

# Corps, expérience et environnement : une approche de la pratique médicale contemporaine à travers la pensée de Dewey

Augustin Rigolot

Médecine-Humanités, Ecole Normale Supérieure Paris – PSL,  
Université de Montpellier, UFR Médecine, DFASM1-Externe en médecine,  
M2 Economie de la santé, UPEC-Paris XII

## RÉSUMÉ

Cet article se propose d'étudier la pensée de Dewey, plus particulièrement mais non seulement dans *Expérience et nature* (Dewey, 1925), au prisme d'un regard médical. La question de recherche est : dans quelle mesure la pensée de Dewey permet-elle d'envisager le rapport du corps, et du corps-esprit à son environnement, et comment ce rapport permet-il de construire une clinique et une éthique médicale ? Nous verrons dans une première partie l'importance du corps et du corps-esprit (*body-mind*) dans l'expérience du vivant et donc de la maladie chez Dewey et la ferons dialoguer avec d'autres pensées de la maladie, notamment chez Canguilhem mais aussi Alexander. Puis nous montrerons comment l'enquête deweyenne, le lien entre corps-esprit et environnement dans l'expérience, autorisent une pensée holistique de la médecine, et notamment de la médecine narrative comme récit d'une clinique du corps souffrant. En effet, faire place à l'expérience du corps c'est aussi faire place au « *care* » par rapport à un « *cure* » technicisé. En conclusion, nous tenterons d'inscrire cette réflexion dans une conception plus large du soin en régime de *One Health*, attentive aux expériences des santés humaines, animales et environnementales.

**MOTS-CLÉS** : empirisme naturaliste – enquête – body-mind – corps et médecine – Dewey.

DOI : 10.51328/240305

## Introduction

Dewey (1859 - 1952), philosophe et psychologue américain auteur d'une œuvre majeure au sein du courant pragmatique, dans la lignée de C.S Peirce et W. James, développe une vision philosophique basée, entre autres, sur l'empirisme naturaliste, pouvant s'entendre comme un naturalisme élargi envisageant l'expérience humaine comme totalité biologique, psychique et psycho-physique, interagie avec son environnement dans une multiplicité de situations. Si l'on connaît Dewey comme un philosophe de l'expérience (*Expérience et Nature*, 1925), de l'éducation et de la pédagogie (*Démocratie et éducation*, 1916) ou encore pour sa philosophie politique (*Le Public et ses problèmes*, 1927), l'approcher sous le prisme de la santé nous semble une piste peut-être moins explorée : pourtant, à l'heure où la médecine s'envisage

non plus seulement comme « *cure* » hypertechnicisé mais aussi – et peut-être surtout – comme un « *care* » attentif à l'expérience du patient dans sa globalité, citoyen en santé d'une démocratie sanitaire<sup>1</sup> laissant place à l'éducation thérapeutique, une lecture deweyenne en santé nous paraît pouvoir être opportune. En effet, en liant fortement esprit et corps – il disait de ce dernier qu'il est « la plus merveilleuse structure de tout l'univers » (Dewey, *The Middle-Works*, 1899-1924, ed.1982) –, à la fois sur le plan biologique mais aussi sur celui du psycho-physique, il nous semble que Dewey peut nourrir la vision holistique de la santé et de la maladie. Plus encore, du fait de son intérêt pour les questions de démocratie, d'éducation mais aussi à travers la conception du corps, de l'esprit et du « corps-esprit » (*body-mind*) qu'il développe dans *Expéri-*

<sup>1</sup> Consacrée en France par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, dite aussi Loi Kouchner.

ence et Nature notamment, Dewey nous semble à même d'apporter des réponses à certaines des questions pratiques et éthiques qui sous-tendent la médecine contemporaine : comment envisager une éducation thérapeutique attentive au patient dans sa singularité et respectueuse de ses droits en démocratie ? Comment concevoir, dans une médecine malgré tout médiée toujours plus fortement par la *technè* et les instruments, l'expérience du soin ? La conception de l'empirisme naturaliste de Dewey peut-elle permettre de remotiver et d'actualiser les questions touchant au rapport du vivant avec son milieu, entre homéostasie biologique bernardienne (Claude Bernard, 1865) et rapport du vivant à sa normativité propre théorisée notamment par Canguilhem (par exemple dans *Le Normal et le Pathologique*, Canguilhem, 1974) ? Qu'apporte à la pratique de la médecine narrative et de l'éthique clinique l'idée, chez Dewey, d'une "vaste zone de dialogue" (Zask, 2012, Post-face d'Expérience et Nature) entre l'individu et son environnement ? Enfin, peut-on mettre en perspective cette pensée avec celle d'une médecine globale en régime de *One Health* ?

Le *compendium* de ces questions serait peut-être alors : dans quelle mesure la pensée de Dewey permet-elle d'envisager le rapport du corps, et du corps-esprit à son environnement, et comment ce rapport permet-il de construire une clinique et une éthique médicale ?

