de s'interpréter adéquatement ni d'interpréter le monde⁴⁴. Ce n'est pas un hasard si Canguilhem, qui réfère à l'ouvrage de Merleau-Ponty, arrive à la même conclusion : la physionomie du monde change radicalement⁴⁵.

Dans ce changement de monde, le sujet devient étranger à lui-même parce qu'il dénote une distance par rapport à son expérience corporelle. Ce changement de monde se manifeste par une nouvelle configuration de la gestuelle corporelle qui ne correspond pas à la gestuelle habituelle de la personne : une personne semble malade, elle grimace de douleur, etc. L'expérience de la maladie impose au malade son corps physique. Celui-ci n'est plus garanti, il peut faillir à tout instant, en sortant de l'harmonie et le retrait que lui garantissait la santé. Dans ce décalage entre le corps physique et la chair, le patient perçoit désormais son corps comme une chose extérieure à lui-même, comme une chose qui n'est pas lui⁴⁶. Il faut

maintenant montrer que la maladie altère radicalement la spatialité et la temporalité du malade.

3.1 La spatialité du malade

Comme nous l'avons dit précédemment, le corps n'est pas uniquement une location dans l'espace objectif, il est ce qui spatialise. La position du corps est orientée par rapport à une possibilité existante ou à venir et ce sont les objets autour de lui qui l'orientent et par lequel il s'oriente. Toombs nomme cela «l'axe de référence pratique» et l'espace dans lequel existe le corps «l'espace pratique»⁴⁷. Cela signifie que «*my embodying organism is always experienced as "in the midst of envioning things, in this or that situation of action, positioned and positioning relative to some task at hand"*»⁴⁸. La maladie contraint le malade à réduire de façon importante ses possibilités de mouvements et d'interactions dans l'espace. Ce qui autrefois allait de soi devient problématique dans la maladie. Nous passons sous silence le caractère temporel de la possibilité, qui sera l'objet de la prochaine section.

Avant qu'un individu se fasse amputer un bras en raison d'une grave infection, les objets qui entouraient son corps étaient, dans son corps habituel, des objets maniables. Toutefois, après l'amputation, les objets sollicitent la main qu'il n'a plus⁴⁹. Cela s'explique en ceci que le corps habituel n'est pas automatiquement détruit lorsque le corps biologique est amputé. Le patient subit ainsi une certaine forme d'aliénation face à lui-même. Le malade se trouve dans une situation où il doit reconstruire de nouveaux schémas d'actions et de nouvelles habitudes afin de compenser pour sa perte. C'est pourquoi «l'expérience traumatique ne subsiste pas à titre de représentation, dans le mode de la conscience objective et comme un moment qui a sa date, il lui est essentiel de ne se survivre que comme un *style d'être* dans un certain degré de généralité»⁵⁰. La maladie est, aux yeux de Merleau-Ponty, non pas un fait *seulement* objectif qui possède sa date et son lieu, elle est d'abord et avant tout un événement qui transforme le monde du malade. Le corps transformé par la maladie existe momentanément dans un environnement qui ne se «soucie» plus – en tant que mal adapté – du corps malade⁵¹. Même si le corps

habituel et le corps actuel ne coïncident plus après la maladie, c'est une nécessité interne pour le vivant de se redonner un corps habituel.

Selon nous, la position des phénoménologues confirme certaines thèses de Canguilhem. Si, comme le souligne Carel, la phénoménologie de la maladie est un remède contre tout objectivisme⁵², c'est parce que le physiologique et le psychique s'entremêlent dans l'être-au-monde et ne peuvent être séparés qu'au prix d'une objectivation, à savoir d'une idéalisation qui n'est pas à la mesure de la complexité de l'existence humaine. Cette objectivation qui fait silence sur la chair est selon elle une erreur métaphysique : ceux-ci croient qu'il y a deux domaines distincts, l'intérieur et l'extérieur, le corps physique et le soi⁵³. D'un point de vue phénoménologique, il n'est pas possible de dire qu'il y a un trouble pathologique en soi. La maladie, ou l'anormal, ne se donne que dans une relation avec le corps, la chair et le monde⁵⁴. À cet égard la maladie est, comme nous l'avons vu avec l'exemple de l'amputation et de la pneumonie, privation et remaniement⁵⁵. Le point essentiel à retenir est qu'une modification d'un corps par une maladie entraîne nécessairement une modification du soi et de son rapport au monde, tout autant négativement.

