

Corps, culture et rééducation¹

Deuxième partie : Notions de santé du corps et visions culturelles

CÉDRIC ALLAIRE

Haute école Charleroi-Europe

Département de kinésithérapie

La santé du corps connaît deux modes de pratique : l'action médicale publique, qui est officiellement soutenue et financée, et l'entretien du corps spontané suivant les représentations propres à chacun. D'après Georges Vigarello, professeur d'université en sciences sociales et spécialiste de l'étude des techniques du corps, «l'histoire de l'entretien du corps (...) [nous enseigne qu'il] privilégie les attitudes de sauvegarde, les stratégies conservatrices, les desseins prédictifs, comportements d'autant plus spécifiques qu'ils présupposent un sens généralement négatif donné à la santé : l'absence de maladie»¹. En quelque sorte, les acteurs de la vie sociale ont, selon leur rapport plus ou moins volontaire au corps, une attitude relativement passive, en se laissant «porter» par le système de santé, ou une attitude active, en envisageant, par exemple, leur corps dans des rituels prophylactiques. Ces deux attitudes relèvent, en toute objectivité, non seulement d'un rapport au corps différent, mais également d'un rapport aux modalités de la santé qui l'est tout autant. Il semble que les individus qui recherchent l'absence de maladies posséderont une conscience

¹ VIGARELLO (Georges), *Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain depuis le moyen âge*, Manchecourt : Seuil, 1999, p. 7.

de leur potentiel corporel et de santé radicalement différent de ceux dont la définition de la santé ne se posera pas en terme de négation, mais bien comme un potentiel qui se cultive. Dans le premier cas, il y a une attitude de réaction et dans le second une attitude de développement. Nous allons donc tenter de comprendre ce qui permet, dans notre rapport au corps, de distinguer les facteurs d'orientation d'un individu à l'occasion de différents types de prise en charge de la santé.

1. Évolution de la notion de santé et de sa définition

La santé est un concept dont la définition a varié au cours de l'histoire. Jusqu'en 1946, la santé est définie, nous venons de le dire, comme l'absence de maladies. C'est une vision «négative» qui met en avant l'opposition santé/maladie. Faut-il rapporter cette donnée, somme toute fondamentale, au concept que cette opposition renferme ou alors au simple fait qu'il n'existe pas, en français, de termes adéquats pour décrire cet état? Dans les deux cas, il ne s'agit plus de comprendre l'origine de cette définition, mais bel et bien de constater ce qu'elle traduit. L'absence de maladie confère à celle-ci la potentialité d'une épée de Damoclès. Alors que nous vivons notre santé de façon insouciante, la maladie peut nous atteindre et modifier notre état. Encore faut-il reconnaître cet état de maladie car si l'acteur le nie, c'est avant tout pour demeurer dans la classe des individus en «bonne santé». Cette attitude confère à certains troubles ou à certaines pathologies un caractère de normalité. On peut alors laisser supposer qu'un état chronique puisse s'installer en toute discrétion vis-à-vis de la conscience de la personne. Cette dernière est-elle alors apte à constater qualitativement une modification au sein de son corps lorsque la maladie apparaît, si elle ne s'est pas, auparavant, rendue compte de ce qu'elle est à l'état «normal»? En effet, en envisageant sa propre santé comme un état de «non maladie», il apparaît que la potentialité du corps sain ne prend aucune profondeur et ne se révèle à l'individu que lorsque celui-ci prend conscience, avec toute la relativité que cela suppose, d'un certain nombre de «problèmes» qui pourront le pousser à consulter. L'individu répondra, ou non, à ces signaux en fonction de son ressenti subjectif et de ses représentations particulières de la santé et de l'entité médicale. Une réponse que

nous qualifierons de positive poussera l'individu à agir afin d'empêcher cette maladie par la mise en place de stratégies de lutte. Celles-ci peuvent prendre la forme de médicaments – venant du médecin ou même d'une connaissance considérant «avoir eu la même chose» – ou d'activités physiques hygiéniques. Ces deux modes peuvent d'ailleurs se compléter. Dans ce contexte, la santé pourrait-elle s'améliorer et se cultiver sans la relative association à son opposant ? Georges Vigarello analyse d'ailleurs les changements de mœurs en faveur de l'activité physique au XIX^e siècle en expliquant que «l'originalité n'est pas de passer de la non-santé à la santé, mais plutôt d'approfondir la santé elle-même, [d'] imaginer son accroissement indéfini»².