Nous verrons d'abord comment une lecture médicale de Dewey, et notamment de certains moments d'*Expérience et Nature*, peut permettre de réinstaurer le *body-mind* et le corps chez Dewey dans une philosophie du corps en médecine. Puis nous montrerons comment ce socle théorique autorise un usage de la pensée de Dewey dans la pratique médicale, à travers l'exemple de l'éducation thérapeutique et de la médecine narrative, au service d'une éthique clinique.

### Lecture médicale de Dewey : le *body-mind* et le statut du corps et de la conscience, entre environnement, adaptation et adaptabilité

La question du biologique et du médical affleure à plusieurs reprises dans *Expérience et nature*, bien souvent s'agissant du statut du corps et du corps-esprit, mais aussi des manifestations sensibles. La relation corps et esprit et le corps-esprit sont d'ailleurs pour Dewey des éléments qui peuvent éclairer la médecine, comme en témoigne le discours qu'il donne en novembre 1927 devant l'Académie de médecine de New-York (Dewey, 1928). Dewey refuse la dichotomie du tout et des parties au sein de l'organisme, reconduisant ainsi l'interdépendance kantienne entre elles, mais en y ajoutant la notion d'homéostasie ou du moins d'équilibre, ainsi que le théorise Rorty dans « Entre Kant et Dewey : la situation actuelle de la philosophie morale » (Rorty, 2008). On peut ainsi penser à Dewey écrivant dans *The Development of American Pragmatism* (1925) :

*Les adaptations chez les hommes donnent lieu à la pensée. La réflexion est une réponse indirecte à l'environnement [...]. Mais elle a son origine dans le comportement biologique adaptatif et la fonction ultime de ses aspects cognitifs est un contrôle prospectif des conditions de l'environnement. La fonction de l'intelligence n'est donc pas de copier les objets de l'environnement, mais plutôt de prendre en considération la manière dont des relations plus effectives et plus profitables*

*avec ces objets peuvent être établies dans le futur.*

Cette question des « relations plus effectives et plus profitables » entre et avec les objets de l'environnement, c'est-à-dire la capacité du sujet à se comporter et à s'adapter aux conditions de l'environnement qu'il tente – nous semble-t-il toujours partiellement – de contrôler, peut renvoyer à la lecture médicale des « capacités » théorisées par Amartya Sen, par exemple dans *Ethique et Economie* (Sen, 1993). Le but de la médecine est alors de conférer à chacun le plus possible de ces capacités, c'est-à-dire de viser à l'adéquation ou à la coïncidence entre la réflexion, en tant que « réponse indirecte à l'environnement », et cet environnement lui-même, médié par les réflexes biologiques, par l'adaptation – ou l'adaptabilité ? – et par la prise en compte cognitive de la sensation ou du ressenti : ces étapes, loin d'être séparables, sont dépendantes d'un psycho-physique au sens de Dewey. Faire dépendre d'une homéostasie avec l'environnement les phénomènes de la conscience implique une grande fragilité apparente de cette dernière : si « la fonction de l'intelligence [est] de prendre en considération la manière dont des relations peuvent être établies parmi les objets de l'environnement » (Dewey, 1925), alors l'influence majeure de l'environnement lui-même est indéniable. On retrouve ici un thème développé par Dewey dans le chapitre Existence, idées et conscience d'*Expérience et nature* (Dewey, 1925). Il écrit :

*[...] les significations ne se concentrent au point précis d'une réorientation imminente que pour disparaître dès que l'organisation a eu lieu, et laissent place à un autre point de tension et de fragilité.*

*On trouve une confirmation empirique de cette conception de la conscience dans l'extrême instabilité de chaque objet perçu, dans l'impossibilité d'empêcher un changement subtil et rapide [...]. Les changements perçus sont ceux qui requièrent la réorientation du comportement adaptatif.*

L'idée d'un corps et donc d'un esprit (« *body-mind* ») pris perpétuellement entre capacité à s'organiser et force désorganisatrice du milieu, c'est-à-dire entre homéostasie intérieure et perturbation par l'entropie ambiante, si elle peut sembler de prime abord bernardienne – par le lien évident entre expérience et médecine expérimentale, le laboratoire bernardien trouvant son écho dans l'enquête de Dewey –, appelle pourtant ici sa nuance : si les « changements perçus sont ceux qui requièrent la réorientation du comportement adaptatif », c'est bien qu'il n'y a pas seulement équilibre inconscient et biologique des parties – pas simplement « santé comme vie dans le silence des organes » pour reprendre la formule de Leriche<sup>2</sup> – mais bien comportement – souvent conscient – d'adaptation, voire d'adaptabilité au sens de Canguilhem. Dewey écrit d'ailleurs dans *l'Art comme expérience* (Dewey, 1937) qu'alors qu'il « est différent de la bête et de l'oiseau, [l'homme] partage des fonctions vitales avec eux, et doit faire les mêmes ajustements fondamentaux s'il veut continuer dans le processus de la vie ». L'adaptation au sens de Canguilhem s'entend comme le fait de devoir suivre mécaniquement la norme biologique de la