3.2 La temporalité du malade

Nous venons de voir que la maladie altère la spatialité du patient. Il y a plusieurs conséquences à cela. L'erreur métaphysique de la médecine, celle qui reprend en charge la distinction entre intérieur/extérieur et corps physique/conscience, doit être abandonnée. Le dualisme qu'elle induit doit être dépassé. Si une telle perspective scientifique peut s'avérer fructueuse et donner de bons résultats, il n'en reste pas moins que la médecine doit prendre en charge l'expérience vécue de la maladie. En ce sens, la maladie ne saurait être une maladie en soi, objectivée et décontextualisée, elle doit être comprise comme un processus, un devenir malade du patient *in situ*.

Nous avons également vu que la maladie réduit significativement les possibilités du patient. Grâce aux notions de « corps habituel » et de « corps actuel », nous comprenons que la maladie interrompt le rapport harmonieux entre les deux et instaure un décalage qui correspond en quelque sorte à une expérience d'objectivation,

d'étrangeté et d'aliénation. Plus spécifiquement, il s'agit d'une dissolution de l'identité du malade par une aliénation de son corps : «de cette transformation c'est l'individu qui est juge parce que c'est lui qui en pâtit, au moment même où il se sent inférieur aux tâches que la situation nouvelle lui propose⁵⁶». Cette diminution des possibilités du patient signifie que son monde change radicalement et se rétrécit. La montagne qui pouvait être escaladée, le dépanneur à quelques mètres et les escaliers de la maison deviennent, pour un patient souffrant de lymphangioliomyomatose (maladie génétique très rare dont les manifestations sont pulmonaires : pneumothorax, le chylothorax et une dyspnée à l'effort), des défis ne pouvant plus être relevés. L'environnement qui autrefois allait de soi est maintenant insouciant du corps malade, le corps ne peut plus répondre aux objets qui l'interrogent, il ne sait plus être normatif.

Nous avons laissé en suspens la structure temporelle de l'incarnation. Il faut maintenant thématiser ce rapport au temps qu'est la possibilité. Selon Toombs, l'incarnation n'est pas un fait, il s'agit plutôt d'un événement complexe qui doit être accompli à chaque instant⁵⁷. Cette manière de s'accomplir à chaque instant se manifeste par la structure du «si...alors (*if...then*)», c'est-à-dire la manière dont la chair se projette sur «ce-qui-est-à-venir (*what-is-to-come*)⁵⁸». Cette projection désigne le fait qu'un individu accomplit des projets, il se projette dans le futur selon sa situation biographique, ses choix et ses décisions⁵⁹. Ce temps vécu peut se phénoménaliser de façon différente, de manière pressante, calmement, etc⁶⁰. Nous devons aussi comprendre qu'en tant que corps physique et chair, chaque partie du corps se rapporte au temps de façon différente : «*the time of illness and healing, of initiation and completion of organic processes (e.g. excretion, inhalation), of physiological performings (heartbeat, blood flow, metabolism), of relaxation and innervation, and so on through a spectrum of barely or rarely felt rhythms, fluctuations, pulsations, episodes and periodicities*⁶¹». Selon Toombs, une personne en santé agit toujours de façon plus ou moins spécifique envers des possibilités futures⁶². Cependant, dans la maladie, ces possibilités futures apparaissent comme incertaines, voire comme tout à fait impertinentes, tant et si bien que la maladie

contraint le malade à prendre en charge son ici et maintenant en le déliant de tout projet. La maladie n'altère donc pas uniquement le fonctionnement biologique du patient, le temps de l'organe, mais également la capacité qu'a l'homme d'ouvrir des possibilités⁶³.