2. Le bien-être comme clé de la santé du corps

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a posé la définition moderne de la santé en ces termes : «état de complet bien-être physique, psychique et social et ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité»³. Cette approche tend vers une vision beaucoup plus globale de l'individu abordé dans son ensemble bio-psycho-social. Etre en bonne santé n'est plus la négation de la maladie, mais il semble néanmoins important de le signaler dans la définition puisque cette idée est toujours véhiculée en tant que condition désormais nécessaire mais non suffisante. C'est aujourd'hui la reconnaissance d'un individu en sa totalité, qui possède un équilibre entre ses nécessités biologiques, ses besoins physiques, son économie psychique et ses relations au social, c'est-à-dire à son milieu (familial, professionnel, associatif, légal...). Le bien-être physique invite à la sollicitation du corps qui peut prendre bien des formes extrêmes : de la jouissance corporelle du sédentaire dans l'oisiveté de son corps liée aux compensations alimentaires ou comportementales que cela peut entraîner, à celle du sportif dans l'exploit extrême proche de l'autodestruction. Le bien-être psychique relève de différents éléments. Tout d'abord des facteurs subjectifs se référant à l'image que l'on a de soi, c'est-à-dire à l'interprétation des perceptions de notre corps et de ce qui nous entoure. S'y

2 VIGARELLO (Georges), *Op. cit.*, p. 272.

3 *Larousse médical*, Paris : Larousse, 2003, p. 917.

ajoute la sensation d'harmonie des relations qui nous traversent. Les facteurs objectifs enfin, permettant la concrétisation du fait. Ainsi l'on peut citer l'effet d'hormones spécifiques telles que l'endorphine par l'intermédiaire de l'effort physique de longue durée, la quantité d'acide lactique dans le sang etc. Dans ces conditions le bien-être moral rejoint la réalité corporelle. Ce bien-être de l'individu peut-il être cerné en différenciant l'esprit du corps? Quoi qu'il en soit, la conception occidentale de la santé réalise une dichotomie qui nécessite une analyse différenciée.

Cette définition de la santé semble, selon nous, aller bien plus loin encore. En effet, l'«état complet de bien-être» demeure un paradoxe au vu du mode de vie actuel et des troubles qu'il peut engendrer (dépression, surmenage, divorce...). Cet état semble inviter davantage à un équilibre spirituel qu'à la prise en charge des facteurs objectifs de l'individu. La santé relèverait-elle, au-delà d'un rapport au corps et à la maladie, d'un accomplissement de ce que nous sommes en tant qu'être «complet»? Y-a-il un lien avec la recherche de la «vraie nature» de l'individu et, surtout, le système de santé occidental nous permettrait-il d'atteindre cet état?

3. Santé et compartimentage des disciplines de la santé

Nous l'avons découvert plus haut, le corps est découpé dans l'appréhension qu'en fait le savoir médical. L'ensemble du système de santé est lui-même compartimenté, dans son cadre légal et dans ses connaissances, à l'image des grandes fonctions de l'organisme : un podologue pour les pieds, un gastro-entérologue pour le système digestif, un opticien pour les yeux et la vue, un pneumologue pour le système respiratoire, un neurologue pour le système nerveux central et périphérique, un kinésithérapeute⁴ pour le mouvement etc. David Le Breton explique :

«Historiquement, à partir de la Fabrica de Vésale, l'invention du corps dans la pensée occidentale répond à un triple

4 A noter que dans l'ensemble des pays d'Europe et à l'exception des nations francophones (Belgique et France), la kinésithérapie est nommée physiothérapie. Ce terme semble, à première lecture, réducteur au niveau des compétences techniques puisqu'à l'heure actuelle la physiothérapie est une des compétences du kinésithérapeute.

retranchement : l'homme est coupé de lui-même (distinction entre homme et corps, âme-corps, esprit-corps, etc.), coupé des autres (passage d'une structure sociale de type communautaire à une structure de type individualiste), coupé de l'univers (les savoirs de la chair ne puisent plus à une homologation cosmos-homme, ils deviennent singuliers, propres seulement à la définition intrinsèque du corps).»⁵

Ainsi, tout comme l'individu se représente son corps suivant sa culture, la santé se représente le corps suivant une optique qui va conditionner la prise en charge. Il existe alors un lien direct entre la méthode thérapeutique et la représentation que l'on se fait de son corps.