<sup>2</sup> René Leriche, 1937, cité d'après Debru et Deltin. "La vie à l'épreuve de la santé." *Revue Des Deux Mondes*, 2005, pp. 109–20.

vie, c'est-à-dire comme une valeur péjorative de la vie sous contrainte d'une norme imposée, par opposition à l'adaptabilité, qui serait le reflet de la capacité du vivant à « vivre avec », dans un « processus de vie », c'est-à-dire à une forme d'inventivité et d'agentivité nouvelle vis-à-vis de l'environnement, acquise dans le changement de la condition de santé elle-même, telle qu'éprouvée par le corps et la conscience même. Ainsi Dewey dans *Expérience et Nature* prend l'exemple de la rage de dent :

*Pour la conscience, même une rage de dent est instable du fait qu'elle consiste, cela est bien connu, en un ensemble d'élançements, de pulsations, de palpitations, de niveaux d'intensité croissants et décroissants, de réactions défensives de la part de l'organisme et d'écarts temporaires, ainsi que du violent retour de la douleur – d'envol et d'atterrissage. La « rage de dent » qui ne change pas n'est pas celle qui est perçue mais correspond à l'objet cognitif, c'est-à-dire à la dent non perçue à laquelle la série de tous les changements est rapportée.*

Ici, ce que montre Dewey est l'absence d'unicité du phénomène pathologique dans le ressenti de celui qui l'éprouve : « l'objet cognitif » rage de dent, c'est-à-dire l'objet du médecin, qui l'identifie ainsi, n'existe pas pour la conscience du malade en tant que telle ; cet objet synthétique, *compendium* de la série de sensations, dit autrement produit de la somme des signes et des symptômes, est celui que nous reconstituons par la réflexion. En cela, la vision de Dewey nous semble radicalement contemporaine, puisqu'elle ouvre à l'écoute du patient dans sa singularité. Ce passage peut convoquer la pensée de Canguilhem lorsqu'il écrit (Canguilhem, 1988) :

*Mon médecin, c'est celui qui accepte ordinairement de moi que je l'instruise sur ce que seul je suis fondé à lui dire, à savoir ce que mon corps m'annonce à moi-même par des symptômes dont le sens ne m'est pas clair. Mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur.*

Mais Canguilhem ajoutait dans *Le Normal et le pathologique* (1974) :

*La maladie n'est pas seulement déséquilibre ou dysharmonie, elle est aussi, et peut-être surtout, effort de la nature en l'homme pour obtenir un nouvel équilibre. La maladie est réaction généralisée à l'intention de guérison. L'organisme fait une maladie pour se guérir.*

Ce moment n'est pas sans rappeler celui que développe Dewey à propos de l'esthétique dans *l'Art comme expérience* (1934), lorsqu'il écrit :

*Ce n'est que lorsqu'un organisme prend part aux relations ordonnées de son environnement qu'il assure la stabilité requise pour le vivant. Et lorsque la participation succède à une phase d'agitation et de conflit, elle porte en elle les germes de l'accomplissement comparable à la qualité esthétique.*

En ce sens, le concept de *body-mind* appliqué aux questions de santé prend une résonance nouvelle, puisqu'il autorise justement la pensée d'une « réaction généralisée à l'intention de guérison » visant « la stabilité

requise pour le vivant ». Or Dewey fait le constat que les théories philosophiques séparent trop souvent corps et esprit, que « les mots désignant le fait existentiel réel font défaut » (*Expérience et Nature*), et par conséquent définit le *body-mind*, à partir de ce que nous avons établi précédemment, comme « ce qui se passe réellement quand un corps vivant est engagé dans une situation de discours, de participation, de communication » (*Ibid.*), dépassant la dichotomie entre corps et esprit. Il ajoute (*Ibid.*) :

*Ici le « corps » désigne l'intervention permanente, conservative, enregistreuse et cumulative de facteur en continuité par rapport au reste de la nature aussi bien animée qu'inanimée. L'« esprit » quant à lui désigne alors les caractéristiques et les conséquences différenciant les choses et indiquant des traits qui apparaissent quand le « corps » est engagé dans une situation plus vaste, plus complexe et plus interdépendante<sup>3</sup>.*

