

CORPOGRAPHIE

**Le corps et sa représentation
dans la pathologie**

CORPOGRAPHIE

Le corps et sa représentation dans la pathologie

Synthèse

Océane Gardet-Pizzo
Mémoire de recherches

Diplôme supérieur d'arts appliqués
Mention design graphique
École supérieure de Design de Marseille
Promotion 2020

SOMMAIRE

p. 6	Remerciements
p. 9	Introduction
p. 12	Le rapport au corps dans la maladie
p. 12	- Les anciennes croyances : le corps dans le cosmos
p. 15	- Un regard scientifique naissant : la séparation du corps et de l'esprit
p. 20	- Le corps et l'identité : du point de vue du sujet
p. 25	- D'autres formes de médecine : le corps, l'esprit et l'énergie
p. 28	Prendre soin
p. 28	- La philosophie du <i>care</i> ou l'éthique de la sollicitude
p. 33	- Les entraves à la mise en pratique du <i>care</i>
p. 36	- La relation de soin
p. 38	- L'éducation thérapeutique
p. 42	La représentation comme partie intégrante du parcours de soin
p. 42	- Un besoin intemporel d'images
p. 48	- L'image comme outil de communication et de médiation
p. 55	- L'imaginaire et la narration dans l'apprentissage
p. 64	Conclusion
p. 68	Bibliographie
p. 72	Lexique

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Élodie Iazard, Charlène Letenneur, Arnaud Schaeverbeke ainsi que Claudine Sagaert pour m'avoir accordée du temps pour répondre à mes questions et m'avoir aiguillée dans mes recherches. Je remercie l'ensemble de l'équipe enseignante du DSAA design graphique pour m'avoir guidée dans ce travail. Et mercé les D.G !

INTRODUCTION

L'essor de la biologie et le perfectionnement des techniques a fortement participé aux progrès de la médecine occidentale des siècles derniers, améliorant la détection des maladies et leur guérison, et augmentant l'espérance de vie. Ceci s'est en revanche fait au détriment de la relation humaine qui, comme le souligne Ivan Illich, était pourtant autrefois caractéristique du rapport entre soignant et soigné; la parole du patient et la prise en compte de sa singularité ont laissé place à une appropriation et à une exploration du corps par la méthode scientifique, nuisant souvent à ce qui constitue la relation de soin.

Les questions liées aux relations entre soi et autrui, dans la vie quotidienne mais aussi dans l'univers médical, ont été mises en lumière par l'émergence de ce que l'on nomme l'éthique de la sollicitude. Son enjeu est de chercher à humaniser nos rapports et de rétablir en eux l'égalité et l'empathie, en opposition à une forme de pouvoir et de paternalisme qui a pu s'instaurer entre soignants et soignés.

Ainsi, la pratique de la médecine a progressivement mis à l'écart l'individu et l'a soumis, dans sa quête permanente d'une vérité organique, à un regard objectif.

Toutefois, il s'avère que le fait de favoriser une approche singulière vis-à-vis du patient, en se souciant de lui, en l'autonomisant et en l'instruisant, est bien plus efficace dans la gestion qu'il fait de sa maladie, voire même dans sa guérison. Ceci requiert alors une certaine pédagogie, passant par la transmission de connaissances liées au corps humain et à la pathologie. Il s'agit aussi de susciter en lui l'envie d'apprendre, et de l'amener vers une réappropriation de son corps et de sa maladie. De toutes ces observations découle un questionnement qui apparaît légitime :

En quoi la lisibilité et la compréhension du corps et de son fonctionnement peuvent-elles favoriser le soin dans un contexte de pathologie ?

Nous tenterons de répondre à cette question en abordant dans un premier temps le rapport au corps dans un contexte de maladie, en étudiant comment l'évolution de la médecine a modifié le regard qui lui est porté.

La seconde partie traitera la question du prendre soin, en abordant le contexte d'apparition de l'éthique de la sollicitude et ce qui empêche sa mise en pratique, dans nos relations sociales comme dans la relation thérapeutique. Cela nous permettra de

proposer des moyens de la revaloriser. Enfin, nous questionnerons la place de l'image dans le parcours du soin. Nous verrons les bénéfices que la représentation peut apporter à travers la vulgarisation, l'imaginaire et la narration. Il s'agira également d'explorer les façons dont le designer peut s'emparer d'outils pour permettre au patient une meilleure appréhension du corps et de la maladie.

LE RAPPORT AU CORPS DANS LA MALADIE

Les anciennes croyances : le corps dans le cosmos

Le regard porté sur le corps et l'art de soigner sont gouvernés par des influences réelles ou issues de l'imaginaire, qu'il s'agisse des dieux, du ciel, des ressources qu'offre la nature, de l'expérience, de l'enseignement, de la démonstration, ou de la philosophie. Dans des civilisations antérieures à la nôtre, un rapport d'harmonie universelle s'établit entre l'homme et l'univers, créant ainsi l'idée d'un cosmos dans lequel chaque composant interagit et dans lequel chaque événement est lié et fait sens. Le corps n'est alors pas une frontière entre soi et les autres comme il peut être perçu aujourd'hui, mais il participe au monde en symbiose avec l'univers. Pour les Grecs, l'environnement est régi par les quatre éléments que sont l'eau, la terre, l'air et le feu, et comme l'homme participe à sa composition, il est lui-même influencé par ces éléments. Hippocrate, médecin grec né vers 460 av. J.-C. considéré aujourd'hui comme le père de la médecine, établit une correspondance entre les éléments et les humeurs. De l'Antiquité jusqu'au siècle des Lumières, la pratique de la médecine est ainsi fondée sur l'humoralisme, ou la théorie des quatre humeurs. Celles-ci, selon la conception grecque, circulent en l'homme sous la forme de liquides.

À ces éléments et à ces humeurs correspondent des qualités : le feu se rattache au chaud et au sec et est transmis dans la bile jaune, l'air est chaud et humide et se trouve dans le sang, l'eau est humide et froide et provient du phlegme, tandis que la terre est chaude et sèche et est issue de la bile noire.

La santé se caractérise alors comme l'harmonie des humeurs et l'équilibre des éléments en l'homme, et c'est lorsqu'un déséquilibre survient qu'une maladie apparaît ; on la soigne en rétablissant l'équilibre. L'homme étant en étroite relation avec l'univers, ses humeurs sont influencées par l'environnement, par les saisons, et par son alimentation. En cas de déséquilibre, le soin vise à compenser des humeurs trop ou trop peu présentes et passe par des purges, par des saignées, par une alimentation spécifique ou par des diètes.

Cette conception de la santé ne se limite pas uniquement au corps puisqu'elle prend aussi en compte l'âme. Les humeurs sont liées à des tempéraments et à des âges de la vie ; la petite enfance est liée à l'air et au tempérament sanguin, l'enfance et l'adolescence au feu et au tempérament colérique, l'âge adulte à la terre et au tempérament mélancolique, et la vieillesse à l'eau et au tempérament flegmatique. Se rattachent également à chacune de ces catégories des traits de personnalité. En somme, le lien entre humeurs, éléments et tempéraments conduit les médecins grecs à tenir compte de nombreux critères dans les soins qu'ils prodiguent, et de facteurs qui ne sont pas uniquement liés au corps physique puisque selon

leur conception, il s'inscrit dans une correspondance permanente; la médecine grecque s'intéresse donc au corps de manière globale. De même, la maladie n'est pas localisante, mais totalisante, c'est-à-dire qu'elle ne se situe pas dans une partie spécifique du corps, mais qu'elle est « *en tout l'homme*. »¹ Elle est finalement le symptôme d'un déséquilibre et le signal d'un besoin de guérison, de rééquilibrage.

¹ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 1966, p.14

Un regard scientifique naissant : la séparation du corps et de l'esprit

Brève histoire de la médecine occidentale

La théorie des quatre humeurs va régner sur la pratique de la médecine occidentale pendant plusieurs siècles. C'est dès la fin du XIII^{ème} siècle qu'un changement s'opère et que l'on commence à s'intéresser véritablement à l'anatomie humaine; dans le cadre de leur apprentissage, les anatomistes de l'École des arts et de la médecine de Bologne dissèquent des corps afin d'étudier leur composition, ce que la philosophie grecque interdisait. Dans le même temps, les textes du médecin grec Claude Galien (129 - 216) sont traduits; sa démarche consistait à faire des observations anatomiques et à établir des hypothèses sur des processus physiologiques, s'appuyant ainsi sur la raison et sur l'expérience.

Arrive ensuite le XIV^{ème} siècle qui marque le début de la Renaissance, une période lors de laquelle la raison prédomine, tout en étant imprégnée de la philosophie antique, mais aussi marquée par la religion chrétienne; la Genèse a appris à l'homme qu'il avait été créé à l'image de Dieu, Protagoras avait déclaré que « *L'homme est la mesure de toute chose* », et un célèbre précepte grec disait « *Connais-toi toi-même* ». Alors qu'au Moyen-Âge, Dieu est au centre de tout, la Renaissance remet l'homme au coeur des préoccupations. Tout un ensemble d'influences s'exerce sur la pensée de cette époque, permettant à la médecine de s'intéresser plus particulièrement à la constitution du corps.

Les anatomistes font peu à peu leur propre lecture du corps humain. André Vésale (1514-1564), anatomiste et médecin flamand, a permis à la médecine d'avoir une approche scientifique dans son rapport au corps, en opposition à la doctrine religieuse et aux croyances liées au corps qui ont perduré jusqu'à son époque. Il montre dans son ouvrage *De Humani Corporis Fabrica*, le plus grand traité d'anatomie depuis Galien, ses observations et ses corrections par rapport à celle du médecin grec, et plus détaillées. Malgré cette nouvelle compréhension du corps, la théorie des humeurs est toujours dominante dans la pensée médicale, jusqu'au siècle suivant lors duquel des physiciens tels que René Descartes ou Isaac Newton démontrent chacun que nous vivons dans un espace où la matière bouge et interagit selon les lois physiques de l'univers. Dès lors, les êtres vivants ne sont plus constitués d'humeurs et d'éléments, mais de particules, et le corps humain est perçu comme une machine qui fonctionne grâce à divers mécanismes. Le rôle des médecins et des chirurgiens consiste alors à réparer ce qui est cassé.

La philosophie des Lumières émerge dès la seconde moitié du XVII^{ème} siècle en Europe et donne lieu à de nouvelles pensées qui accordent de l'importance à la rationalité, à l'apprentissage, à l'éducation, et à l'observation. L'anatomie et la médecine rejettent progressivement la théorie des quatre humeurs. Des ouvrages comme *De Sedibus et causis morborum* (1761) de Giovanni Morgagni, médecin italien, et *The morbid anatomy of some of the most important parts*

of the body (1793) de Matthew Baillie, anatomiste écossais, proposent des observations de l'anatomie humaine en classifiant les pathologies selon les tissus qu'elles atteignent.