Dans la maladie, la spatialité et la temporalité sont réduites significativement, ce qui a pour conséquence un changement de l'être-au-monde, tant et si bien que le monde du malade se rétrécit. Toombs donne l'exemple d'un patient atteint de la sclérose en plaques. Un patient qui reçoit un diagnostic de sclérose en plaques – cela serait vrai de toute maladie dégénérative – peut agir de telle façon qu'il se sente déjà incapable, comme si cela l'affectait dès à présent. La structure intentionnelle du si... alors est déconnectée des projets et le présent se rapporte à un futur imaginé qui ne s'actualisera peut-être jamais⁶⁴. Le rapport au passé peut également se modifier. Prenons l'exemple d'une personne ayant été atteint d'un cancer qui a été guéri. Le malade peut se souvenir d'une opération, du diagnostic médical, de telle sorte que ceux-ci semblent très près de lui, voire encore «présent». Cela a pour conséquence qu'il vit dans la peur constante de sa réapparition. Cela doit nous faire comprendre que le temps objectif, la durée entre le passé et le présent, n'y est ici pour rien. Que le diagnostic ait eu lieu il y a deux semaines ou il y a dix ans, d'un point de vue phénoménologique le temps objectif varie selon l'expérience subjective de la temporalité⁶⁵. Le monde du patient, dans l'altération de la temporalité et de la spatialité, devient chaotique.

En raison de ces changements, le patient doit changer le rythme et procéder aux ajustements nécessaires parce que dans la maladie le corps biologique devient erratique, souffrant et incapable. La maladie implique ainsi une objectivation de notre corps. Le malade n'a plus le loisir de procéder de manière spontanée avec un corps fidèle et régulier. Au contraire, «*the disruption of lived body itself causes the patient to explicitly attend to his body as body, rather than simply living it unreflectively. The body is thus transformed from lived body to object-body*⁶⁶». Comme le souligne Canguilhem, «pour autant que le malade ne succombe pas à la maladie, son souci est d'échapper à l'angoisse des réactions catastrophiques⁶⁷». Le malade

doit donc se résoudre pour les changements que la temporalité et la spatialité lui imposent. C'est pourquoi la réduction de la maladie à un fait physiologique isolé est insuffisante afin de comprendre la maladie. Il faut insister sur le fait que la maladie doit toujours être comprise comme problème global d'une personne incarnée et qui habite un environnement donné.

4. Un problème d'intersubjectivité

Le médecin peut expliquer au patient que sa maladie affecte son squelette, son cerveau, etc., mais ce dernier ne fait pas l'expérience de la maladie en tant qu'organisme neurophysiologique. Les lois de la science sont des abstractions théoriques et « le vivant ne vit pas parmi des lois, mais parmi des êtres et des événements qui diversifient ces lois. Ce qui porte l'oiseau c'est la branche et non les lois de l'élasticité⁶⁸ ». Canguilhem souligne bien que le langage du médecin est incompatible avec celui du patient, ce qui a pour conséquence une incompréhension abyssale entre les deux. Le médecin, de par sa formation, est amené à constituer la maladie comme un ensemble de faits physiques et de symptômes qui désignent une maladie d'un type particulier⁶⁹. Ces habitudes de l'esprit (*habits of mind*) ouvrent un horizon de signification par lequel la réalité est interprétée. C'est à partir de ces habitudes que l'objet est explicité⁷⁰. Si ces faits ne se donnent pas, en dépit du sentiment du patient qui se sent malade, celui-ci n'est pas malade⁷¹. La compréhension scientifique du monde le dévoile d'une certaine manière et celle-ci ne correspond pas à toutes les manières d'expliciter le monde. Le patient ne comprend pas sa maladie avec les lunettes de la science, mais plutôt comme un effet direct affectant sa vie quotidienne.