En postulant ainsi une philosophie du corps tournée vers l'empirisme et « le fait existentiel réel », Dewey nous semble pouvoir établir le pont entre adaptation bernardienne et adaptabilité au sens de Canguilhem. La médecine n'est plus seulement la restauration mécanique de l'équilibre, elle tend peut-être davantage, grâce à l'expérience de Dewey, vers « la captation d'un équilibre vacillant » ainsi que la définit Gadamer dans *Apologie de l'Art médical* (1983). C'est en ce sens que le concept de *body-mind* peut autoriser l'extension du domaine de la médecine : en tant qu'il fonde l'approche deweyenne, le corps-esprit conduit à envisager le soin par l'intuition, la perception, sur le mode d'interrelations et d'interparticipations, et à lier comme une seule unité la vie biologique, psychique et celle de la conscience, faisant bien de la médecine un Art médical holistique, rejoignant la société, la culture, l'esthétique. Richard Shusterman qualifie la philosophie deweyenne de « somatique » (Shusterman, 2008) ajoutant qu'elle se distingue de celle de James parce qu'elle va au-delà « des aspects physiologiques des émotions », pour ancrer l'organisme, son *body-mind*, dans la société, c'est-à-dire dans une interdépendance non seulement de la physiologie interne entre corps et esprit, mais de tout corps-esprit dépendant et interagissant dans un environnement qui le protège ou le menace, plus ou moins bénéfique ou délétère, qui nous modifie autant que nous le modifions. Mais en ce sens, si soigner n'était déjà plus seulement se préoccuper de l'esprit ou du corps mais bien de l'esprit et du corps dans la lecture de James, le soin s'établit nettement comme activité culturelle chez Dewey, tournée vers un corps-esprit pris dans une société. On comprend donc que le primat du corps biologique, que l'on croirait lire chez Dewey, n'est qu'apparent : loin d'être seulement bernardienne, la réhabilitation du corps et du corps-esprit chez Dewey, pourrait presque plutôt se lire dans une perspective de santé globale, entre santé de l'Homme et de son environnement (le « reste de la nature » pour Dewey), la reliant à ce que l'on qualifie

<sup>3</sup> Les guillemets utilisés ici par Dewey pour désigner « corps » et « esprit » montrent la difficulté qu'on éprouve à vouloir dépasser justement cette dichotomie, même lorsqu'on veut définir – et c'est ce qu'il faut retenir – le tout que forme le *body-mind*.

aujourd'hui d'approche *One Health*<sup>4</sup>. Cependant l'analyse du rapport de Dewey au soin du corps et à la santé serait incomplète si l'on ne rappelait également la dimension biographique qu'elle peut avoir, puisque Dewey a bien connu Frederik Mathias Alexander (Chudoba, 2015), à l'origine de la technique éponyme visant, par la méthode scientifique empirique, à une prise de conscience du corps, de la proprioception, dans le but d'améliorer la posture et de soulager les douleurs (Cacciatore, Horak & Henry, 2005). Dewey sera l'ami et élève d'Alexander, et écrit la préface de deux des ouvrages de ce dernier, *Constructive conscious control of the individual* et *The use of the self* (Alexander, respectivement 1923 et 1932). Ainsi la théorie d'Alexander d'une unité entre tête, cou et dos permettant, une fois comprise, une meilleure santé globale de l'individu, peut être lue en écho avec le *body-mind* deweyen. Plus récemment le lien entre Dewey, Alexander et les sciences cognitives a abouti au développement de la notion d'*embodied-mind* (Fuchs, 2020) ou cognition incarnée, qui renvoie à l'idée de la psychologie cognitive selon laquelle nous évaluons cognitivement les objets à partir de la position et du ressenti du corps en premier lieu, et du rapport des mouvements de ce dernier à l'objet et à son environnement : la représentation que notre esprit se donne de l'espace dans lequel il évolue dépend ainsi des perceptions sensitivo-motrices.

### **Apports d'une lecture de Dewey dans la pratique médicale : l'exemple de l'éducation thérapeutique et de la médecine narrative, cheminements vers une éthique clinique ?**

Nous avons ainsi établi auparavant que la médecine de Dewey ne peut se penser séparément de l'éducation, de la culture, de l'esthétique, de la même façon que le corps ne saurait être séparé de l'esprit, et le corps-esprit de son environnement, dont il fait cognitivement et physiquement l'expérience sensible, émotionnelle. Nous avons vu aussi qu'une telle conception de la santé nous entraîne de la conception bernardienne vers celle des capacités, de l'adaptabilité, de la santé globale (*One Health*), appelant une approche holistique. Mais concrètement, quelles implications thérapeutiques et cliniques découlent de la conception de Dewey sur le corps et la santé ? Nous voulons étudier en particulier deux domaines dans lesquels les apports de Dewey nous semblent pertinents : d'une part l'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui a connu un fort développement ces vingt dernières années, et d'autre part la médecine narrative comme récit d'une clinique du corps souffrant.