Dès lors, l'homme a un nouveau rapport vis-à-vis de son corps; celui-ci n'était jusqu'alors pas dissociable de l'individu et du monde car il exprimait à la fois son origine divine et son lien avec le cosmos; le corps est désormais peu à peu objectivé et devient un objet d'étude indépendant du sujet. Pour Descartes, l'âme et le corps sont deux éléments distincts; la première est immatérielle, le second est matériel. Il s'agit d'une rupture dans la conception même de l'Homme qui fait du corps une frontière entre soi, le monde et les autres, et on passe de « être un corps » à « avoir un corps. »

Le développement de l'imagerie médicale a aussi contribué à la transformation du regard sur le corps. La découverte des rayons X à la fin du XIX^{ème} siècle permet au physicien Wilhelm Röntgen de réaliser en 1895 la première radiographie. Le corps médical s'empare de cette technique afin d'élaborer plus efficacement ses diagnostics et peut alors appréhender le corps humain à travers la technique et l'image. La découverte de l'ADN, presque soixante ans plus tard par Francis Crick et James Watson, offre une vision du corps dans son échelle la plus petite qui soit, et dès lors, les être vivants sont finalement perçus comme un ensemble de codes génétiques qui s'enchaînent de façon mécanique. Ce bouleversement transforme le corps de l'homme en

un objet quantifiable composé d'une multitude de particules dont on peut étudier la constitution.

Les conséquences de ces nouvelles pensées

Comme nous le savons, l'évolution des pensées et des pratiques médicales a permis de faire des découvertes et des progrès indéniables dans le domaine de la santé; hygiène, imagerie médicale, laboratoires, chirurgie... Nombreux sont les domaines qui accompagnent la médecine et dont les techniques ont permis au fil du temps de soigner de plus en plus de pathologies et d'en éliminer certaines.

Ces avancées se sont toutefois accompagnées de répercussions; dans sa recherche d'efficacité, la médecine a progressivement mis de côté l'individu, se concentrant essentiellement sur le corps comme objet mécanique. À partir du XIX^{ème} siècle, la société accorde de plus en plus d'importance au savoir médical, et avec l'affaiblissement de la religion, la médecine s'empare du discours sur la vie et la mort, devient d'autant plus prégnante, et s'institutionnalise. On donne aux citoyens la responsabilité de préserver au mieux leur santé, et le modèle médical s'impose dans de multiples aspects de la vie, tels que l'éducation, le travail, les loisirs, l'alimentation, ou la sexualité. Alors qu'à l'origine, la médecine a pour but de rétablir une santé devenue défaillante, elle tend désormais à s'intéresser à ce qui précède une maladie ou un trouble; accompagnée de l'ingénierie, elle met au point des techniques visant à surveiller les comportements qui peuvent être à

l'origine de pathologies et crée des outils de plus en plus performants afin de les éviter. De plus, le savoir médical se précisant toujours plus induit son hyperspécialisation, poussant les spécialistes à approfondir leurs connaissances d'un domaine spécifique et provoquant alors chez eux un désintérêt pour les facteurs non physiques pouvant donner lieu à des pathologies.

Cette conception produit finalement un fractionnement du corps dont chaque partie est étudiée indépendamment. F. Leroy et al., à travers l'article *Objectivation du corps en médecine et incidences subjectives*¹, observent une distinction entre le corps vécu et le corps anatomique; le premier correspond au corps que ressent l'individu, qui peut faire l'objet de plaintes et qui est la première donnée qu'il reçoit, tandis que le second fait l'objet d'approches et de classifications scientifiques. Cette hyperspécialisation a notamment eu comme conséquence de ne plus percevoir le sujet et son corps comme un ensemble, et de le dépersonnaliser face à sa maladie. L'essor de l'imagerie médicale et des examens biologiques offre une toute nouvelle vision du vivant et permet aux spécialistes de fonder leurs décisions sur les résultats obtenus par ces techniques; cela a pu conduire à la mise à l'écart du corps vécu, et donc du sujet au niveau duquel s'est créée une rupture. Dans un contexte de médical, le corps vécu du sujet est écarté au profit du corps anatomique dont s'approprient les professionnels, ce que Roland Gori nomme «*expérience d'expropriation du corps.*»²

¹ F. Leroy, R. Caron, D. Beaune, *Objectivation du corps en médecine et incidences subjectives*, 2006

² Roland Gori, Del Volgo MJ., *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence.* Paris: Denoël, 2005

Le corps et l'identité : du point de vue du sujet

Le corps comme support de l'identité

Au fil de leur évolution, les pensées et les pratiques médicales occidentales ont transformé la vision liée au corps et aux maladies pouvant l'atteindre, et une distinction entre l'individu et son corps s'est peu à peu formée. La langue allemande utilise d'ailleurs deux mots pour différencier les approches liées au corps; Leib désigne la chair, c'est-à-dire le corps subjectif, celui par lequel l'individu existe, tandis que Körper fait référence au corps organique et tangible. Pour Maurice Merleau-Ponty, c'est par le corps que l'on perçoit et que l'on comprend le monde; il définit le « corps propre » comme un ensemble d'éléments sensoriels que l'on habite, et c'est notre capacité à l'habiter qui nous permet par la suite d'habiter le monde. Ce corps diffère de celui qui est matériel. Il participe de ce fait à la construction de l'identité, définie comme « *caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité.* »¹ Le corps propre permet en effet la conscience de soi, le rapport au monde et l'interaction avec celui-ci. Il joue un rôle essentiel dans la construction de l'identité selon Françoise Héritier, et ce dès les premiers instants de notre vie; nos premières expériences sont sensorielles, motrices, et reliées à des expériences affectives et émotionnelles qui passent par des interactions permettant de tisser des liens avec autrui, dont le corps est le support. Le physique et le psychique sont

¹ Dictionnaire Larousse

alors étroitement liés, et de ce fait, les altérations que le corps peut subir donnent parfois lieu à une remise en question l'identité.

L'identité face à la maladie

Avant d'aborder les conséquences d'une pathologie sur l'identité du sujet, il convient d'étudier ce qui constitue la limite entre le fait d'être en bonne santé et le fait d'être malade.

Si l'on a tendance à opposer ces deux états, leur distinction s'avère en réalité plus complexe. Pour certains, le fait d'être en bonne santé ne se définit pas uniquement par l'absence de maladie, mais aussi par la manière qu'a l'individu de gérer une pathologie dans sa vie quotidienne. Selon Philippe Adam et Claudine Herzlich, les symptômes et les dysfonctionnements ne deviennent pathologiques que lorsqu'ils impliquent une modification de la vie de l'individu et de son identité. La maladie et la santé peuvent donc se distinguer en fonction de critères sociaux, tels que l'activité ou l'inactivité, la présence ou l'exclusion sociale. Pour Canguilhem, la santé ne désigne pas un état d'ordre et d'équilibre parfait tel que le décrivaient les Grecs, mais plutôt un effort mené constamment par le corps visant à s'accommoder aux contraintes extérieures et aux perturbations. Les pathologies sont pour lui des variations de l'état dit « normal » et font partie des normes de la vie, et c'est à l'individu qu'il faut se référer car il est le seul à pouvoir juger de sa tolérance face aux situations de la vie quotidienne. Nous pouvons alors affirmer que ce qui constitue

un état de santé et un état pathologique varie d'un individu à l'autre, et que l'on peut en somme être atteint d'une pathologie tout en étant en bonne santé.

L'enjeu de la maladie rappelle à l'homme qu'il ne possède pas son corps, mais qu'il existe par lui. Michel Foucault montre dans sa conférence *Le corps utopique*¹ que le corps en bonne santé se fait oublier, et que ce n'est que lorsqu'un trouble se manifeste que sa présence se fait remarquer. Le médecin René Leriche disait d'ailleurs que « *la santé, c'est la vie dans le silence des organes.* »

Si l'approche anatomique, scientifique et technique du corps nous a fait passer d'une logique d'être à avoir un corps, la maladie nous contraint au sens inverse; dans le langage courant, nous disons « avoir un corps », mais lorsqu'une maladie survient, nous disons « être malade. » Ceci dépend également du type de maladie; nous employons généralement le verbe *avoir* lorsque nous souffrons de maladies aiguës, c'est-à-dire celles qui ne durent pas dans le temps, telles qu'une varicelle, un ulcère, une bronchite, etc. À l'opposé, nous avons tendance à employer le verbe *être* lorsque nous parlons de maladies chroniques, celles qui désignent des affections de longue durée; être allergique, être asthmatique, être diabétique, être séropositif, etc. Ceci est d'autant plus valable dans les cas de maladies mentales.

En somme, la maladie chronique affecte le sujet dans son approche face à lui-même, mais instaure aussi un nouveau rapport avec les autres et le

¹ Michel Foucault, *Le Corps utopique, Les Hétérotopies*, Paris, Éditions Lignes, 2009

¹ Emmanuel Carrère, *D'autres vies que la mienne*, Gallimard, 2009, p.277

² Ibid p.278

monde; l'individu qui est malade l'est aussi aux yeux des autres. De plus, toutes les contraintes qu'elle impose quotidiennement, qu'il s'agisse de la douleur, des changements physiques, ou des modifications des rapports sociaux, conduisent peu à peu l'individu à s'identifier à sa maladie. Cette idée est présente à travers le personnage d'Étienne, dans le roman *D'autres vies que la mienne*¹. Ayant eu un cancer, déclare par exemple: « *Ma maladie fait partie de moi. C'est moi. Je ne peux donc pas la haïr.* »¹ Le roman évoque également Pierre Cazenave, psychanalyste ayant souffert de la même maladie, qui ne se définissait pas comme ayant un cancer, mais comme étant cancéreux: pour lui, cette maladie n'est « *pas un agresseur étranger mais une partie de lui, un ennemi intime et peut-être même pas un ennemi.* »²

La dépersonnalisation du sujet

L'expérience de la maladie, par l'impact qu'elle produit sur l'intégrité du sujet, particulièrement dans la médecine occidentale, peut conduire à une forme de dépersonnalisation. Le corps atteint par la maladie peut paraître étranger aux yeux du sujet car celui-ci ne le reconnaît plus comme son corps propre, auquel s'accompagne le vécu qui l'a constitué. Les maladies et tout ce qu'elles impliquent, qu'il s'agisse des traitements ou des contraintes liées à la vie quotidienne, induisent, outre des douleurs physiques, une souffrance psychique ainsi qu'une forme d'humiliation puisqu'elles engendrent, à des degrés différents, une perte du contrôle du

corps que l'on est supposé maîtriser, en particulier dans des cas de maladies chroniques. Philippe Barrier remarque que cette idée est ancrée notre vocabulaire; l'expression « *tomber malade* » suggère une chute vers un état inférieur.

Par ailleurs, l'appropriation par le domaine médical du corps malade le vide de sa substance singulière. Médecins et patients ne basent pas leur approche sur le même corps, les premiers ayant un regard et un discours rationnels et scientifiques liés au corps anatomique, les seconds se basant sur leur corps vécu, et ne parlent de ce fait pas le même langage. Ceci peut donner lieu à une incompréhension, rendant alors la situation de maladie plus complexe encore. Canguilhem et Joan Tronto observent tous deux qu'en somme, l'individu est passé de sujet à objet du soin.