Comme nous le disions dans au § 2, en tant qu'ici absolu et point zéro d'orientation, la chair en santé n'est pas saisie comme un objet, nous ne pouvons nous en éloigner parce que les deux coïncident dans l'harmonie. La chair est toujours présente et elle est le centre à partir duquel se réfère le monde. Nous disions, également, que nous n'avons pas un corps, mais que nous sommes notre corps et c'est pourquoi il est impossible de le comprendre comme un outil parmi d'autres⁷². Toutefois, comment se produit l'expérience de notre chair en tant

qu'objet? Nous avons vu que l'expérience de la maladie conduit à une première objectivation du corps. Comme le souligne Husserl au §48 des *Méditations cartésiennes*, la conscience se donne de prime abord à elle-même en tant que sujet et secondement en tant qu'objet. Ce n'est pas le cas de l'autre en tant qu'autrui. L'autre se manifeste d'abord en tant qu'objet et ensuite en tant que sujet. C'est l'être-pour-un-autre qui nous offre la détermination de corps physique. Lorsque nous sommes regardés et touchés, nous nous reconnaissons en tant qu'objet pour autrui et ce n'est qu'à ce moment-là que je me reconnais comme étant matériel, comme une matière physico-biologique⁷³. Par exemple, lorsque le médecin écoute la respiration pulmonaire d'un patient, celui-ci fait l'expérience de lui-même en tant qu'objet, comme quelque chose qui est à l'extérieur de ma subjectivité et au milieu d'un monde qui n'est pas le mien. C'est ce que Merleau-Ponty nomme l'ambiguïté fondamentale : en tant que nous sommes notre chair, nous sommes au plus proche de nous-mêmes ; en tant que nous sommes objet pour autrui, nous sommes au plus loin de nous-mêmes.

Cependant, l'expérience clinique se distingue des autres expériences qui révèlent la chair en tant qu'objet, en ceci que le patient fait l'expérience en tant qu'objet, mais plus spécifiquement en tant qu'objet d'investigation scientifique. Lorsque le patient se rend chez le médecin pour un examen, celui-ci est réduit à un organisme biologique qui ne fonctionne pas adéquatement⁷⁴. Ainsi se comprend la nécessité qu'a le patient de faire un compte rendu objectif de son problème. Là réside le problème entre le médecin et le patient : traditionnellement, la médecine se concentre sur le corps biologique selon son fonctionnement normal et elle met de côté l'expérience de la maladie⁷⁵. Comme le souligne Toombs, le langage de l'anatomie ou de la physiologie renforce ce sentiment d'aliénation et d'objectivation chez le patient : « *it is often assumed by the physician that such clinical data exclusively represent the "reality" of the patient's illness*⁷⁶ ». Même si le médecin nous instruit sur *le cœur*, *les poumons* ou *le métabolisme*, nous n'en faisons jamais une expérience directe et le corps à proprement parler reste toujours en retrait. Par conséquent, « *the patient may learn that he has a specific dysfunction in his bodily organism – a lesion in the*

*central nervous system, for example. But he does not experience his central nervous system directly. [...] Even if the lesion is visualized on a CAT scan and pointed out to him, it remains ineffable*⁷⁷». En ne prenant pas en charge l'expérience de la maladie, le médecin confine encore davantage le patient dans le rétrécissement de son monde : le patient ne possède pas ce corps, il *est* ce corps et par conséquent il est plus juste de dire qu'il n'a pas de maladie, mais qu'il *existe* dans la maladie⁷⁸. Pour Toombs, la personne malade existe au sein d'un monde désordonné, dans une situation corporelle particulière et c'est pourquoi il *n'a pas* de maladie, il *est* sa maladie, en ceci qu'une dysfonction biologique conduit à une perturbation de l'être-au-monde du patient⁷⁹.