Concernant l'éducation thérapeutique du patient (ETP), elle émerge dans les textes internationaux de santé publique à partir de la fin du XX<sup>e</sup> siècle, lorsqu'en 1996 l'OMS inscrit l'éducation thérapeutique au rang de nécessité dans le cadre des maladies chroniques, la définissant en 1998 « comme un processus interactif permanent du patient avec le soignant mais centré sur le patient, visant à comprendre sa maladie, le traitement prescrit et les soins prodigués afin de l'aider à vivre plus adéquatement » (Boutinet, 2013). L'ETP apparaît

réellement dans la législation française avec la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009. Cette volonté d'aider le patient à mener une vie plus « adéquate » peut trouver une résonance avec la pensée de Dewey. Ainsi l'ETP vise à comprendre l'expérience du patient, et à l'aider à la vivre, en lui permettant de mieux l'appréhender. Si l'on pense à la définition que donne Dewey de l'expérience « vraie, authentique » dans *L'Art comme expérience*, qui se donnerait comme une « unité » et une « totalité », on trouve un écho troublant avec les buts poursuivis par l'ETP ; cette dernière vise l'encapacitation (« l'empowerment ») de l'individu malade, afin de développer ses capacités et d'apprendre à gérer lui-même sa maladie chronique. Elle tend ainsi à placer non seulement le patient au centre du soin, mais encore le patient comme « acteur » principal de son soin. En ce sens, l'éducation thérapeutique est indissociable de la démocratie sanitaire, qui souhaite elle aussi à remettre le patient au centre. Convoquant démocratie et éducation, l'ETP gagnerait selon nous à se nourrir de la notion d'enquête chère à Dewey. L'enquête se définit selon lui ainsi, dans *Logique : la théorie de l'enquête* (1938) :

*L'enquête en rétablissant la relation troublée de l'organisme et de l'environnement ne supprime pas simplement le doute par le retour à une intégration d'adaptation antérieure, elle institue un nouvel environnement qui soulève de nouveaux problèmes. Ce que l'organisme apprend au cours de ce processus produit de nouvelles capacités qui exigent davantage de l'environnement.*

Il s'agit donc bien d'un apprentissage de l'organisme tout entier en vue de capacités, de capacités nouvelles. Le but de l'ETP en régime de maladie chronique n'est pas d'apprendre à guérir, mais bien d'apprendre un « processus » de production de nouvelles possibilités pour le malade : c'est la remotivation du « savoir être à soi » de Montaigne, dans un savoir être au monde avec et malgré la pathologie. C'est en ce sens que Dewey peut fournir les « modèles pédagogiques de l'éducation thérapeutique du patient » (Giordan, 2017), par une pédagogie laissant place à l'action et à l'expression. Mais l'enquête de Dewey est plus que cela, faisant dire à Aiguiet et Loute (2016) qu'elle est :

*[Un] processus démocratique et délibératif visant, par une démarche de problématisation [...], à construire un monde commun, non pas à partir de normes prédéterminées, mais à partir de l'expérience des acteurs et de leur construction commune d'un sens partagé de l'action.*

Cependant (et cela reflète la richesse de l'application du cadre d'analyse deweyen à la question médicale en générale, et à l'ETP en particulier) l'apprentissage et l'enquête sur les doutes soulevés par la pathologie ne sont pas à sens unique : en ce sens, le médecin aussi peut-être objet de l'enquête, et l'éducation peut aussi s'entendre comme formation du médecin ou du futur soignant à la pathologie<sup>5</sup>. C'est l'angle choisi par Joris Thievenaz en 2019 lorsqu'il écrit :

*[...] L'étude des processus expérientiels à l'œuvre chez le médecin en situation de consultation, est propice à de telles*

<sup>4</sup> On entend par *One Health* « une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes » (OMS, OHHLEP, 2021), envisagés comme en interrelation les uns avec les autres, et pouvant renvoyer ici à la place accordée par Dewey à la « nature aussi bien animée qu'inanimée » dans notre expérience.

<sup>5</sup> On peut penser par exemple à l'utilisation de l'enquête pour apprendre les rapports entre processus mentaux et corporels dans la formation aux gestes de mobilisation passive en kinésithérapie (Thievenaz, 2022).

*investigations. À l'occasion des échanges avec son patient, le praticien est en effet parfois confronté à des situations indéterminées (au sens de J. Dewey), vis-à-vis desquelles il doit produire de la connaissance afin de mener à bien son diagnostic.*

Selon Thievenaz, l'enquête rencontre dans la médecine l'une de ses formes paradigmatiques, à travers la pratique du diagnostic, toujours exposé à sa part d'aléa, de risque ou d'incertitude. C'est en ce sens que la conception de l'expérience selon Dewey, si elle trouve écho dans la médecine holistique attentive au *body-mind*, essaime également dans le champ de l'éducation des professionnels de santé en faveur de plus de réflexivité.