De plus, le patient voit désormais son corps à travers le prisme de la technique médicale; à une époque où l'intérieur du corps était encore inconnu et faisait l'objet d'un tabou, la maladie ne correspondait qu'à ce que l'on voyait de l'extérieur, c'est-à-dire à ce qui atteignait la peau, et qu'à ce que l'on ressentait. Dans la Bible, les maladies que rencontre l'homme se situent en surface de son corps; elles sont liées au péché et doivent alors être visibles aux yeux de tous. Aujourd'hui, les imageries et examens médicaux rendent la maladie apparente et dévoilent au patient un corps qu'il ne reconnaît pas comme étant le sien; il découvre « quelque chose » caché en lui, à travers des images et des résultats illisibles à ses yeux, et se retrouve dépossédé de son corps propre.

D'autres formes de médecine : le corps, l'esprit et l'énergie

La prise en compte globale dans la médecine orientale

Les observations précédentes s'appliquent essentiellement à la médecine occidentale, mais il peut être intéressant d'étudier des conceptions issues d'autres civilisations. L'idée d'un équilibre des éléments ne provient pas uniquement de la Grèce antique puisque des pensées similaires existaient dans des civilisations différentes, et certaines perdurent encore aujourd'hui. D'autres formes de médecine consistent elle aussi à baser leurs pratiques sur une approche globale du corps, notamment dans des civilisations orientales.

Nous pouvons citer comme exemple la médecine chinoise, née il y a plus de 2500 ans. La conception chinoise de l'univers repose sur l'idée que le monde est un seul et même organisme, et nous retrouvons là encore la présence d'éléments associés à la nature et à tout être vivant, à savoir le bois, la terre, le feu, le métal et l'eau. Selon la cosmologie chinoise, le *qi*, qui désigne l'énergie vitale à l'origine de l'univers, relie tous les êtres entre eux. La santé de l'homme réside dans la circulation équilibrée en lui de *qi* matériels comme le sang ou les liquides organiques, et de *qi* immatériels comme le souffle et l'esprit. Cette circulation se fait le long de méridiens, reliés aux organes, débouchant au niveau des pieds et des mains, et parcourus de points permettant un échange permanent entre le corps

et l'environnement. Cette médecine holistique ne consiste pas seulement à éliminer une maladie et ses causes, mais aussi à intervenir avant qu'un trouble survienne; son objectif est d'entretenir l'harmonie des énergies en l'homme. Le médecin a donc pour but, au-delà de rétablir la santé, de la préserver. La personne atteinte d'un trouble n'est pas perçue comme un corps mécanique dont une partie est défaillante, mais comme un individu que l'on doit appréhender dans sa globalité, d'une part afin de comprendre comment la maladie s'installe en lui, et d'autre part pour trouver le remède qui répondra le mieux à ses souffrances. Les soins reposent sur plusieurs pratiques telles que le massage de points spécifiques pour rééquilibrer le *qi*, l'automassage qui permet la connaissance de son propre corps, ou encore des techniques de visualisation grâce auxquelles le sujet peut prendre conscience de la circulation des énergies en lui. Globalement, ces techniques requièrent la participation du soignant mais aussi celle du soigné puisque celui-ci doit se concentrer sur lui-même, et a de ce fait un rôle actif dans sa guérison.

La médecine chamanique

Le cas du chamanisme est lui aussi intéressant; sa philosophie repose sur l'idée que tout être est pourvu d'un esprit et d'une énergie. Le chamanisme est une pratique provenant de plusieurs endroits du monde sous des formes différentes, tels que la Mongolie, le Népal, la Chine, la Corée, le Japon, mais aussi l'Amérique latine, l'Amérique du nord avec les

Amérindiens, la Scandinavie, l'Afrique ou l'Australie. Sa médecine ancestrale considère que la maladie que subit un individu correspond à un signe d'oubli de sa nature divine, et base alors ses pratiques sur la réconciliation de l'homme aux énergies de la nature et à sa propre conscience afin de rétablir l'harmonie. Le chamane a plusieurs fonctions, notamment celle du guérisseur; il a la faculté de voir ce qui relève de l'invisible, dont les maladies font partie. Il soigne son patient en le guidant et en le faisant accéder à un état de transe, c'est-à-dire à un état modifié de la conscience, afin qu'il atteigne le monde des esprits. Ce faisant, il établit un terrain favorable à la guérison; il s'agit de travailler à la fois sur le corps, sur le psyché et sur l'esprit, ce qui nécessite un échange, une prise de conscience, et donc l'implication de soi.

Pendant longtemps, on attribue du sens à la maladie dans la mesure où elle constitue le signe d'un besoin de rééquilibrage; cette dimension existe encore dans certaines civilisations comme nous le montrent les exemples de la médecine chinoise et du chamanisme. En occident, les sciences et les techniques, évoluant dans une démarche de progrès constant, cherchent à percer les secrets du vivant en attribuant une vision rationnelle aux événements; une distance s'établit entre corps et esprit, et le sujet est écarté au profit de son corps organique, donnant lieu à une relation de pouvoir entre soignant et soigné. La partie suivante de ce mémoire nous aidera à appréhender la dimension de soin, d'abord dans nos relations sociales, afin de voir ensuite comment elle peut, dans un contexte médical, devenir une relation d'égalité et d'empathie.

PRENDRE SOIN

La philosophie du *care* ou l'éthique de la sollicitude

Définition du soin

¹ *Ethics of care* en anglais

Théorisée dès le début des années 1970, l'éthique de la sollicitude¹ est une réflexion morale dont l'une des pionnières est Carol Gilligan, philosophe, psychologue et féministe américaine. Son ouvrage le plus célèbre, *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*² paru en 1982, explique que la question centrale de l'éthique de la sollicitude est celle du soin et de la préservation de la relation avec autrui. Il s'agit pour l'auteure de « *la capacité de prendre soin d'autrui* », ce qui recouvre un vaste champ d'actions.

² *Une voix différente* en français

Le terme de soin regroupe en effet plusieurs définitions. Il désigne le souci et la préoccupation relative à un objet, à une situation, à un projet, ainsi que l'intérêt, l'attention que l'on a pour quelqu'un. Une autre définition possible est celle de la responsabilité qu'une personne doit assumer; on parle de *prendre soin de quelqu'un* ou de *quelque chose*, de *prendre soin de la santé, du bien être moral ou matériel de quelqu'un*. La définition de soin qui nous intéressera le plus ici est celle qui correspond à des « *actes de sollicitude, de prévenance envers quelqu'un, actions par lesquelles on s'occupe de la santé, du bien-être physique, matériel et moral d'une personne.* »³ Paul Ricoeur entend par sollicitude « *un mouvement du soi*

³ CNRTL : définition de soin

vers l'autre, qui répond par l'interpellation du soi par l'autre. »¹

Nous pouvons en somme désigner le soin comme étant une activité répondant à un besoin déterminé chez un individu vulnérable. Joan C. Tronto, sociologue et théoricienne féministe américaine, revient dans son ouvrage *Un monde vulnérable. Pour une politique du care* sur la conception du *care* comme que défend Gilligan, qui voit une application du soin différente selon le genre, et pour qui l'attitude morale à l'origine de la sollicitude est essentiellement féminine. Tronto, qui a une approche plus politique du *care* que Gilligan, considère que les femmes ne sont pas prédisposées à se soucier d'autrui, que la réponse que l'on donne aux besoins d'autrui ne dépend pas du genre, mais qu'elle dépend plutôt de ce qui relève de l'expérience individuelle de chacun et de l'organisation de la société; elle observe en effet que la charge du *care* n'est pas égale entre tous, alors que cette activité est nécessaire pour le fonctionnement de la société et qu'elle engage tous les individus à un moment donné, qu'ils soient récepteurs ou dispensateurs du soin. Elle définit la notion de *care* ainsi: « *Activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, tout ce que nous cherchons à relier en un réseau complexe en soutien à la vie.* »²

¹ Paul Ricoeur, *Lectures 2, La contrée des philosophes*, Paris, Seuil, 1992, p. 205

² Joan Tronto, *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*, Editions La Découverte, 2009, p. 13 et 143

Plusieurs théories ont été formulées autour cette notion; certaines présentent le *care* comme étant

une aptitude, relevant de ce qui est inné, alors qu'il s'agit pour d'autres d'une activité, d'une compétence qui s'acquiert. Selon Agata Zielinski, professeure de philosophie à la Faculté de Médecine de Nancy, « *il s'agit plutôt de se demander comment avoir les bonnes dispositions pour bien agir* »¹; il ne faut donc pas dissocier la vertu de l'acte. Aristote exprimait déjà cette idée: « *Ce n'est ni par nature ni contrairement à la nature que naissent en nous les vertus morales, mais la nature nous a donné la capacité de les recevoir, et cette capacité est amenée à maturité par l'habitude.* »². L'acte sans la vertu devient un acte mécanique, et ne prête pas attention au sujet, tandis que le sentiment moral sans acte concret ne produit rien. Le *care* serait donc une articulation entre la vertu morale et l'activité, une intelligence des situations particulières qui fournit une réponse adaptée à un contexte.

Selon Tronto, un acte relevant du *care* bien accompli s'apparente à une démarche se divisant en quatre étapes:

- La première étape est celle de *caring about* (se soucier de); il s'agit de constater un besoin chez autrui, la nécessité morale et la possibilité d'y répondre, ce qui requiert une capacité à s'identifier et à se mettre à la place d'autrui, c'est-à-dire de faire preuve d'empathie.
- La seconde étape est celle de *taking care of* (prendre en charge) et consiste en la mise en oeuvre de l'acte répondant aux besoins identifiés si l'on est assuré qu'il sera efficace.
- Vient ensuite le *care giving* (prendre soin) qui correspond à un contact avec autrui à travers

¹Agata Zielinski, *L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin*. *Études*, 2010/12, tome 413, p. 631-641

²Aristote, *Éthique à Nicomaque II*

son besoin. Tronto note que ceci demande du professionnalisme; il ne s'agit pas seulement d'une qualité morale puisqu'il est essentiel de procurer à autrui ce qui répond à ses besoins de manière concrète et efficace.

- La dernière étape est celle du *care receiving* (recevoir le soin). Elle désigne le fait de reconnaître la manière dont l'individu ayant manifesté un besoin réagit au soin qu'il reçoit. Il s'agit ici d'évaluer l'efficacité du processus de soin dans son ensemble, de voir s'il y a un résultat; cette évaluation passe naturellement par la réaction de l'autre.