Aux yeux de Toombs, c'est l'expérience universelle de l'empathie qui procure une base solide afin de comprendre la maladie d'un point de vue subjectif⁸⁰. L'empathie n'est pas une disposition que certains possèdent et d'autres non. Autrement dit, elle n'est pas un trait de personnalité. L'empathie désigne plutôt le mode de compréhension fondamental qui permet de saisir l'expérience d'autrui en tant que sienne et que le Dr Richard Baron nomme «la compréhension intuitive»⁸¹. La compréhension intuitive est possible en ceci que l'autre, en tant que chair, est un individu *comme nous*. L'exclusion de cette compréhension intuitive auquel mène le regard scientifique fait en sorte que la médecine est humainement non fondée (*humanly ungrounded*)⁸². Pour Toombs, qui reprend les analyses de Baron et Rudebeck, la compréhension intuitive joue deux rôles importants dans un contexte clinique. D'une part, elle permet au médecin de comprendre ce dont le patient fait l'expérience en tant que corps désordonné. D'autre part, le médecin saisit l'expérience vécue de la maladie, la signification qu'a la maladie *in situ* pour le patient : «such empathic understanding amounts to a learning, or “re-learning”, about bodily normality and a renewed emphasis on the intuitive knowledge that we already possess by virtue of our humanity⁸³». Selon Toombs, en vertu du fait que la maladie perturbe à la fois l'expérience vécue et le corps physique, la signification que le patient donne à la maladie est unique, biographique⁸⁴. C'est pourquoi il faut absolument accorder de l'importance à la contexture. Une douleur

articulaire pourrait être banale pour une personne tandis qu'elle est un désastre pour un pianiste qui a besoin de cette flexibilité afin de jouer du piano, mais également pour la continuation de sa carrière qui définit son identité. Aussi, la considération de la narration du patient en clinique permettrait de spécifier davantage la particularité d'une maladie: «For example, a patient's description of what it is like to have multiple sclerosis immeasurably broadens one's understanding of that particular neurological disorder. While one can, of course, limit one's knowledge of MS to its manifestation in terms of the effects of demyelination on the central nervous system, such knowledge captures nothing of the lived experience of the disease⁸⁵». Une telle prise en considération du patient permet au médecin de mieux comprendre les dilemmes moraux et les crises existentielles qui sont une partie intégrante de la maladie.

5. Conclusion

Nous devons comprendre que la médecine débute après la plainte du patient. Ce dernier se rend chez le médecin parce qu'il vit une perturbation de sa vie quotidienne ainsi qu'une modification de son incarnation. Ainsi, comme le soulignent Pellegrino et Thomasma, l'objectif premier de la médecine est de soigner la cause et de restaurer le bien-être du patient⁸⁶. Si nous acceptons l'analyse phénoménologique, nous devons dire que le médecin qui traite uniquement de la dysfonction biologique passe sous silence une partie intégrante de la maladie, celle qui concerne les changements entre le corps, le monde et la chair⁸⁷. L'approche phénoménologique de la médecine s'oppose ainsi à l'exigence de «déshumaniser la maladie» pour en donner une définition et permet d'éviter la conclusion selon laquelle «dans la maladie ce qu'il y a de moins important au fond c'est l'homme⁸⁸.» Ainsi que le note Canguilhem, «on comprend que la médecine ait besoin d'une pathologie objective, mais une recherche qui fait évanouir son objet n'est pas objective.⁸⁹» Le diabétique n'est pas uniquement un «diabétique bien contrôlé», mais plus encore une personne qui souffre de sa maladie. Pour le patient, la perturbation de son monde est d'une importance capitale et prime sur les explications médicales. C'est pourquoi l'intervention thérapeutique doit veiller à

ne pas déshumaniser la maladie et le patient en l'isolant dans la perte de personnalité⁹⁰. C'est pourquoi : « An important goal for medical education should be the cultivation of the imagination and I would think that this means placing vigorous emphasis on involvement in the creative arts as a crucial component of the training of healthcare professionals⁹¹ ». Ce n'est qu'à ce prix qu'une médecine peut être « humaine ».

Également, selon Toombs, qui reprend à son compte la position de Leder, une telle perspective peut conduire à une plus grande responsabilité du patient en ce qui concerne sa santé. Plutôt que de se concevoir uniquement sous un mode passif et impersonnel prescrit par l'objectivation clinique du corps, le patient peut comprendre qu'il est également actif, qu'il possède un contrôle relatif sur lui-même et lui restituer une certaine forme d'autonomie. Pour ce faire, le médecin doit prendre en compte les différentes perturbations qui désintègrent la chair en la réduisant à un pur corps physique.