Le système médical occidental dispose de spécialistes pour les différents organes et fonctions physiologiques, nous l'avons dit. La connaissance du thérapeute concernant la zone envisagée est de ce fait totale. Le patient est alors une réalité organique parcellaire au regard du médecin. Cette réalité prend tout son sens lorsque, devant un symptôme ou un problème qui ne relève pas ou plus de ses compétences, le spécialiste (ré) oriente le patient vers un autre spécialiste d'une autre partie de son corps. De ce fait, la réalité ou la vérité concernant la santé de l'individu se trouve elle-même démembrée.

En conséquence de la dualité instaurée entre le corps et l'esprit, nous disposons de spécialistes de la *psyché*. Ceux-ci sont psychiatres ou psychologues, en fonction de leur formation universitaire, mais aussi de leurs prérogatives à utiliser ou non des médicaments afin d'apaiser les désordres psychiques. Ces thérapeutes disposent de diverses techniques verbales et symboliques reposant sur des théories toutes aussi variées qu'exclusives. Mais d'une façon globale, comme l'explique le Dr Ikemi, spécialiste de médecine psychosomatique, dans la conclusion du 4^{ème} congrès de cette discipline, «l'approche occidentale privilégie l'intellect humain, les capacités de verbalisation et d'efficacité, en insistant sur le processus d'individualisation au sein de la société»⁶. C'est, à n'en pas douter, un corpus d'investigation de l'esprit prenant peu en considération le corps.

5 LE BRETON (David), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris : P.U.F, 2003, p. 186.

6 IKEMI (Yujiro) et DESHIMARU (Taisen), *Zen et self contrôle*, Paris : Albin Michel, 1991, pp. 23-24.

L'application de traitements, relevant du contact direct au corps, est rarement assumée par les médecins eux-mêmes. Ainsi la rééducation est-elle confiée aux kinésithérapeutes. Une répartition des tâches s'est instaurée entre le thérapeute diagnostiquant et évaluant, et le thérapeute traitant et agissant. Une analyse sommaire pourrait laisser croire qu'on a séparé «la tête et les mains», mais la réalité est toute autre. En effet, le kinésithérapeute se doit lui-même de réaliser un bilan et d'évaluer, parfois, un diagnostic trop vague pour engager un protocole de façon efficace. Il y a donc un chevauchement de certaines compétences dont le découpage relève de nécessités et contrôles institutionnels.

Ce phénomène est d'autant plus présent que, quel que soit le domaine d'intervention d'un thérapeute donné, on constate de plus en plus d'interrogations en ce qui concerne les domaines qui ne sont pas recouverts par sa spécialité⁷. Il existe de ce fait un travail d'équipe, plus ou moins coordonné, qui, souvent en milieu hospitalier, unit médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues, assistantes sociales, ergothérapeutes et kinésithérapeutes. Chacun, en fonction de ses prérogatives, expose son point de vue nécessairement orienté par son domaine de maîtrise.

Cette dualité est donc une réalité effective non seulement dans les représentations du corps, mais également dans le système de santé lui-même.

4. Dualité et santé : un esprit sain dans un corps sain?

La maxime de Juvénal, poète satirique de la fin du I^{er} siècle et du début du II^e siècle ayant écrit seize satires critiquant Rome, «*mens sana in corpore sano*»⁸ est souvent utilisée afin d'exprimer l'équilibre d'un «esprit sain dans un corps sain». Réponse à une dualité qui négligerait surtout le corps. Douce erreur de traduction puisqu'en fait il s'agit d'une demande du poète au ciel afin de bénéficier d'une *santé de l'âme et du corps*. Quoi qu'il en soit, l'exemple est assez symbolique de la volonté

7 Certaines méthodes de psychanalyse intègrent un travail corporel. De même certaines hospitalisations, notamment dans le domaine pédiatrique, intègrent un contact privilégié ayant un objectif psychique comme «les clowns à l'hôpital».