Care et cure

Donald Woods Winnicott¹ rapproche la notion de *care* de celle de *cure*. L'étymologie latine de *cure* serait *curo*, signifiant « *s'occuper de, faire le nécessaire, assumer son engagement* » et « *soigner une maladie, assister un malade, traîter, panser.* » On constate alors que le sens premier de *cure* semble correspondre au sens de *care* tel que nous le connaissons actuellement. Le mot *cure* renvoie aujourd'hui à l'ensemble des soins médicaux, souvent d'une certaine durée, destinés à traiter des maladies, qu'elles soient physiologiques ou psychologiques, ou des lésions, en vue de leur guérison; il s'agit donc d'éradiquer une pathologie et de rétablir la santé. Winnicott remarque que le *cure* d'aujourd'hui est d'ordre technique et est dépourvu du *care*; l'action liée au *cure* a pour but d'objectiver la maladie indépendamment du sujet et est donc en somme un soin de réparation ne s'appuyant que sur des

¹Donald Woods Winnicott, né en 1896, était un pédiatre et psychanalyste britannique.

causes organiques, isolant le sujet de sa subjectivité, de son environnement, de sa classe sociale, de son mode de vie, et de tout ce qui peut intervenir dans le développement d'une pathologie. On en revient finalement à la séparation du corps et de l'esprit, aux techniques et à l'institutionnalisation médicales centrées sur le corps anatomique qui ont écarté le sujet. Les soins médicaux deviennent une réparation du corps, tandis que la relation humaine et sociale liée initialement au soin devient minime. L'enjeu essentiel pour Winnicott est de réconcilier *care* et *cure*, c'est-à-dire de faire en sorte que le soin médical et les techniques qu'il implique s'articulent avec la relation de soin.

Les entraves à la mise en pratique du *care*

Il convient d'aborder maintenant les facteurs qui minimisent de la relation de soin dans nos rapports sociaux quotidiens, et dans le contexte médical.

Tronto observe que, de manière générale, le soin fait l'objet d'une dévalorisation constante; il est souvent assimilé à l'émotion, à la sphère privée, au genre féminin et plus particulièrement au rôle maternel, alors que notre société attend de ses individus un esprit rationnel, une qualité souvent associée au genre masculin. Le soin selon Tronto concerne tous les individus et englobe tous les aspects de notre vie, il ne s'agit donc pas d'une disposition liée au cercle familial et strictement féminine. Une dévalorisation à l'égard des destinataires du soin existe également puisque dans une société où l'on prône l'autonomie et l'indépendance, le fait d'être vulnérable et de manifester un besoin peut être perçu comme un signe de faiblesse.

Dans le domaine médical, plusieurs causes sont à l'origine de l'amointrissement de la relation de soin. Ivan Illich observe que jusqu'au XVIII^e siècle, la rencontre entre le soignant et le patient était essentiellement basée sur la parole, et que « *l'art médical était celui de l'écoute.* »¹ Le patient exprimait alors les déséquilibres qu'il ressentait en lui. Illich note que ceci a progressivement laissé place à l'auscultation; l'attention portée autrefois sur le sujet se porte désormais sur son corps objectivé et sur le savoir lié aux pathologies.

¹ Ivan Illich, *L'obsession de la santé parfaite*, *Manière de voir*, vol. 73, no. 2, 2004, pp. 031-031

Marie-José Imbault-Huart distingue les principales causes de la transformation de cette relation ; il y a tout d'abord, comme nous l'avons abordé précédemment, l'omniprésence de la technique qui tend à faire du médecin un technicien et non plus seulement un soignant, tant ses outils lui permettent de se concentrer sur une pathologie et sur une partie spécifique du corps anatomique. Ceci rejoint l'hyperspécialisation qui fait, elle aussi, obstacle à cette relation puisqu'elle empêche le professionnel de porter un regard global sur l'individu et sur les soins que sa condition nécessite, donnant lieu à une déshumanisation du patient. De plus, elle mène inéluctablement à la multiplication des professionnels, chacun exerçant leur spécialité, ce qui fait qu'un soignant n'est pas tout à fait autonome dans le choix de la thérapie et qu'il doit prendre en compte les avis donnés par les autres professionnels intervenant dans la décision thérapeutique, et n'est donc pas seul face à un patient. S'ajoute à cela l'institutionnalisation de la santé qui donne lieu à de nombreuses tâches administratives, prenant désormais une place importante dans les professions liées à la santé ; les soignants ne travaillent plus sur des sujets malades mais sur des dossiers. Enfin, l'intégration de la santé au système économique fait que le budget lié à la santé est très encadré par l'État, qui cherche à limiter ses dépenses. Cela provoque un impact direct sur les conditions de travail des professionnels de la santé puisqu'ils ont peu de temps à consacrer à leurs patients, mais aussi peu de ressources humaines et matérielles à leur disposition. Cette situation est

d'autant plus difficile à gérer face à l'augmentation constante de la population, et donc du nombre de patients à prendre en charge ; ceux-ci s'apparentent désormais à des clients qui exigent toujours plus de soins thérapeutiques d'un système dont ils n'acceptent plus l'erreur tant ils font confiance au savoir médical devenu dominant.

La relation de soin

Nombreux sont les facteurs qui rendent la communication entre le corps médical et les patients difficile à mettre en place. La philosophie du *care* telle que nous l'avons étudiée précédemment consisterait donc, dans ce contexte médical, à prendre en considération la subjectivité du patient puisque tout acte de soin d'adresse à des individus, même dans le cadre de mesures collectives telles que la vaccination, le dépistage ou la prévention. S'il s'avère indispensable qu'une certaine distance réside entre patient et soignant, afin que ce dernier ne s'investisse pas émotionnellement, nous ne pouvons toutefois pas contester l'importance de la relation de soin. Pour le philosophe Jean-Philippe Pierron, il s'agit d'aller vers une posture « *qui soit juste distance sans être distante.* »¹

¹Jean-Pierre Pierron, *Vulnérabilité, Pour une philosophie du soin*, Paris, P.U.F., 2010, p. 41

Pour Canguilhem, l'enjeu est d'aller vers l'égalité entre soignant et soigné et de créer une humanité commune ; pour reconnaître la subjectivité de son patient, le soignant doit prendre conscience de sa propre subjectivité, c'est-à-dire admettre qu'il peut lui-même potentiellement faire face aux difficultés que rencontre le patient. Selon lui, ce qui peut faire obstacle à la relation de soin réside dans le dédoublement mis en oeuvre par le soignant, à savoir un mécanisme de défense qui l'incite à se concentrer sur des faits organiques et objectifs, et qui l'empêche de se projeter dans la situation de la personne malade. C'est en admettant ses propres fragilités en tant que sujet vivant

et mortel qu'il pourra s'identifier à l'expérience vécue par le patient, et mettre ainsi en oeuvre une relation de soin qui reposera sur l'empathie et sur l'accompagnement, et non sur le pouvoir. Il ne s'agit pas de pathologiser la relation, mais de l'humaniser. Ce faisant, le spécialiste redevient un soignant et un sujet lui aussi, et non plus seulement technicien, unique détenteur du savoir médical. Canguilhem soulève à ce propos un point intéressant ; il affirme que le patient est apte à instruire son médecin puisqu'il lui transmet en effet son expérience subjective de la maladie. Les deux individus en sont alors chacun experts, et leur relation doit pouvoir donner lieu à un échange de connaissances ; le soignant doit faire preuve de pédagogie envers son patient qui n'a pas nécessairement le savoir scientifique lui permettant de comprendre comment s'est installé en lui le trouble et comment va se dérouler la démarche thérapeutique, et le patient transmet lui aussi un enseignement au professionnel à travers son expérience. C'est ce partage, selon le philosophe, qui donne lieu à une relation de soin alliant égalité et respect. Céline Lefève résume cette idée ainsi : « *Le soin réside dès lors dans des relations pédagogiques réciproques, nourries des connaissances respectives des soignants et des soignés.* »¹ L'importance d'une relation de soin efficace réside en outre dans le fait que, comme le montrent P. Adam et C. Herzlich, une relation de soin qui accorde de l'importance à la communication permet aux patients d'être aptes à expliquer clairement les troubles qu'ils ressentent, et ils reçoivent alors une meilleure aide.

¹Céline Lefève, *De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical*. Revue de métaphysique et de morale, vol. 82, no. 2, 2014, pp. 197-221

L'éducation thérapeutique

Ce qui caractérise la maladie chronique est qu'elle s'inscrit dans la durée, qu'elle ne guérit pas, et qu'elle peut faire l'objet d'une rémission ou d'une stabilisation. Dans tous les cas, elle exige un ajustement de la vie du sujet puisqu'elle implique différents soins qui ponctuent son quotidien afin de la contrôler, de ralentir son évolution, et d'éviter des complications. Les périodes d'hospitalisation étant de plus en plus courtes et le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques étant de plus en plus important, le personnel médical doit s'adapter; une partie du soin est alors déléguée au patient qui doit dès lors s'autonomiser, ce qui requiert un apprentissage passant par la formation des malades.

La nécessité d'inculquer une forme de pédagogie aux patients et de les rendre plus autonomes, associée à l'idée d'une relation de soin basée sur l'écoute et sur l'empathie, a notamment donné lieu à l'éducation thérapeutique. Ce terme désigne une démarche pouvant être incluse dans la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques qui passe par l'apprentissage et la pédagogie liée à leur pathologie. Il s'agit de les aider à acquérir des compétences grâce auxquelles ils peuvent gérer au mieux leur maladie et leur vie quotidienne. Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique vise à *« permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les*

soins et centrés sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. »¹

¹ Rapport de l'OMS (organisation mondiale de la santé), 1996

L'éducation thérapeutique permet notamment la mise en place de l'autogestion, grâce à laquelle le patient peut développer des compétences de résolution de problèmes de la vie quotidienne avec la maladie, au niveau médical, social et émotionnel, renforçant ainsi le sentiment d'efficacité personnelle, le tout avec la collaboration avec les soignants. Cette approche prend également en considération les aptitudes du patient, qu'il soit enfant, adolescent ou adulte; sans nier la différence entre soignants et patients, ces derniers ont eux aussi une expertise de la maladie reconnue par les professionnels, ce qui leur permet de créer un dialogue efficace. Cette approche passe par divers dispositifs leur permettant de comprendre le fonctionnement de leur maladie, de leur traitement, d'adapter leur mode de vie, de gérer des situations de crise, de gérer leur vie personnelle ou professionnelle, de partager leur expérience, etc. Nous pouvons considérer que ce processus s'inscrit dans une démarche de *care* puisqu'il vise à se soucier d'autrui, à considérer le patient dans sa subjectivité; il n'est pas réduit à un corps objectivé, soumis à une maladie et à des traitements, mais est bel et bien perçu comme un sujet ayant sa propre expérience. Il s'agit de préserver sa qualité

de vie physique, psychique et émotionnelle, et son intégration dans la société. Un des facteurs de l'émergence de l'éducation thérapeutique fut l'épidémie du sida dans les années 1980-1990, qui, comme le soulignent Catherine Tourette-Turgis et Joris Thievenaz, a « bouleversé les fondements théoriques du soin et de l'accompagnement »¹, de par ses conséquences physiques et psychiques sur la vie du patient, mais aussi sur ses relations personnelles et sur son exclusion sociale. Il a alors fallu redéfinir les rapports de soin. Le film *120 battements par minute* de Robin Campillo témoigne de l'engagement dont on du faire preuve les soignants, les malades eux-mêmes ainsi que leur entourage pour qu'ils aient accès à des informations, à une écoute et à un accompagnement dans leur parcours de maladie.