Dewey ajoute cependant dans *l'Art comme expérience* que l'expérience porte en elle « un sens vital » (Dewey, 1934). Cela fait dire à Alain Kerlan (2021) que :

*[Si] le vitalisme de Dewey tire la leçon de la biologie évolutionniste et du darwinisme [ , à] y regarder de plus près, toutefois, la conception vitaliste de l'expérience que semble porter les pages qui l'exposent est comme traversée par une autre inspiration, qui la tire du côté du langage et de la narration.*

Il s'appuie en cela sur l'intrication chez Dewey – que pointent et critiquent d'ailleurs Rorty et Shusterman – entre l'expérience et le récit de l'expérience, ou pour le dire autrement le fait de « nourrir le mythe d'un donné non linguistique, de la nature d'un fondement » comme l'écrit Shusterman (2005) dans la préface de *l'Art comme expérience*. Lorsque Dewey parle de l'expérience, c'est souvent sur le mode d'un lexique du récit (Dewey, 1934, dans *l'Art comme expérience*) :

*[Elle] est comparable à une série d'histoires, comportant chacune une intrigue, un début et une progression vers un dénouement, chaque étape étant caractérisée par un rythme distinctif et marquée par une qualité unique qui l'imprègne dans son entier.*

En ce sens, le rapport de l'expérience selon Dewey à la fois avec le corps-esprit, la dimension sociale, culturelle, le domaine du sensitif et le lien à ce qui nous environne et nous modifie, mais aussi avec la narration, ouvre à une lecture au prisme de la médecine narrative de son apport à la pratique médicale. Si la maladie est toujours l'expérience d'une rupture biographique, au sens de Bury (1982), l'Art médical apporte une réponse qui peut s'appuyer sur cette expérience vraie et authentique pour construire un récit à même d'aider à surmonter le bouleversement de l'harmonie (entre corps-esprit et environnement) que constitue la pathologie. Cette mise en récit correspond au processus de médecine narrative tel que décrit par exemple par Rita Charon, c'est-à-dire comme une écriture qui ne soit pas médicale, mécaniste, mais vitale, vivante, personnelle, ayant trait au vécu de la maladie, et visant à « reconnaître, absorber, interpréter et être ému par les histoires » des patients (Charon, 2015). Mais l'acceptation de la médecine narrative devient aujourd'hui plus vaste, elle recouvre la notion de témoignage sur les « formes » de vie (au sens de Wittgenstein) que revêt la maladie pour l'individu, comme expérience humaine et esthétique. C'est par ce biais qu'elle se trouve recoupée par les préoccupations

de Dewey, Alain Kerlan (2021) soulignant dans le volume de la revue *Médecine et Philosophie* consacré à la médecine narrative que « pour demeurer au croisement du soin et de la formation, l'entrée dans l'expérience par la voie esthétique ouverte par Dewey pourrait apporter un éclairage nouveau et fécond [...] à la problématique de la narrativité ». En effet, l'expérience envisagée par la voie esthétique convoque une forme de pré-compréhension, avant le récit, avant la verbalisation, ce que Kerlan nomme un « plan de pré-compréhension expérientiel » (Kerlan, 2021) et universel ; c'est-à-dire qu'il pré-existe dans l'expérience même une « forme universelle d'intelligibilité » (*Ibid.*) sur laquelle le récit prend appui. Cependant, si la maladie répond à ce cadre, est-elle une expérience complète, vraie et authentique au sens de Dewey ? Nous pouvons y répondre comme le fait Kerlan (2021) par la médecine narrative :

*[La] mise en récit [...] [tend] à parfaire l'expérience, à parfaire cette expérience-là comme expérience de ce sujet-là [...]. Cette mise en forme ne peut parfaire l'expérience si elle vient de l'extérieur : elle est une phase inhérente de cette expérience-là, pour ce sujet-là.*

Cette approche par le prisme de Dewey permet de comprendre que la médecine narrative enrichit l'expérience du patient, mais à condition que le praticien ne soit pas à l'impulsion de ce récit, ne plaque pas ses propres formes et concepts, en un sens n'exige pas du patient l'adaptation contrainte, mais bien au contraire qu'il soutienne simplement l'adaptabilité, la mise en mot d'un récit presque préexistant, l'expérience.

Ainsi, nous avons d'abord montré en quoi la réhabilitation de l'expérience, nécessitant d'envisager le corps-esprit comme un tout holistique en interaction avec son environnement (naturel, social, culturel, esthétique), conduit dans un second temps à mettre cette expérience au service du soin et de la médecine : la conception de l'expérience par Dewey autorise l'apprentissage d'une expérience de la maladie par l'éducation thérapeutique, au service du patient mais aussi du praticien, visant à surmonter par l'enquête le trouble, le risque, l'incertitude inhérents à la maladie, pour réinscrire au monde les nouvelles capacités du malade. Que l'on pense à ce titre à la place centrale de l'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques, tant pour surmonter la rupture biographique et investir sa maladie chronique (Grimaldi, 2012) que pour soutenir et prolonger l'effort du médecin dans le suivi d'une pathologie pour laquelle il n'existe pas de traitement curatif ; ou encore pour accepter et négocier au quotidien la place prise dans la vie du patient par l'incertitude et l'imprévisibilité de la crise dans l'épilepsie sévère (Arborio, 2021). Dans le même temps, la conception de l'expérience par Dewey comme « forme » « authentique, vraie », visant une unité, une totalité, ou du moins une totalisation, soutient l'intérêt d'une médecine narrative allant chercher dans le récit – littéraire et non médical, mais vivant, vital – de la maladie et de la vie du malade les éléments qui font de cette expérience – la maladie dans ce qu'elle a d'universelle – l'expérience de ce patient, de cette maladie, dans ce milieu-là. Pour conclure ce travail, nous voulons tenter de montrer brièvement comment ce cheminement, depuis le naturalisme empirique d'inspiration biologique et darwinienne au fondement