-
1. J'aimerais remercier chaleureusement Pierre-Olivier Méthot ainsi qu'Élodie Giroux pour leur patiente lecture et leurs précieuses suggestions.
 2. À ce sujet, voir Jerome C. Wakefield, « The concept of mental disorder : on the boundary between biological facts and social values » dans *American Psychologist* 47, 1992, 373-388.
 3. À ce sujet, voir Christopher Boorse, « What a theory of mental health should be » dans *Journal for the Theory of Social Behavior* 6, 1976 61-84 ainsi que Christopher Boorse, « Health as a theoretical concept » dans *Philosophy of Science* 44, 1977, 542-573.
 4. Pour une discussion de la notion de « norme » dans une approche phénoménologique de la médecine, voir Roberto Mordacci, « Health as an analogical concept », *The Journal of Medicine and Philosophy*, 20, 1995, 475-497.
 5. S. Kay Toombs, « Illness and the paradigm of lived body » dans *Theoretical Medicine* 9, Boston, 1988, Kluwer Academic Publishers, p. 201.
 6. Edmund Husserl, *Méditations cartésiennes*, Paris, PUF (Épiméthée), 2007, p. 133.
 7. *Ibid.* p. 114

8. Le dualisme cartésien, qui sépare l'âme et le corps, apparaît de façon nette dans les questions entourant les xénogreffes. Par exemple, le professeur Pierre Cüer entend sauver la dignité métaphysique de l'homme d'une animalisation du transplanté. Il s'agit pour lui «de rassurer le transplanté sur la persistance de son appartenance humaine». Aussi, le Comité consultatif national d'éthique affirme qu'il est moral de transplanter un organe animal dans un corps humain «pour la raison que l'homme n'est pas son corps mais a un corps : un corps dont il peut, dont il *doit* s'abstraire». À ce sujet, voir Florence Burgat, *Liberté et inquiétude de la vie animale*, Paris, Kimé, 2006, p.47-58.
9. Comme le remarque Scott Devito, la décision de prendre la physiologie comme unique fondement de la médecine est difficilement justifiable. Pourquoi s'intéresser uniquement à la physiologie et non pas aux intérêts du patient? Nous croyons que l'approche phénoménologique propose une piste intéressante pour comprendre ce que c'est que la maladie (*illness*). S'il est vrai que, parfois, le patient et le médecin s'intéressent à proprement au corps (à la reproduction, etc.), ce n'est pas toujours le cas. En effet, le patient peut s'intéresser à maintenir sa qualité de vie, ses projets, etc. À ce sujet, voir Scott Devito, «On the value-neutrality of the concepts of health and disease : unto the breach again» dans *Journal of medicine and Philosophy*, 2000, vol. 25, no. 2, p. 542.
10. *Ibid.* p.202 ainsi que Carel, Havi, *Illness ; the cry of the flesh*, Durham, Acumen, 2010, p.9.
11. S. Kay Toombs, «*The meaning of illness : a phenomenological approach to the patient-physician relationship*» dans *The Journal of Medicine and Philosophy* 12, Boston, D. Reidel Publishing Company, 1987, p. 219.
12. S. Kay Toombs, «The role of empathy in Clinical practice» dans *Journal of Consciousness Studies*, 8, no. 5-7, 2001, p. 247.
13. S. Kay Toombs, «The meaning of illness : a phenomenological approach to the patient-physician relationship», p. 220.
14. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 11. «*Phenomenology does not deny the importance of the physiological description or of the clinical interventions offered by current mainstream medicine*».
15. La terminologie change d'un auteur à l'autre. Nous utiliserons le mot «chair (*Leib*)» afin de garder un rapport compréhensif avec «l'incarnation (*embodiment*)». Pour nous la chair est synonyme de corps vécu et corps propre.
16. Nous définirons le concept de «compréhension intuitive» au §4. À ce sujet, voir S. Kay Toombs, «The role of empathy in clinical practice»,