8 «*âme saine dans un corps sain*», maxime de Juvénal (*Satires*, X, 356).

occidentale de redonner une place non négligeable à la santé du corps, réceptacle d'un esprit sur lequel rejaillira cet effet de santé.

Cette dualité semble être le nœud central concernant la problématique de la représentation de la santé du corps. Cette dichotomie corps-esprit s'oppose au monisme oriental qui envisage une autre approche pour la santé corporelle. Mais quelles sont, pour nous, les conséquences théoriques et pratiques de cette dichotomie ?

4.1. *Dualité occidentale et traitement du corps*

La considération dualiste de l'individu a permis à la médecine d'engendrer des techniques et des actions qui n'étaient pas envisageables dans un autre contexte culturel. La transplantation d'organes en est un exemple très symbolique. En effet, l'Occident a intégré cette possibilité de substitution d'organes d'un corps à l'autre comme une réalité concrète à partir du moment où la médecine en a été capable⁹. Il est vrai que cette action a levé de nombreuses protestations éthiques et religieuses, mais face, d'une part, à un système globalement laïc et positiviste et, d'autre part, aux retombées bénéfiques pour la santé publique, ces transplantations ont fini par entrer dans notre quotidien. Chacun est libre, en fonction de la législation en vigueur du pays, de faire une demande qui va officialiser l'individu soit comme un donneur potentiel, soit comme un individu refusant catégoriquement d'être prélevé à son décès¹⁰. Le débat conceptuel concernant les bienfaits ou les conséquences de ces choix ou actes n'est pas le propos ici. Nous sommes bien conscients que la situation n'est pas si simple et que le don d'organes soulève toujours des difficultés symboliques et de mise en accord des familles¹¹. Néanmoins, les transplantations sont réalisées et

9 Les rejets de greffons au début des tentatives ont été considérés comme la résultante d'une «vie inconsciente des organes». Ce sont les progrès en matière d'immunologie qui rendront les tentatives fructueuses. Cette première réaction d'A. Carel en 1908 montre encore davantage les considérations fragmentaires du corps qui, alors qu'on aurait pu croire en l'impossibilité de séparer un tout indissociable, pose la possibilité de vies indépendantes les unes des autres.

10 «Certaines législations très incitatives, supposent l'accord de la victime et autorisent le prélèvement si celle-ci n'a pas manifesté de son vivant son opposition à ce principe (ainsi en France la loi Caillavet du 22 décembre 1976, l'Italie, l'Espagne, la Belgique, etc.).», LE BRETON (David), *La chair à vif : usages médicaux et mondains du corps humain*, Paris : Éd. Métailié, 1993, pp. 264-297.

11 LE BRETON (David), *Prélèvement et transplantations d'organes*, in *Op. cit.*, pp. 264-297.

il s'agit d'une attitude officiellement reconnue voire encouragée. Le fait est que cette position résulte d'une considération particulière du corps, qui prend inévitablement sa source dans notre conception dualiste. L'esprit est de loin le facteur le plus représentatif de notre être. De ce fait le corps, comme un véritable véhicule, peut être «révisé» afin de nous amener plus loin ou de paraître plus jeune qu'en l'absence de soins. Cette considération envers le corps laisse deviner que les attentes envers l'aspect physique répondent à des normes qui ne s'adressent pas à l'esprit. L'âge est une réalité possédant sa limite d'acceptation sociale dans l'apparence et non dans l'esprit. La prédominance de ce dernier en tant qu'essence de l'individu, mêlée à une certaine symbolique d'un corps dont on refuse la décrépitude irrémédiable, pousse à un espoir d'immortalité prenant appui sur nos bases matérialistes. «La pensée matérialiste occidentale pourrait considérer que l'acceptation de l'unité corps-esprit équivaut à abandonner tout espoir de vie éternelle»¹², ce qui éclaire quant à une acceptation toute occidentale de la transplantation en tant que moyen de repousser les limites de la vie. Si l'esprit est envisagé comme l'essence de l'individu, on peut imaginer un corps réparable, mais en revanche, si l'on prend conscience de son indissociable fusion avec le corps, il semble que la conscience d'une mort irrémédiable se fasse beaucoup plus claire. La vision mécaniste du corps permet d'envisager sans aucun trouble conceptuel qu'il existe un corps, ses composants, un individu et le cas échéant une maladie :