du corps-esprit vers une réhabilitation de l'expérience dans ce qu'elle a de singulier, en passant par la place de la société, de l'environnement et d'un soin holistique, au service de pratiques cliniques concrètes, peut conduire à repenser ou à enrichir l'éthique clinique elle-même.

## Conclusion – La perspective éthique

Envisager l'éthique clinique à partir du pragmatisme de Dewey comme le proposent Aiguier et Loute conduit selon eux « à s'engager comme citoyen dans une recherche [du] bien commun » (Aiguier & Loute, 2016) recherche qui, si elle peut convoquer une forme d'éthique théorique, passe d'abord par l'expérience des acteurs et au-delà par un savoir éthique expérientiel (« expérientiel » même), rejoignant en cela le pragmatisme et l'empirisme naturaliste de Dewey et faisant dire à Joëlle Zask commentant Dewey :

*La logique pragmatiste subordonne le processus d'enquête à des « fins-en-vue » et à l'examen des conséquences concrètes et mentales qui sont produites en termes de connaissance lorsqu'on tente de les atteindre, de même elle s'applique à la vie éthique. (Zask, 2019)*

Il est intéressant de souligner le lien fort entre la logique pragmatique et l'enquête d'une part, dont nous avons vu qu'elle peut soutenir et aider à la pratique médicale, et production de connaissances et de « conséquences concrètes », y compris pour l'éthique, d'autre part. A la fin d'*Expérience et Nature* (1925), Dewey fait d'ailleurs la critique de certaines formes d'éthique :

*[...] ces formes de théorie morale, si elles libèrent la morale de l'obligation de dire à l'homme ce que sont les biens, laissant à la vie le soin de le faire, n'ont cependant pas réussi à prendre conscience du rôle critique de la philosophie morale, et elles n'ont pas vu que la prise en charge de ce rôle [...] implique une transformation qualitative, une refonte de l'action ultérieure qui met expérimentalement à l'œuvre les conclusions de la théorie.*

Cet appel à la « refonte de l'action ultérieure » nous paraît trouver un sens particulier appliqué à l'éthique clinique, dans ce qu'elle doit avoir de réflexif. La réflexivité est à la fois une pratique du corps médical visant à ressaisir *a posteriori* les motifs éthiques (les « fins en vue » comme l'écrit Zask) de son action, mais elle doit s'entendre plus largement – et à partir des outils d'éducation, de démocratie sanitaire et de récit de l'expérience que nous avons développés précédemment – comme poursuivant alors :

*Une pratique collective, mais aussi réflexive [...] permettant de comprendre le contexte dans lequel émergent les problèmes, de s'engager, via une démarche dialogique, dans une coélaboration du sens et des finalités de l'action à mener, d'identifier les ressources (internes et externes) à mobiliser, et enfin de questionner [...] postures, rôles, [et] valeurs en jeu. (Bégin, Langlois & Rondeau, 2015)*

Nous retrouvons ici des éléments qui peuvent renvoyer (par l'engagement, par l'expérience, par l'éducation à la réflexivité et par le caractère holistique et collectif) à la pensée de Dewey, et qui convoquent

à vrai dire une éthique de la responsabilité face à la complexité qu'incarne la consultation et l'acte médical. Nous pouvons d'ailleurs souligner avec Michel Fabre (2014) que dans *Reconstruction en philosophie* (Dewey, 1920), Dewey établit un parallèle entre le jugement moral et la clinique médicale, dans ce que cette dernière se trouve confrontée à des moments limites de conflit entre les biens, entre les normes, mais toujours *dans* une situation singulière, qu'il faut examiner pour agir comme le ferait le scientifique devant une expérience. Cela fait dire à Fabre :

*Pour Dewey, le jugement moral a une structure intellectuelle semblable au jugement scientifique. [...] La morale de Dewey n'est donc pas une morale de l'intention, mais une éthique de la responsabilité. [...] On pourrait dire que Dewey a une approche médicale du mal : le mal n'est pas une faute, encore moins un péché : c'est une maladie. [...] La question morale est de savoir comment soulager les maux de l'humanité. (Fabre, 2014).*

Ainsi, il nous semble que l'apport du pragmatisme de Dewey à l'éthique clinique passe par le fait de permettre non seulement une réflexivité morale sur l'action thérapeutique, mais encore par la possibilité d'éduquer à cette réflexivité, en tant que connaissance et compétence pratique. En ce sens, envisager l'apport à la médecine de Dewey, s'il peut paraître au départ ténu, permet selon nous de mieux saisir la puissance de l'expérience, du lien corps-esprit, non-seulement dans sa perspective darwinienne et biologique, mais bien aussi comme un formidable outil au service d'une médecine plus attentive au caractère holistique, tant des pathologies en régime de médecine environnementale, que du « care » lui-même, comme exigence démocratique et éthique – médicale et scientifique – en responsabilité.