Fondamentalement ancrée dans la philosophie du *care*, la pratique de l'éducation thérapeutique constitue une remise en cause de la hiérarchie et de la relation de pouvoir entre soignant et patient, permettant à ce dernier une implication plus importante. Il apparaît en somme que la connaissance d'une pathologie joue un rôle non négligeable dans la gestion que l'on en fait. Ce type de démarche implique donc l'intervention de la pédagogie puisqu'il est nécessaire de saisir le fonctionnement d'une pathologie. Ce processus n'est en revanche pas toujours facile à mettre en place car il nécessite du temps, que le professionnel n'est pas forcément en mesure d'accorder. C'est pourquoi il peut s'avérer judicieux de songer à des outils permettant d'accompagner cette démarche tout au long du parcours de soin, et pas uniquement lors des consultations.

L'institutionnalisation du domaine de la santé a transformé l'exercice de la médecine en une tâche que le professionnel doit accomplir sans avoir le temps de considérer le sujet. Pourtant, une relation de soin, afin d'être efficace, doit reposer sur l'échange entre le soignant et le soigné, et sur l'implication de ce dernier. Il apparaît en effet primordial d'inclure le sujet dans son parcours de soin en lui redonnant une place active afin qu'il puisse d'abord comprendre l'origine de la pathologie dont il est atteint, et qu'il puisse ensuite l'appréhender et coexister avec elle. En quoi le savoir représente-t-il une forme de soin ? Comment la pédagogie peut-elle participer au parcours de soin ? Peut-on utiliser le potentiel de l'image pour accompagner la démarche thérapeutique ?

¹ Catherine Tourette-Turgis, Joris Thievenaz, *L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche*, Savoirs, 35(2), 2014, pp. 9-48

LA REPRÉSENTATION COMME PARTIE INTÉGRANTE DU PARCOURS DE SOIN

Un besoin intemporel d'images

L'image comme support d'enseignement et de diffusion du savoir

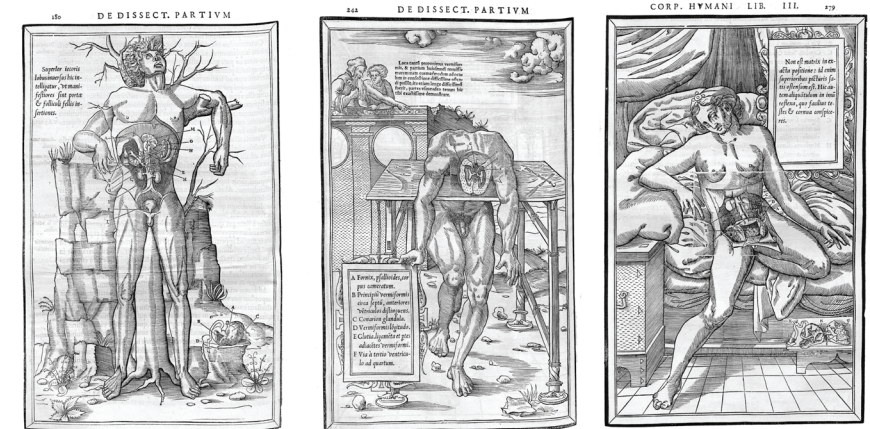
La valeur représentative de l'image lui permet de figurer des choses de manière concrète, y compris ce que l'on ne voit pas. Elle fait également figure de signes; pour Jacques Aumont, « *l'image contient du sens* »¹ qui est à lire par son destinataire, mais elle doit aussi plaire au spectateur, lui procurer des sensations. Elle est très tôt utilisée dans le but d'appréhender le monde et d'instruire; dans l'art pariétal, le fait de représenter des animaux sert à les apprivoiser symboliquement, tandis que les fresques dans les églises enseignent à l'homme comment se structure le monde.

L'image permet en effet de faciliter la compréhension, et dans le domaine scientifique, de donner à voir des processus que nous ne sommes pas aptes à percevoir, ce qui relève de l'infiniment petit et ce qui est caché, tel que l'intérieur du corps par exemple. L'acquisition de connaissances, notamment dans les études médicales, s'appuie sur des informations théoriques mais aussi visuelles,

¹ Jacques Aumont, *L'image*, 1990, pp.88

¹ Voir l'entretien avec Charlène Letenneur

afin de lier la théorie et la pratique¹, d'ancrer et de transposer le savoir dans la réalité. Les anatomistes de la Renaissance, en disséquant des cadavres, répondent à un devoir de diffusion des connaissances liées au corps humain; en l'ouvrant et en observant ce qu'il contient, ils comprennent son organisation, et ils dessinent ensuite ce qu'ils voient afin de transmettre leurs découvertes. Leur démarche consiste alors à décrire et à analyser les formes présentes dans le corps, afin de distinguer chaque structure et leur fonctionnement. Dans le but de ne pas répugner ceux qui ne seraient pas familiers avec des images représentant l'intérieur du corps, leurs dessins sont contextualisés et mis en scène, parfois comme si les corps représentés sont ceux de personnes vivantes.



Charles Estienne, 1545

La popularisation des connaissances scientifiques

Longtemps réservés à une élite, l'image médicale et le savoir scientifique de manière générale, se sont au fil du temps répandus et sont devenus de plus en plus accessibles. Les cabinets de curiosités, à l'origine des musées, sont un exemple de cette mise en lumière des connaissances et des découvertes ; les savants de la Renaissance cherchent à classer des données et à leur donner un cadre. Ils exposent ainsi une multitude d'éléments naturels, tels que des plantes, des animaux, des minéraux, mais aussi des objets créés par l'homme comme des trouvailles archéologiques ou des instruments de mesure scientifiques. Un peu plus tard, *l'Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* de Denis Diderot et de Jean Le Rond d'Alembert, éditée entre 1751 et 1772, représentera le support par excellence de la volonté d'édifier les connaissances, de les illustrer et de les diffuser auprès de tous ; le siècle des Lumières est une période qui cherche à faire progresser l'humanité en lui faisant accéder au savoir et à l'instruction.

Le domaine de l'art s'empare ensuite lui aussi de la représentation du corps et cherche à retranscrire sa réalité organique, parfois de manière macabre. C'est ainsi que des travaux d'anatomistes et de chirurgiens sont exposés, tels que les écorchés de Fragonard, qui conservait et mettait en scène des cadavres, ou Gunther Von Hagens, qui a dévoilé au public des corps disséqués, là encore dans des

postures imprégnées de vie, à travers l'exposition *Our Body*. Malgré la répulsion que la vue de corps ouverts peut provoquer et les questions liées à l'éthique qu'elle a pu soulever, elle a tout de même suscité la curiosité de nombreuses personnes ; elle laissait en effet le public voir ce qui était traditionnellement réservé au monde médical. Ces exemples nous montrent que finalement, le corps, sa structure et son fonctionnement, lorsqu'ils ne sont pas dans un contexte purement médical, provoquent tout de même un certain intérêt, et pas uniquement auprès d'un public de spécialistes. Pour Von Hagens, l'intérêt de son exposition était de rendre compte de la complexité du corps, de sa valeur, en proposant une forme de pédagogie.

Le savoir et l'image au service du soin médical

L'image est devenue un outil incontournable en médecine. Si la dissection représentait autrefois la seule méthode permettant de voir l'intérieur du corps, les techniques d'imagerie médicale, par la suite, se sont peu à peu développées ; au-delà de chercher à comprendre le fonctionnement du corps à son état de normalité, elles ont pour ambition de déceler les anomalies ; c'est de la volonté de toujours mieux connaître le corps et les maladies qui l'atteignent que naissent ces techniques de représentation, appliquées cette fois à des sujets vivants. Nous le savons, ceci a considérablement facilité les diagnostics et les décisions thérapeutiques, et c'est d'abord dans cette dimension que le savoir se révèle comme support de

soin; en connaissant comment fonctionne le corps et une pathologie, on choisit le soin le plus adapté.

Bien que fascinante pour beaucoup, l'image médicale, mettant en transparence le corps, peut représenter pour le patient une source d'angoisse puisqu'elle lui montre un corps qui est le sien mais qu'il ne reconnaît pas et auquel il ne peut pas s'identifier, d'autant plus qu'il ne possède pas nécessairement les connaissances lui permettant de lire et de comprendre ce qu'elle dit. Elle est toutefois essentielle puisqu'elle est révélatrice de la maladie et c'est à partir de ce qu'elle montre que le médecin peut agir et décider de la démarche thérapeutique qui convient. Pour Céline Masson, cette image est aussi utile au patient; nous ne pouvons combattre un mal que dès lors que nous le voyons et le connaissons. Elle note cependant que l'image médicale est invasive, qu'elle « *pénètre le corps* »¹ sans se soucier du sujet: « *c'est un corps-objet qui est exploré.* »² L'auteure cite Bernard-Marie Dupont et Corinne Pieters qui expriment cette idée ainsi: « *Mis en image par la technique, le corps se voit réduit à un morceau d'espace, à des fonctions dont la réalité et l'importance échappent en tout point au malade sans lequel, pourtant, elles n'existeraient pas.* »³ Si l'image est visible de façon immédiate, sa compréhension ne l'est pas pour autant, en particulier si elle est réalisée dans un contexte dont le destinataire ne saisit pas les codes.

¹ Céline Masson, *L'image en médecine: us et abus. L'image n'est pas la réalité*, Cliniques méditerranéennes, vol. 76, n° 2, 2007, pp. 61-75

² Ibid

³ Bernard-Marie Dupont et Corinne Pieters, *Image, philosophie et médecine: le corps en regards*, 2000

Il y a donc tout intérêt de permettre à l'individu de voir le corps d'une manière différente, de le guider vers la réappropriation de ces images, en lui proposant par exemple des représentations qui peuvent susciter sa curiosité, rendre compte de la réalité organique sans pour autant qu'elles ne soient violentes, et auxquelles il puisse s'identifier en tant que sujet; Jacques Aumont voit en effet en l'image un potentiel de reconnaissance, qui permet au spectateur de s'identifier, même partiellement, à ce qu'elle montre. Il peut donc être intéressant d'explorer cette faculté de l'image.