« Dans la recherche de son efficacité propre la médecine a construit une représentation du corps qui place le sujet dans une sorte de position duelle en face de lui-même. Le malade n'est alors que l'épiphénomène d'un événement physiologique (la maladie) qui advient à son corps. Le langage des malades ("c'est le cœur qui commence à s'user", "c'est mon cholestérol", etc.) ou celui parfois de la routine de certains services à l'hôpital ("le poumon du 12", "l'escarre du 34"...) enregistrent bien ce dualisme qui distingue l'homme de son corps, et sur lequel le médecin a établi ses procédures et sa recherche d'efficacité, en même temps que ses limites. Elle a favorisé parallèle-

12 Propos du professeur M. Reiser, de l'Université de Yale, dans son discours d'ouverture en séance plénière du 4^e congrès de médecine psychosomatique, in IKEMI (Yujiro), *Op. cit.*, p. 15.

ment une vision instrumentale du corps (...) ("réparer le corps", "remettre les idées en place", etc.). L'homme, dans son identité propre, occupe une place anonyme dans cet édifice de connaissance et d'action»¹³.

Force est de constater que la vision du corps sain chez l'individu conditionne également sa perception de la maladie et de ce qui gravite autour. De plus il devient évident que le dualisme est une notion fondamentale et profonde de notre culture.

«La médecine en quête de la meilleure objectivation pose la séparation absolue entre le sujet et l'objet de sa connaissance, elle se coupe du malade et de sa maladie pour fonder cette dernière en savoir»¹⁴. C'est ainsi que l'on expérimente, de façon la plus isolée, l'esprit ou l'organique. Consécutivement à cela, nous traitons donc un organisme désincarné. La symptomatologie touche une partie du corps ou une fonction qui se voit altérée. Il est relativement courant d'être le témoin, dans des centres de rééducation, de patients réalisant certains exercices tout en lisant un journal, en regardant la télévision ou en étant plus attentifs à une discussion avec leurs voisins. Le corps travaille, sue, les articulations se mobilisent, les muscles se contractent alors que «l'esprit est ailleurs». La chair, par un automatisme laissant disponible les aires corticales, remplit sa mission des vingt répétitions, des dix minutes d'ergocycle et l'esprit peut oublier que ce corps l'oblige à tant d'attentions. Même le travail passif recèle d'un manque de présence. En effet, il est assez difficile d'obtenir le relâchement des patients. Non pas que la douleur ne les en empêche, mais parce que le cerveau, tout à l'activité de la pensée, stimule inconsciemment l'enraidissement d'un corps dont on est obligé de rappeler l'usage moins crispé à l'individu. Le patient constate alors, étonné ou désabusé, qu'effectivement, «il» lève ses épaules, qu'«il» contracte ses muscles et qu'«il» lutte contre l'action du thérapeute. Comme si quelqu'un d'autre que lui pouvait intervenir ou comme s'il pensait ne pas être dans cet état de tension. Dans ces conditions précises, il est assez évident de penser que, une fois la porte du centre franchie, la vie de tous les jours reprend son cours habituel. Cet état d'attention et de présence à soi-même requis durant les séances de thé-

13 LE BRETON (David), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris : P.U.F, 2003, p. 188.

14 LE BRETON (David), *Op. cit.*, p. 192.

rapie est un très court laps de temps face à l'ensemble de la journée et du cumul de ces attitudes inconscientes. Dans le meilleur des cas, il y aura une prise de conscience ; dans le pire des cas, le corps mécanique sera traité seul.

La connaissance fragmentaire du corps est une seconde caractéristique de notre vision occidentale. Certains récits de thérapeutes rapportent, dans les années soixante-dix, cette conscience du parcellaire : «... nous apprenions l'anatomie, segment par segment... jusqu'au cou. La tête, justement, dépassait les limites de notre travail, alors par prudence on nous laissait dans l'ignorance»¹⁵, ou encore «... dans cette Ecole le massage du dos est rigoureusement interdit. (...) Une partie du corps est escamotée. La raison donnée était que "cette région du corps est chirurgicale", "le masseur ne doit sous aucun prétexte y toucher"»¹⁶. Ce n'est, pour ces exemples, plus le cas à l'heure actuelle, néanmoins la segmentation demeure. L'étude de la marche envisage, par exemple, les troubles de la pose du pied comme une composante propre à cet étage anatomique et la podologie propose d'y remédier en recourant à des semelles et autres talonnettes. Mais l'origine de ce trouble pourrait-il provenir d'un autre étage ? Et d'une façon plus globale, cette déformation du déroulement du pas ne pourrait-elle pas être la conséquence d'un comportement spécifique du patient, d'une perception de son corps qui entraînerait des compensations à distance ? Dans ce cas, que penser de l'application d'une orthèse ?