- Journal of Consciousness Studies*, 8, no.5-7, 2001, p.253 ; Dr Baron, Richard, «Bridging clinical distance: An empathic rediscovery of the known», *Journal of Medicine and Philosophy*, 6 (1), pp.5-23 ; ainsi que Dr Rudebeck, Carl, «The doctor, the patient and the body», 11th International Balint Congress, Oxford.
17. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 202.
 18. Edmund Husserl, *Ideen II: Recherches phénoménologiques pour la constitution*, trad. ESCOUBAS, Paris, PUF (Épiméthée), 1982.
 19. *Ibid.* p. 183
 20. *Ibid.* p. 206
 21. *Ibid.* p. 207
 22. Maurice Merleau-Ponty reprend le même exemple dans la *Phénoménologie de la perception*. À ce sujet, voir Merleau-Ponty, Maurice, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard (NRF), 1945, p. 90.
 23. Merleau-Ponty, qui s'inspire de Husserl, va beaucoup plus loin dans la thématization du corps. Le corps est non seulement important, comme chez Husserl, mais plus encore il possède une structure intentionnelle qui le met en dialogue avec son environnement. Cela ne semble pas être le cas chez Husserl. En ce sens, il offre une analyse plus détaillée de l'expérience incarnée.
 24. Havi Carel, *Illness ; the Cry of the Flesh*, p. 15.
 25. Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, p. 91.
 26. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 203.
 27. Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, p. 97 «Le corps est le véhicule de l'être au monde, et avoir un corps c'est pour un vivant se joindre à un milieu défini, se confondre avec certains projets et s'y engager continuellement.»
 28. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 203 «Objects are encountered, for example, as the cloth "to be cut up", the book "to be read" or "to be replaced on the shelf".»
 29. Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, p. 93.
 30. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 15 ; S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 204
 31. Toombs, S. Kay, «*The meaning of illness : a phenomenological approach to the patient-physician relationship*», p. 222.
 32. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 205. C'est également vrai en ce qui concerne le temps. C'est bien parce que l'organisme a un rapport au temps que quelque chose comme le temps objectif est possible. À ce sujet, voir Husserl, Edmund, *Ideen II*, p. 226.

33. *Ibid.*
34. *Ibid.*
35. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 31.
36. Jean-Luc Marion, *Étant donné*, Paris, PUF, 1997, p. 66.
37. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 31.
38. Il est à noter que pour Husserl la réduction phénoménologique est l'acte d'un sujet philosopant. La réduction permet de mettre hors-circuit l'attitude naturelle, c'est-à-dire celle qui croit à l'existence du monde. Il s'agit de mettre le monde entre parenthèses, de non pas s'intéresser à l'existence des choses dans leur *quoi et pourquoi*, mais plutôt s'intéresser au *comment* de l'apparaître du monde. C'est un geste théorétique. La réduction phénoménologique, après Husserl, n'est plus celle d'un sujet philosopant. Au contraire, le sujet subit une réduction phénoménologique par l'angoisse, la maladie, etc. À ce sujet, voir Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p.33 ainsi que Havi Carel, «The philosophical role of illness», En ligne : https://www.academia.edu/11868659/The_Philosophical_Role_of_Illness.
39. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 207.
40. *Ibid.* p. 207.
41. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2013, p. 158.
42. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 207 ; Carel, Havi. *Illness ; the cry of the flesh*, p. 33.
43. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 35.
44. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 208.
45. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, p. 160 : « la maladie n'est pas une variation sur la dimension de la santé ; elle est une nouvelle dimension de la vie ».
46. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 214.
47. *Ibid.* p. 210.
48. *Ibid.*
49. Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, p. 93.
50. *Ibid.* p. 98. Nous soulignons.
51. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 63.
52. *Ibid.* p. 54.
53. *Ibid.* p. 70.
54. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, p. 160.
55. *Ibid.* p. 160.
56. *Ibid.*
57. S. Kay Toombs, «Illness and the paradigm of lived body», p. 212.