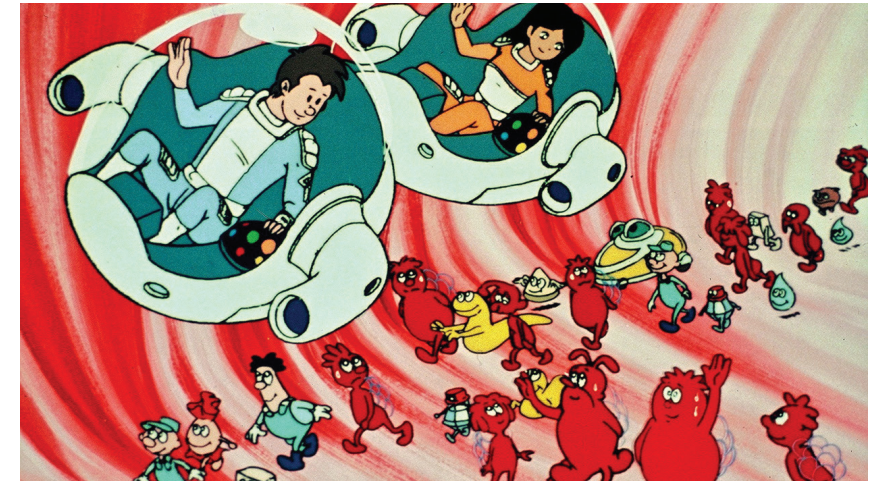
L'image comme outil de communication et de médiation

Adapter le savoir au public

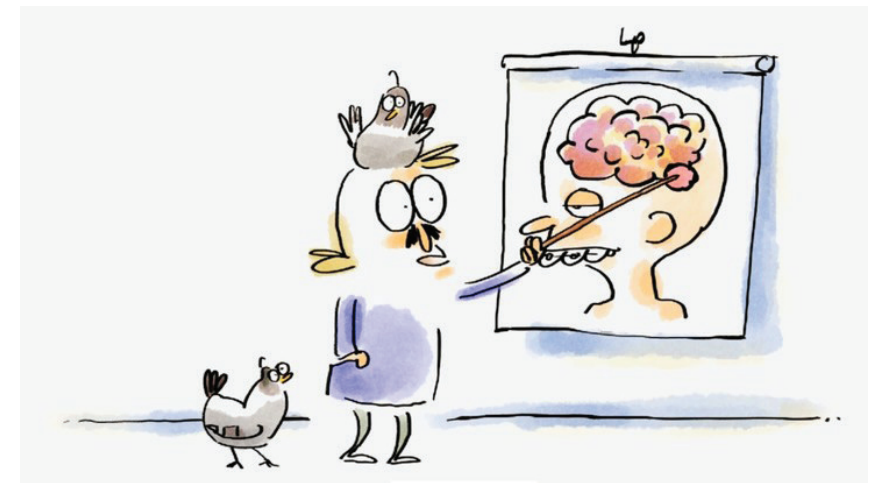
Si les images scientifiques et médicales servent au départ à diffuser un savoir puis à soutenir un diagnostic, elles sont de plus en plus accessibles et peuvent avoir comme vocation d'être pédagogiques. Des outils sont alors créés dans le but de transmettre des connaissances, en adaptant le savoir et en le mettant à la portée du public. On parle alors de vulgarisation, définie comme « l'action de mettre à la portée du plus grand nombre, des non-spécialistes des connaissances techniques et scientifiques. »¹

¹ Dictionnaire Larousse

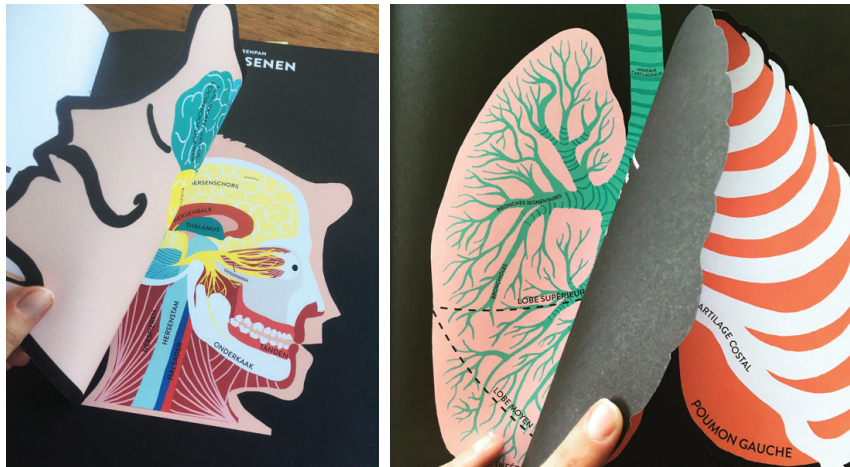
De nombreux programmes et supports sont réalisés selon cette démarche; nous pouvons par exemple citer *Il était une fois la vie*, *C'est pas sorcier*, ou plus récemment *Tu mourras moins bête*, qui, à travers une forme de narration, proposent d'accéder à certaines connaissances vulgarisées de manière à informer le public, à l'éduquer sur des questions liées aux sciences et à la médecine, à susciter sa curiosité, mais aussi à créer une forme d'émerveillement vis-à-vis de ces domaines. Il existe également de nombreux modules pédagogiques permettant aux enfants, dès leur plus jeune âge, de s'approprier des principes liés à l'anatomie, avec des images et des informations adaptées à leur niveau.



Albert Barillé, Jean Barbaud, *Il était une fois... la Vie*, 1987



Marion Montaigne, Jacques-Rémy Girerd, *Tu mourras moins bête*, Arte, 2016



Hélène Druvert, *Anatomie*,
De la Martinière jeunesse,
2016

Ce type de support s'adresse toutefois à un public large, il ne permet pas à l'individu malade l'appropriation de connaissances propres à sa condition; c'est pourquoi nous pouvons questionner le rôle de l'image dans le parcours de soin, qui implique la singularité de l'individu.

De plus, la popularisation du savoir conduit à certaines limites; la circulation d'un nombre important d'informations, dans un contexte où nous constatons un manque de communication et de confiance entre le corps médical et les patients, incite parfois les individus à se tourner vers internet afin de trouver le traitement le plus approprié selon leur situation, ce qui peut avoir comme conséquence

l'auto-médication ou la non-observance des prescriptions par exemple, d'autant plus que ces informations sont souvent biaisées et ne prennent pas en compte les spécificités propres à l'individu.

L'image didactique dans le soin

Comme nous l'avons vu en seconde partie, une relation de soin efficace repose sur la communication entre soignants et patients, de manière à ce que ces derniers puissent être informés au mieux quant à leur pathologie et aux traitements dont ils ont besoin. Or, il est souvent difficile de mettre ce rapport d'échange en place, notamment pour les raisons que nous avons déjà évoquées, mais aussi parce qu'il n'est pas possible pour le soignant de transmettre tout son savoir lors d'une consultation de quinze minutes, d'autant plus que le patient ne peut pas retenir toutes les informations qui lui sont communiquées, que ce soit sur son état de santé ou sur la thérapie dont il a besoin. C'est pourquoi la mise en place de supports de médiation peut s'avérer intéressante.

Le rôle de l'image est avant tout de communiquer, de transmettre des propos et des informations. Elle constitue un véritable outil de médiation, de représentation et d'échange; il apparaît alors nécessaire qu'un dialogue naisse autour d'elle, afin de lui donner du sens et de faire en sorte qu'elle facilite le discours médical. L'éducation à la santé peut tout à fait passer par l'image; celle-ci s'avère en effet efficace pour déclencher une réaction de la part

du public, et aussi pour aider l'individu à se projeter. Nous pouvons citer comme exemple le projet résultant d'une collaboration avec des spécialistes et des étudiants en médecine, des étudiants de l'atelier Didactique Visuelle de la Haute école des arts du Rhin à Strasbourg; ce projet aborde la thématique des vertiges et constitue un support de médiation entre le soignant et le patient, mais ce dernier peut aussi l'utiliser de manière autonome s'il a un doute quant aux gestes à réaliser. À travers un dispositif manipulable, il explique en effet la manœuvre à suivre en cas de vertige, en utilisant des schémas et des explications relativement simples.



Le design peut ici servir à rappeler des informations déjà formulées par le médecin, ainsi que les bons comportements à avoir. L'image peut alors servir à appuyer le discours du spécialiste, qui peut s'avérer complexe, d'une part parce qu'il utilise des termes spécifiques que le patient ne peut pas toujours assimiler, et d'autre part parce que le temps d'une consultation ne laisse finalement pas beaucoup de place à l'éducation.

La visualisation

La perception visuelle peut donner lieu à l'image mentale, qui possède elle aussi des facultés intéressantes. Aristote se questionnait sur les propriétés de l'âme et avait déjà exploré la question de l'image mentale: «*La faculté pensante pense ses formes en images mentales. (...) Personne ne pourrait jamais apprendre ou comprendre quoi que ce soit sans la faculté perceptive; même quand on pense spéculativement, on doit avoir une image mentale avec laquelle penser.*»¹

¹Aristote, *De l'âme*

Si son effet est essentiellement mesuré par le sujet lui-même, de nombreuses études scientifiques démontrent que la visualisation d'images mentales produit une activité sur le cerveau; si le celui-ci sait faire la différence entre un geste réalisé physiquement et un autre réalisé mentalement, dans les deux cas, les zones du système nerveux qui s'activent sont les mêmes. Nous constatons aujourd'hui l'application de la visualisation dans de multiples domaines tels que le sport de haut niveau, les examens, et en somme, tout ce qui nécessite une préparation à une performance, dans le but d'accéder à la réussite.

Il a également été prouvé qu'elle a un effet sur l'activité du système immunitaire, permettant alors d'accélérer la guérison. Certains médecins, dans les thérapies qu'ils proposent à leurs patients, utilisent cette pratique en complément aux traitements médicaux; c'était notamment le cas de Carl Simonton, radiothérapeute et oncologue américain, qui a contribué à populariser, dès les années 1970,

la visualisation dans un contexte thérapeutique. Tout au long de ce processus, il suggérait à ses patients de visualiser le traitement et les cellules immunitaires comme des milliers d'entités s'alliant afin de détruire les cellules cancéreuses, et celles-ci comme affaiblies par leur attaque. Cette technique, encore utilisée aujourd'hui, permet l'implication active du patient dans le soin et dans la guérison de sa maladie. Selon des statistiques, des personnes atteintes de cancer ayant employé des techniques de visualisation ont vécu plus longtemps que les autres. La médecine chinoise, que nous avons abordée en première partie, repose essentiellement sur cette pratique; elle consiste en effet à visualiser le souffle et les énergies circuler en soi.

L'imaginaire et la narration dans l'apprentissage

Appréhender le réel par l'imaginaire

C'est de l'imagination que naît l'imaginaire, que l'on a tendance à opposer à la réalité. Le terme imaginaire peut en effet renvoyer à ce qui est faux, à ce qui constitue l'illusion, en opposition au domaine des sciences qui recherche la vérité. Pour Pascal, l'imagination est source d'erreurs et nous détourne de la raison.