Notre cartésianisme pousse à l'objectivation des connaissances. De fait, la découverte des secrets physiologiques qui nous gouvernent reste un chemin sans fin. Le corps ou certaines fonctions sont redécouverts régulièrement et des données se contredisent modifiant la représentation que l'on peut s'en faire. Ainsi les recherches de Michael Gershon, professeur au département d'anatomie et de biologie cellulaire de l'Université de Columbia, à New-York, rendues publiques dans son ouvrage « *The second Brain* »¹⁷, mettent en évidence une activité neuronale entérique importante à tel point qu'il qualifie le ventre de second cerveau. Il explique ainsi un certain nombre de troubles comme un manque de coopération entre ces

15 BERTHERAT (Thérèse), *Le corps a ses raisons : auto-guérison et anti-gymnastique*, Paris : Seuil, 1998, p. 93.

16 DE SAMBUCY (André), *Traité pratique de massage vertébral familial*, Paris : Éd. Dangles, 1972, pp. 11-12. Nous avons supprimé les italiques.

17 GERSHON (Michael D.), *The second brain*. – New York : Quill, 2003, 320 p.

deux parties du corps. Il semble que cette donnée théorique soit reprise afin d'appuyer certaines techniques ou principes empiriques utilisés jusque-là¹⁸. La vision du corps évolue donc en fonction du corpus théorique dont on dispose.

La dualité, qui caractérise notre vision de l'être et qui objective le corps en particulier, a orienté nos investigations médicales en ce sens. Néanmoins, certains chercheurs ont eu l'occasion de mettre à jour certains concepts holistiques. Dans le même genre de problématique que celle des semelles orthopédiques, nous connaissons tous la réponse actuelle la plus adaptée aux problèmes de vue en Occident. Les orthèses visuelles, lentilles de contact ou lunettes, demeurent la solution la plus répandue en dehors de l'intervention chirurgicale. Il ne s'agit pas, dans ce cas, d'un véritable «traitement». Cette altération de la vue semble être considérée comme impossible à traiter par la rééducation. Or en 1920, l'ophtalmologue Américain W. H. Bates (1860-1931) a mis au point un traitement reposant sur le fait que la vue n'est pas uniquement la capacité à voir net. C'est également la capacité de visualiser, d'interpréter, de comprendre, d'assimiler et de relier à la mémoire les informations reçues par les yeux. Une forte proportion de la vision repose davantage sur le cerveau que sur les récepteurs que sont les globes oculaires. Or ce qui va jouer sur la dynamique de traitement du système nerveux central sont les émotions et le stress. Il faudrait garder un usage de soi détendu tant mentalement qu'en ce qui concerne les yeux eux-mêmes¹⁹. Cette méthode est, à l'heure actuelle, une technique qui est assez peu répandue. Nos recherches nous ont montré qu'elle a marqué davantage le monde anglophone que francophone²⁰. Toujours est-il qu'un nombre assez limité d'ophtalmologues l'exploite en Europe. On est en droit de se demander si c'est avant tout pour des raisons de résistances concernant la vision du corps et des affections des yeux par le grand public, ou si, pour des raisons plus pécuniaires, cette façon d'aborder la

18 PALLARDY (Pierre), *Et si ça venait du ventre?*, Paris : Pocket, 2002, 281 p.

19 HUXLEY (Aldous), *L'art de voir*, Saint Amand Montrand : Éd Payot, 1990, p. 26.

20 Internet dispose de sites dont les liens ou les contacts sont très souvent anglophones ou du moins ont fait leur formation aux Etats-Unis, en Angleterre ou en Nouvelle-Zélande. Le prospectus de la «17e conférence internationale de vision holistique de Paris», du 18 au 21 octobres 2002, montre une quasi totalité d'intervenants et spécialistes anglophones et germanophones.

maladie ne serait pas assez rentable. En définitive, cette découverte fait émerger deux éléments importants : tout d'abord, le fait que la vision du corps sain peut élargir son champ potentiel à une vue sans orthèse et que les affections de la vue ne sont pas tout à fait une fatalité ; ensuite, que la santé du corps, et ici spécialement de la vue, est interdépendante de l'usage de soi au sens moniste du terme.