58. *Ibid.*
59. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p.79 ainsi que Toombs, S. Kay. « *The meaning of illness : a phenomenological approach to the patient-physician relationship* », p.222.
60. Heidegger, à la suite de Husserl, a bien vu que le temps phénoménologique ne correspond pas au temps objectif (le temps sur l'horloge) et détermine notre rapport à l'espace : « Ce qui vaut aussi, par exemple, de la rue – de l'outil pour aller. Tandis que nous marchons, la rue est touchée à chaque pas, apparemment elle est ce qu'il y a de plus proche et de plus réel dans l'à-portée-de-la-main, elle glisse pour ainsi dire le long de parties déterminées du corps, au long des semelles de nos souliers. Et pourtant, elle est bien plus éloignée que l'ami qui, durant cette marche, nous fait rencontre à une « distance » de vingt pas. De la proximité et du lointain de l'à-portée-de-la-main de prime abord rencontré dans le monde ambiant, seule la préoccupation circon-specte décide. Ce auprès de quoi celle-ci séjourne d'entrée de jeu, c'est cela qui est le « plus proche » et qui règle les é-loignements. » À ce sujet, voir Martin Heidegger, *Être et Temps*, trad. Emmanuel Martineau, Paris, Authentica, 1985, p. 101 [107].
61. Richard Zaner, *The contexte of the self: A phenomenological inquiry using medicine as a clue*, Ohio, Ohio University Press, 1981, p.28.
62. S. Kay Toombs, « *Illness and the paradigm of lived body* », p.212.
63. *Ibid.*
64. *Ibid.*
65. *Ibid.* « *The patient may be caught in the past (obsessed with the meaning of past experienced), confined to the present moment (preoccupied with the dictates and demands of the here and now), or projected into the future (living in terms of what may happned).* »
66. *Ibid.* p.216.
67. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, p. 160.
68. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, p.171. Voir également, Toombs, S. Kay. « *Illness and the paradigm of lived body* », p.215.
69. S. Kay Toombs, « *The meaning of illness : a phenomenological approach to the patient-physician relationship* », p.222.
70. *Ibid.* p.223.
71. *Ibid.* p.227 « *If no explanation is forthcoming (“Your tests are negative. I can't find anything wrong with you”), the patient is at loss as to how to make sens of his illness.* »
72. S. Kay Toombs, « *Illness and the paradigm of lived body* », p.215 « *The act reveals the hammer and nails, not the hand which hammers.*

Similarly, if I try to grasp my sensation of seeing as seeing, I find it impossible to do so. If I reflect upon my sensory activity, all that I can grasp is my "seeing of" this or that object, not the actual sensory activity itself.»

73. *Ibid.* p.216.

74. *Ibid.* p.217.

75. Havi Carel, *Illness ; the cry of the flesh*, p. 79.

76. S. Kay Toombs, «*The meaning of illness : a phenomenological approach to the patient-physician relationship*», p. 224.

77. S. Kay Toombs, «*Illness and the paradigm of lived body*», p. 220.

78. *Ibid.* p.221.

79. *Ibid.*

80. S. Kay Toombs, «*The role of empathy in clinical practice*», p. 249.

81. *Ibid.*

82. *Ibid.* p.253.

83. *Ibid.* p.254.

84. *Ibid.* p.256.

85. *Ibid.*

86. Edmund D. Pellegrino, et C. David Thomasma, *A philosophical basis of medical practice: Toward a philosophy and ethic of the healing professions*, New York, Oxford University Press, 1981, p. 72.

87. S. Kay Toombs, «*Illness and the paradigm of lived body*», p. 222 ainsi que S. Kay Toombs. «*The role of empathy in Clinical practice*» pour des suggestions qui concerne la pratique médicale, l'empathie et les techniques que le patient peut adopter afin de restaurer une certaine norme dans la maladie.

88. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, p. 69.

89. *Ibid.* p.49.

90. S. Kay Toombs, «*Illness and the paradigm of lived body*», p. 222.

91. S. Kay Toombs, «*The role of empathy in clinical practice*», p. 258.