Or, certains considèrent que l'imaginaire permet d'assimiler des informations concrètes, issues du réel. Pour l'astrophysicien et écrivain Jean-Pierre Luminet, l'imaginaire est à la base de toute avancée scientifique; l'origine de l'interrogation réside dans l'imaginaire, et donne accès à la connaissance. De même, on utilise les facultés de l'imagination et les analogies pour familiariser les enfants aux divers aspects de la vie et aux questions qu'ils peuvent être amenés à se poser; selon le psychiatre René Diatkine, l'imagination est la condition primordiale à l'apprentissage et représente un moteur du développement. Jacques Aumont, dans son ouvrage *L'image*, la désigne comme « *domaine de l'imagination, entendue comme faculté créative, productrice d'images intérieures éventuellement extérieures.* »¹ Une des fonctions possibles de l'imaginaire est de créer des images, permettant de représenter des concepts, de les rendre visibles et lisibles.

¹Jacques Aumont, *L'image*, 1990, p.88

C'est en utilisant les facultés de l'imaginaire que l'on peut communiquer et traduire des idées et des notions qui peuvent sembler abstraites, ce qui peut s'avérer intéressant dans les domaines scientifiques et médicaux.

Il était une fois la vie et Tu mourras moins bête, que nous avons cités plus tôt, mettent en scène des informations issues de ces disciplines ; si les termes employés sont justes, ils sont expliqués à travers des histoires qui relèvent de l'imaginaire, dans un registre narratif et parfois humoristique. Cela permet d'une part d'atténuer la complexité des propos, d'autre part de dire la vérité en créant une distance avec la réalité, de l'adoucir. Cela invite également le spectateur à s'identifier et à transposer les connaissances qu'il reçoit dans sa propre expérience. En ce sens, l'imaginaire possède un potentiel de pédagogie non négligeable et constitue une valeur ajoutée à l'éducation.

La narration et la pédagogie au service du soin

L'imaginaire a le potentiel de raconter des histoires en créant un terrain propice au rêve et à la fiction, tout en engageant une forme de pédagogie grâce à laquelle il est possible de transmettre un savoir. En plus d'éduquer le patient sur une maladie, l'imaginaire et la narration peuvent également permettre de la dédramatiser et de ne plus la percevoir uniquement par le prisme technico-scientifique imposé par la médecine moderne. Certains designers s'emparent de ces facultés narratives afin de mettre en place un nouvel univers

lié à la maladie. C'est notamment le cas de Roxane Andrès, docteur en design sur la thématique design et médecine. Son projet *Bandes originales*, destiné à des enfants, est une mise en scène d'un objet médical banal que sont les bandes de soin ; elle leur attribue ici des propriétés thermochromes, permettant de faire apparaître des images et des textes au contact de la chaleur corporelle, créant ainsi une animation en surface. L'enfant voit donc le pansement agir, ce qui fait de ces dispositifs, selon la designer, un placebo visuel ; les bandes ne sont pas des médicaments, elles ne soignent pas, mais le jeune patient voit une histoire se dérouler sur sa peau ; un objet à l'origine purement médical devient ici un outil de dédramatisation et de diversion, grâce auquel le patient peut se détourner momentanément de sa condition mais aussi à l'aider à accepter sa pathologie. Un autre de ses projets, *La fabrique de coeurs*, vise à créer une distance avec la maladie, à la rendre manipulable, tout en s'appropriant des concepts issus de la technique médicale tels que la greffe ou la dissection ; il s'agissait, lors d'ateliers, de décomposer des peluches et de recréer des organes à partir des morceaux extraits, et de transposer des actes médicaux dans la fabrication d'objets, un peu à la manière d'un objet transitionnel¹ sur lequel le jeune patient pouvait transposer sa propre histoire. Cette démarche met en place un nouveau rapport à l'univers médical, différent de l'environnement austère et froid que renvoie traditionnellement l'hôpital. Elle permet aussi la réappropriation par le sujet des techniques issues de la médecine, de son corps et de sa maladie.

¹ L'objet transitionnel, principe mis en évidence par Winnicott dans les années 1950, désigne un objet dans lequel l'enfant voit une présence rassurante, un substitut maternel, grâce auquel il peut transposer son expérience subjective.



Roxane Andrès,
Bandes originales, 2005



Roxane Andrès,
La fabrique de coeurs, 2008

L'autre cas possible, dans le but de permettre au patient de s'exprimer, est de lui permettre de créer ses propres images afin de l'ouvrir au dialogue. *Histoire d'organes*, de Agathe Tabeaud, est l'un des modules d'un projet plus large visant à aider des enfants à se réappropriier leur maladie chronique. Cet outil a un objectif simple qui est de reconnaître et de localiser les différents organes du corps humain. Il nécessite la participation de deux enfants situés de part et d'autre d'une vitre transparente; l'un des enfants sert de modèle, tandis que le second dispose les organes sur la vitre. Ils ont également à leur disposition des feutres leur permettant de s'appropriier le module. *Rendez-vous en glycémie* est un autre projet de la designer; il constitue un dispositif utilisé lors de séances s'inscrivant dans une démarche d'éducation thérapeutique, s'adressant à des enfants atteints de diabète. Grâce à diverses pièces mettant en scène un décor, l'enfant peut placer des lieux et des activités correspondant à ce qu'il rencontre au quotidien, en laissant place à son imagination pour qu'il puisse raconter ses propres histoires. Le but est d'aider l'enfant à s'exprimer, à établir un dialogue et de l'aider dans l'apprentissage que nécessite la maladie chronique.



Agathe Tabeaud, *Histoires d'organes*, 2017



Agathe Tabeaud, *Rendez-vous en glycémie*, 2017

Renata Souza a également exploité les contraintes liées à cette maladie à travers un projet baptisé *Thomy* ; après avoir observé les difficultés quotidiennes que peuvent rencontrer les personnes atteintes de cette pathologie, la designer a mis au point un stylo injecteur adapté à une main d'enfant qui facilite le geste de la piqûre. Cette tâche peut ainsi être réalisée de manière moins pénible, plus amusante et avec plus d'autonomie. Le kit contient également des tatouages temporaires représentant des galaxies qui permettent, grâce à des petits points colorés, de mémoriser les points d'injection d'insuline. Ce dispositif donne non seulement à l'enfant de l'indépendance, mais il représente aussi un moyen d'accepter plus facilement sa maladie et les difficultés qu'elle peut engendrer sans en avoir honte. La designer cherche par ce projet à montrer qu'un repensant un objet de manière à dédramatiser un acte médical, en le rendant ludique et attractif, et en l'inscrivant dans une forme de narration, peut transformer le quotidien de l'utilisateur.



Renata Souza, *Thomy*,
2017

La mise en place d'un apprentissage lié à la maladie chronique est une manière de permettre sa réappropriation ; c'est en ce sens que l'on peut affirmer que le design, en utilisant le potentiel de la représentation et de la narration, peut participer au soin. Il s'agit de libérer le sujet de la relation de pouvoir et de la passivité que peut imposer la maladie, et la médecine telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, de l'impliquer et de lui donner un rôle actif dans son parcours de soin. Cela lui permet d'assimiler des informations liées à sa maladie, en tant qu'individu singulier, et de gérer au mieux son quotidien afin de ne pas être soumis aux contraintes qu'implique la maladie, l'aidant ainsi à vivre selon ses propres normes. Il ne s'agit donc pas de considérer la maladie comme un ennemi, mais plutôt comme une partie de soi, avec laquelle il faut coexister et dont il faut prendre soin ; en prenant soin de sa maladie, l'individu prend soin de lui-même, permettant alors la revalorisation de sa subjectivité.

Tout au long de son évolution, la médecine a été accompagnée de l'image. Longtemps destinée à un public relativement restreint, elle s'est peu à peu répandue, au départ pour diffuser un savoir général lié au corps, puis certains l'ont exploitée afin de proposer des représentations de la maladie et de rendre l'expérience de la maladie plus singulière, faisant d'elle un véritable atout d'accompagnement à la relation de soin.

CONCLUSION

Si la médecine occidentale a bouleversé la place accordée à l'individu dans son parcours de soin et a relégué la place de la relation entre soignant et patient en second plan, il apparaît judicieux de penser à des moyens pouvant revaloriser le rôle pourtant fondamental du dialogue et de l'éducation. S'emparer de l'outil qu'est l'image, comme le fait depuis bien longtemps la médecine dans le but de retranscrire des structures et des fonctionnements organiques, permet d'une part d'éveiller la curiosité du public. D'autre part, le fait de l'exploiter dans un contexte de pathologie, qui implique cette fois la singularité de l'individu, s'avère efficace pour plusieurs raisons. En allant vers une approche didactique de la maladie, grâce à des images permettant de la visualiser, elle devient tout d'abord perceptible, mais on peut en plus chercher à la dédramatiser, rendant son appréhension plus facile et permettant à l'individu de s'y confronter, et notamment de coexister avec elle dans les cas de maladies chroniques.

C'est dans cette dimension que le design peut contribuer à transformer l'expérience du parcours de soin, en pensant à des dispositifs facilitant l'implication du sujet, en suscitant

en lui le désir et le plaisir d'apprendre, et en lui donnant plus d'autonomie et de liberté grâce auxquelles il devient apte à prendre soin de lui-même et de sa maladie. De plus, la représentation d'une pathologie peut se faire en intégrant une part d'imaginaire à des faits scientifiques, permettant à l'individu de se les approprier et de les transposer dans sa propre expérience, les rendant alors plus lisibles. Il ne semble pour autant pas nécessaire de retranscrire des faits dans toute leur complexité, d'une part parce que tout le monde n'est pas en mesure de les comprendre, et d'autre part parce qu'il convient de veiller à ce que la représentation ne devienne pas anxiogène. Cette idée entre en résonance avec les limites de la propagation du savoir médical. En témoigne la profusion d'informations liées à la santé, souvent peu fiables, qui circulent sur internet. Cela a pour conséquences de générer une forme de stress face à la complexité de ces informations, et des comportements tels que la non-observance des traitements ou l'autodiagnostic. Une étude menée par Ipsos en 2016 avait montré que sept français sur dix avaient déjà consulté internet afin de trouver des informations liées à la santé. Malgré les dangers que cela peut représenter, ce phénomène révèle cependant un désir général d'accéder à de l'information et de s'impliquer dans la démarche thérapeutique.