Il apparaît donc que notre dualité toute occidentale est présente à tous les étages de notre rapport au corps : dans la façon qu'a le patient de considérer son corps, qu'a le médecin d'envisager le patient et qu'a la science d'aborder la maladie. Si notre cartésianisme a permis de faire de grandes avancées en terme de sciences et de techniques, il semble tout de même que le rapport aux réalités corporelles se soit déshumanisé. Au demeurant, l'Occident connaît certains courants de rapports aux corps plus holistiques, mais ceux-ci semblent se heurter à des résistances-ou encore des difficultés de mise en œuvre. On assiste d'ailleurs à un fort engouement de la part des occidentaux en ce qui concerne les techniques du corps d'origine asiatique.

4.2. Conception holistique japonaise et traitement

Le monisme s'oppose au dualisme. Il considère que le corps et l'esprit sont indissociables. En effet « (...) l'approche orientale n'a jamais cédé à la tentation de la dichotomie qui caractérise le mode de pensée de l'Occident et qui divise le tout de l'existence humaine en deux objets réifiés, psyché et soma »²¹. De ce fait, les considérations quant au corps demeurent différentes tout comme le système de santé japonais. Reprenons l'exemple de la transplantation et considérons-le dans le contexte culturel nippon. Il s'avère que ce type de greffe post-mortem y est inenvisageable. Cette négation repose sur plusieurs conceptions culturelles très spécifiques. La première est que le siège de la vie est considéré comme étant le cœur. En japonais, le kanji *kokoro* est utilisé pour qualifier indistinctement le cœur et l'esprit. La première nécessité concernant un don d'organe est que le donneur possède un encéphalogramme plat, ce que nous qualifions de mort cérébrale, afin que l'ensemble des organes fonctionnent encore biologiquement parlant. En revanche, si la mort est cardiaque, il en résulte un arrêt circulatoire entraînant la destruction tissulaire d'un certain nom-

21 IKEMI (Yujiro), *Op. cit.*, p. 16.

bre de ces organes. De ce fait, le don est impossible et par voie de fait, la transplantation également.

La seconde raison est qu'«au Japon, le corps est perçu de manière profonde comme le lieu de l'individualité, et non comme une structure interchangeable d'éléments biologiques. La mort ne prive pas l'individu de l'humanité de son corps. La tradition bouddhiste considère que l'esprit du défunt demeure quarante-neuf jours en ce monde. Il serait terrifiant pour la plupart des familles japonaises de prélever des organes sur un être dont la vie se poursuit sous une autre forme. Il faut trente-deux ans pour que le défunt devienne un ancêtre, et des cérémonies accompagnent de manière heureuse le processus»²². L'ensemble du rituel de deuil ne peut permettre un tel acte, on le constate aisément. Au Japon, les rituels ponctuent les différents stades de la vie et sont un événement majeur. À titre d'exemple, le second lundi de janvier constitue le *Seijin no Hi*, c'est-à-dire le jour de l'accession à la majorité pour tous les jeunes japonais. De ce fait, cet événement n'est pas relégué à la discrétion de la famille, mais bien à un niveau national. La mort n'échappe pas à l'imprégnation de la coutume. En effet, «la symétrie, souvent évoquée, entre les rites qui vont de la naissance à l'âge adulte, et les rites funéraires permet d'appréhender ces derniers comme un ensemble rituel visant à une purification et à une croissance des âmes parallèles à celles du corps»²³.