## Références

- Aiguier & Loute, (2016). L'intervention éthique en santé : un apprentissage collectif. *Nouvelles pratiques sociales*, 28(2), 158–172
- Arborio (2021), « L'incertain au cœur de l'éducation thérapeutique du patient: une ressource heuristique en faveur des dires de soi », *Santé Publique*, vol. 33, no. 3, pp. 349-358
- Bégin, Langlois et Rondeau (2015). *L'éthique et les pratiques d'intervention en organisation*. Québec : Presses de l'Université Laval
- Bernard C. (1865), *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Baillière et fils
- Boutinet (2013) « Enjeux et perspectives autour de l'éducation thérapeutique du patient », *Savoirs*, vol. 33, no. 3, pp. 83-94.
- Bury (1982) "Chronic illness as biographic disruption" in *Sociology of Health and Illness* vol. 4,no.2 ,juillet
- Cacciatore TW, Horak FB, Henry SM. (Juin 2005) « Improvement in automatic postural coordination following Alexander Technique lessons in a person with low back pain » *Physical Therapy* 85 (6): 565-78
- Canguilhem (1988) « La santé : concept vulgaire et question philosophique », in *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil (édition 2001)
- Canguilhem (1974) *Le normal et le pathologique*. PUF, Quadrige, (édition 2005)

- Charon. (2015). *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*. Paris : Sipayat
- Chudoba (2015) « Le naturalisme esthétique de John Dewey. Le problème de l'anthropomorphisme faible », *Nouvelle revue d'esthétique*, vol. 15, no. 1
- Debru et Deltin (2005) "La vie à l'épreuve de la santé." *Revue Des Deux Mondes*
- Dewey, (1920), *Reconstruction en philosophie*, (Traduction de P. Di Mascio, 2003), Publications de l'Université Pau Farrago /Editions Leo Scherer
- Dewey, (1928) "Anniversary Discourse, Body and Mind", *Bulletin of the New-York Academy of Medecine*, vol. IV, January 1928, No. 1
- Dewey, (1925) « The Development of American Pragmatism », in *The Later Works*, vol. II
- Dewey (1934) *Art as Experience*. *The Later Works*, vol. X
- Dewey (1925) *Expérience et Nature*, Paris, Gallimard, Bibliothèque de Philosophie, trad. J.Zask 2012
- Dewey (1938) *Logique : la théorie de l'enquête*. Paris : PUF (réédition 2006)
- Dewey, *The Middle Works*, vol. 11 (Carbondale: Southern Illinois University Press, 1982)
- Fabre (2014) « Minimalisme moral et maximalisme éthique chez John Dewey », *Recherches en éducation*, HS6
- Fuchs (2020) *The Circularity of the Embodied Mind*. *Front. Psychol.* 11:1707
- Gadamer (1983) « Apologie de l'Art médical » in *Philosophie de la médecine. Frontière, savoir, clinique* (2011) dir. Gaille, Paris, Librairie philosophique J. Vrin
- Giordan (2017) « Les modèles pédagogiques de l'Éducation Thérapeutique du Patient : vers une éducation thérapeutique allostérique », *Médecine des Maladies Métaboliques*, Volume 11, Issue 7
- Grimaldi (2012) « L'éducation thérapeutique en question », *Le Journal des psychologues*, vol. 295, no. 2, pp. 24-28.
- Kerlan (2021) « Expérience et narration : La voie esthétique », *Revue Médecine et Philosophie* (5)
- Rorty (2008) « Entre Kant et Dewey : la situation actuelle de la philosophie morale », *Revue internationale de philosophie*, volume 245, no. 3
- Sen (1993) *Ethique et Economie*, PUF, Quadrige, trad. 2012
- Shusterman (2008) « Dewey's Somatic Philosophy », *Revue internationale de philosophie*, volume 245, no. 3
- Shusterman (2005) *Préface à Dewey, [1934]. L'art comme expérience*. Pau : Éditions Farrago (traduction française)
- Thievenaz (2019) « La théorie de l'enquête de John Dewey : réexplorations pour la recherche en sciences de l'éducation et de la formation », *Recherche et formation*, 92
- Thievenaz (2022) « Le corps et l'esprit de l'enquête : apprendre le geste de mobilisation passive en masso-kinésithérapie », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 53. pp. 13-34
- Zask (2019) « L'enquête et ses obstacles », *Recherche et formation* 92