C'est pour cela que le véritable enjeu est de revaloriser la communication entre le monde médical et le patient, en le guidant dans son parcours, en lui fournissant des connaissances adaptées à sa situation, en l'incitant à se tourner vers des supports fiables et en lui offrant la possibilité de se réappropriier le langage médical. Il pourra ainsi être mieux informé et sera plus apte à adopter des comportements en accord avec ses besoins.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

ADAM Philippe, HERZLICH Claudine. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Armand Colin, 1994

AUMONT Jacques. *L'image*. Nathan Université, 1990

BARNETT Richard. *The sick rose, or disease and the art of medical illustration*. Thames & Hudson, 2014

BARNETT Richard. *Crucial Interventions: illustrated treatise on 19th Century surgery*. Thames & Hudson, 2015

CANGUILHEM Georges. *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France, 1966

CARRÈRE Emmanuel. *D'autres vies que la mienne*. Folio, 2009

FOUCAULT Michel, *Le Corps utopique, Les Hétérotopies*, Paris, Éditions Lignes, 2009

Articles

BARRIER Philippe. *Le corps malade, le corps témoin*. Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, 2007/1, no. 1, pp. 79-100

GONDARD Éric. *Visages de la médecine*, Sociétés, vol. 121, no. 3, 2013, pp. 127-135

GUILLOUX, Ronald. *Le toucher en médecine chinoise*, Corps, vol. 1, no. 1, 2006, pp. 99-106

HARRUS-RÉVIDI Gisèle. *La radiographie, une image du soi inconnu*, Champ psychosomatique, vol. 52, no. 4, 2008, pp. 7-15

ILLICH Ivan. *L'obsession de la santé parfaite*, Manière de voir, vol. 73, no. 2, 2004, pp. 031-031

IMBAULT-HUART, Marie-José. *Où va l'histoire de la médecine?* Pour l'histoire de la médecine: Autour de l'œuvre de Jacques Léonard. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 1994

LEFÈVE Céline. *De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical*, Revue de métaphysique et de morale, vol. 82, no. 2, 2014, pp. 197-221

LEROY F., CARON N., BEAUNE D., *Objectivation du corps en médecine et incidences subjectives*, 2006
LUMINET Jean-Pierre. *Imaginaire et imagination*, Raison présente, no. 179, 2011, pp. 15-23

MASSON Céline. *L'image en médecine: us et abus*. L'image n'est pas la réalité, Cliniques méditerranéennes, vol. 76, no. 2, 2007, pp. 61-75

MORVILLERS Jean-Manuel. *Le care, le caring, le cure et le soignant*. Recherche en soins infirmiers, 2015/3, no. 22, pp. 77-81

MOULIN Anne-Marie, BAULIEU Jean-Louis.
L'imagerie et la nouvelle "fabrique" du corps humain.
Représentation en sciences du vivant, vol. 26, no. 11,
novembre 2010, pp. 993-998

THIVEL Antoine. *Hippocrate et la théorie des humeurs.*
Noesis, 1997

TOURETTE-TURGIS Catherine, THIEVENAZ Joris.
*L'éducation thérapeutique du patient: champ de
pratique et champ de recherche.* Savoirs, 35(2), 2014, pp.
9-48

TRONTO Joan Claire. *Du care.* Revue du MAUSS, vol.
32, no. 2, 2008, pp. 243-265

ZIELINSKI Agata. *L'éthique du care. Une nouvelle façon
de prendre soin.* Études, 2010/12, tome 413, pp. 631-641

Reuves

Design et sante. Sciences du design, no. 6, novembre
2017

Prendre soin. Étapes, no. 244, juillet-août 2017

Sites

Le care-cure. Chronique de Cynthia Fleury. [en ligne]
L'Humanité, 20 mars 2015. Consulté sur <[https://
www.humanite.fr/le-care-cure-568910](https://www.humanite.fr/le-care-cure-568910)>

Cure. CNRTL [en ligne]. Consulté sur <[https://www.
cnrtl.fr/definition/cure](https://www.cnrtl.fr/definition/cure)>
Image. CNRTL [en ligne]. Consulté sur <[https://www.
cnrtl.fr/definition/image](https://www.cnrtl.fr/definition/image)>

Soin. CNRTL [en ligne]. Consulté sur <[https://www.
cnrtl.fr/definition/soin](https://www.cnrtl.fr/definition/soin)>

Méthode Simonton. [en ligne] Consulté sur <[https://
methodesimonton.wordpress.com/](https://methodesimonton.wordpress.com/)>

PASCAL, Blaise. *Les Pensées, Fragment Vanité*
n° 31/38. [en ligne] Consulté sur <[http://www.
penseesdepascal.fr/Vanite/Vanite31-moderne.php](http://www.penseesdepascal.fr/Vanite/Vanite31-moderne.php)>

Films, documentaires, vidéos et podcasts

CAMPILLO Robin. *120 battements par minute.* 2017,
144 minutes

GUILLOT Aymeric. *L'imagerie mentale pour (re)
muscler le cerveau et le corps.* [en ligne] Consulté sur
<<https://www.youtube.com/watch?v=32dape5tzxA>>

JULLIAND Anne-Dauphine. *Et les mistraux gagnants.*
2016, 80 minutes

LYON-CAEN Olivier, *Corps et cosmos dans la
médecine ancienne 1/2.* [en ligne] France Culture,
10/04/2012, 58 minutes. Disponible sur <[https://
www.franceculture.fr/emissions/avec-ou-sans-
rendez-vous-11-12/1-corps-et-cosmos-dans-la-
medecine-ancienne](https://www.franceculture.fr/emissions/avec-ou-sans-
rendez-vous-11-12/1-corps-et-cosmos-dans-la-
medecine-ancienne)>

LEXIQUE

Anatomie

Science qui a pour objet l'étude de la forme et de la structure des êtres organisés, et celle des rapports des organes qui les constituent: anatomie humaine, anatomie végétale.

Corps

1- La partie matérielle d'un être animé considérée en particulier du point de vue de son anatomie, de son aspect extérieur: Les victimes avaient le corps couvert de brûlures.

2- La partie matérielle de quelqu'un considérée en particulier du point de vue de son fonctionnement interne: Avoir mal dans tout le corps.

3- La partie matérielle de quelqu'un après la mort; cadavre.

Didactique

Dont le but est d'instruire, d'informer, d'enseigner. Se dit de ce qui vise à l'explicitation méthodique d'un art, d'une science, de quelqu'un qui poursuit ce but dans ses propos, son attitude.

Éducation

Art de former une personne, spécialement un enfant ou un adolescent, en développant ses qualités physiques, intellectuelles et morales, de façon à lui permettre d'affronter sa vie personnelle et sociale avec une personnalité suffisamment épanouie. Action de former et d'enrichir l'esprit d'une personne.

Expérience

Fait d'acquérir, volontairement ou non, ou de développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde. Connaissance acquise soit par les sens, soit par l'intelligence, soit par les deux, et s'opposant à la connaissance innée impliquée par la nature de l'esprit.

Identité

Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité. Ensemble des données de fait et de droit qui permettent d'individualiser quelqu'un (date et lieu de naissance, nom, prénom, filiation, etc.): Rechercher l'identité d'un noyé.

Image

Représentation (ou réplique) perceptible d'un être ou d'une chose. Représentation ou reproduction d'un objet ou d'une figure dans les arts graphiques et plastiques. Symbole ou représentation matérielle d'une réalité invisible ou abstraite. Représentation mentale que l'on se fait de quelque chose ou de quelqu'un.

Imaginaire

Qui est créé par l'imagination, qui n'existe que dans l'imagination: des craintes imaginaires. Qui n'est tel que dans sa propre imagination: un malade imaginaire.

Imagination

Faculté de l'esprit d'évoquer, sous forme d'images mentales, des objets ou des faits connus par une perception, une expérience antérieures : un événement qui demeure très vif dans l'imagination.

Maladie aiguë

Affection dont la marche est rapide, qui se termine en peu de temps par la mort ou la guérison.

Maladie chronique

Affection qui perdure dans le temps qui, en règle générale, évoluent lentement.

Narration

Action de raconter, d'exposer une suite d'événements sous une forme littéraire : la narration de ces incidents passionna le débat. Exercice scolaire consistant à développer par écrit un récit, à décrire une situation, etc.

Objectivité

Qualité de ce qui existe en soi, indépendamment du sujet pensant. Qualité de quelqu'un, d'un esprit, d'un groupe qui porte un jugement sans faire intervenir des préférences personnelles.

Pathologie

Science qui étudie l'ensemble des maladies concernant un organe ou un système organique particulier, un élément biologique ou anatomique précis.

Pédagogie

Ensemble des méthodes utilisées pour éduquer les enfants et les adolescents ; Pratique éducative dans un domaine déterminé ; méthode d'enseignement. Aptitude à bien enseigner, sens pédagogique.

Représentation

Étymologie : du latin *repraesentatio*, représentation, action de replacer devant les yeux de quelqu'un.

1- Action de concevoir ou de rendre sensible, présente à l'esprit, quelque chose, quelqu'un ou une idée au moyen d'un substitut, d'un artifice, d'une figure ou d'un symbole.

2- Ce substitut lui-même, l'image, la figure ou le symbole qui permet de représenter un phénomène, un concept, une idée. Exemple : une représentation graphique du taux de chômage.

Dans les arts :

Action de représenter des objets, des personnages ou des idées par les arts (peinture, sculpture, dessin, gravure, littérature, etc.)

Exemples : la représentation d'une nature morte, une représentation fidèle de Jules César, la description d'une scène, d'un objet ou d'une personne dans une oeuvre littéraire. Synonymes : image, portrait, caricature, dessin.

En philosophie :

Action qui permet de rendre quelque chose présent à l'esprit, de reproduire en lui des images, de concrétiser une pensée, au moyen des sens ou de la mémoire. Synonymes : perception, projection, évocation, impression, vision, image.

En psychologie:

Image mentale mémorisée qui se fait un sujet à propos d'une pensée, d'un concept, d'une situation, d'une scène, d'un objet, d'une personne, etc. On parle de représentation mentale.

Santé

État physiologique normal de l'organisme d'un être vivant, en particulier d'un être humain qui fonctionne harmonieusement, régulièrement, dont aucune fonction vitale n'est atteinte, indépendamment d'anomalies ou d'infirmités dont le sujet peut être affecté. État de l'organisme, bon ou mauvais: être en mauvaise santé.

Science

Ensemble cohérent de connaissances relatives à certaines catégories de faits, d'objets ou de phénomènes obéissant à des lois et/ou vérifiés par les méthodes expérimentales.

Soin

Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un: entourer ses hôtes de soins attentifs. Actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps: les premiers soins à un blessé. Le mot «*soin*» semble avoir deux racines: «*songne*» en latin médiéval = la nécessité, le besoin, et «*soign*» en latin tardif «*sonnium*» = le souci, le chagrin.

Subjectivité

Qualité (inconsciente ou intérieure) de ce qui appartient seulement au sujet pensant. État de quelqu'un qui considère la réalité à travers ses seuls états de conscience.

Thérapie

Manière de traiter des maladies ou de soigner des malades (par des agents physiques, médicamenteux, etc).

Vulgarisation

Action de mettre à la portée du plus grand nombre, des non-spécialistes des connaissances techniques et scientifiques; Fait d'adapter des notions, des connaissances scientifiques ou techniques afin de les rendre compréhensibles au non-spécialiste; reformulation d'un discours spécialisé qui consiste généralement à le débarrasser de ses difficultés spécifiques, de ses caractères techniques afin de le rendre accessible au grand public. Livre, manuel, revue de vulgarisation; vulgarisation médicale, scientifique.

Typographies

Andada, Huerta Tipográfica

Ocean, Ong Chong Wah

Imprimé à Marseille

Janvier 2020