La dernière raison rendant la transplantation difficile pour ne pas dire impossible, réside dans le fait qu'il est inconcevable pour un japonais de recevoir un «don aussi marqué»²⁴ de la part d'une personne inconnue. Par conséquent, l'ensemble des dons réalisés au Japon le sont de la part d'un donneur vivant qui est «apparenté et consentant»²⁵. Du fait de ces orientations culturelles spécifiques, ce pays a développé une plus grande utilisation des prothèses et du synthétique. On se rend donc bien compte des conséquences pratiques que la vision holistique de l'individu entraîne par rapport à d'autres points de vue.

22 LE BRETON (David), *La chair à vif : usages médicaux et mondains du corps humain*, Paris : Éd. Métailié, 1993, p. 268.

23 BERTHON (Jean-Pierre), *Religions croyances et conceptions du monde*, in SABOURET (Jean-François) et coll., *Japon, peuple et civilisation*, Paris : La Découverte/Poche, 2004, p. 60.

24 LE BRETON (David), *Op. cit.*, p. 273.

25 LE BRETON (David), *Op. cit.*, p. 273.

Ce monisme engendre une appréhension du corps qui ne passe pas par son découpage, mais davantage par sa perception totale. On pourrait, de façon plus juste, qualifier cette attitude d'appréhension par le corps. Il s'agit du *taitoku*, c'est-à-dire la «compréhension par le corps». L'expérience du corps prend une place fondamentale dans la culture nippone. D'un point de vue lexical, on trouve de nombreuses expressions relevant du corps et du savoir. En effet :

« il existe en japonais plusieurs expressions, toujours d'actualité et employées fréquemment, qui désignent l'apprentissage par le corps : karada de oboeru 体でおぼえる "apprendre par le corps" ; mi o ireru 身を入れる mot à mot "mettre son corps" pour "s'appliquer, s'adonner (au travail)" ; mi o motte shiru 身をもって知る, "connaître avec le corps", dans le sens d'apprendre par expérience personnelle ; mi o motte shimesu (身をもって示す) : "montrer avec le corps", donner l'exemple... Ce qui est assimilé à fond, mi ni tsukete iru koto 身につけていること, taitoku shite iru koto 体得していること est mot à mot, "ce qui est mis, pris, obtenu dans le corps" »²⁶.

La conséquence d'un tel champ lexical est qu'il place un sens subjectif «entre les lignes» et engage la nécessité de faire appel à ses propres sensations basées sur l'expérience. Ainsi on retrouve, par exemple, cette difficulté dans la traduction de certains textes japonais. Kenji Tokitsu, lors de la traduction du *Gorin no sho* de Musashi Miyamoto (1584-1645) pour sa thèse de langues et civilisation, explique : «l'intensité de ma pratique n'est pas du même ordre que celle de Musashi, mais j'ai tenté de combler la distance entre les mots de Musashi et le corps par ma propre pratique, même limitée»²⁷; et plus loin :

26 CHAMPAULT (Françoise), *Apprendre par corps : problèmes relatifs aux implications psychologiques et morales dans l'apprentissage des arts de combat au Japon*, in *Daruma : revue internationale d'études japonaises*, 2000-2001 (8/9), p. 75.

27 TOKITSU (Kenji), *Miyamoto Musashi : maître du sabre japonais du XVIIe siècle, l'homme et l'œuvre, mythe et réalité*, Paris : Désirs, 1998, p. 7.

« En français, lorsqu'on dit "soyez calme", l'idée sous-jacente est que l'esprit doit être calme, la primauté de l'esprit sur le corps étant sous-entendue. En japonais, cette primauté n'est pas sous-entendu [sic] de la même façon. Musashi écrit : "L'esprit ne doit pas être tiré par le corps, le corps ne doit pas être tiré par l'esprit". La façon d'établir cette distinction procède d'une pensée et d'une langue où la tendance dominante est de confondre les deux sans hiérarchie, et où le travail analytique vise à les distinguer. Une interprétation superficielle pourrait voir dans de tels propos l'affirmation d'une pensée dualiste, alors qu'il s'agit au contraire d'un travail visant à établir des distinctions qui ne vont pas de soi »²⁸.

La langue japonaise reflète donc les particularités monistes de cette culture tout autant qu'elle laisse une grande place au corporel, donc à l'expérience du corps, plutôt qu'à l'abstraction intellectuelle.

Le Docteur Yujiro Ikemi explique ce principe par « la saisie intuitive que, dans l'effort humain, il existe une limite à ce qui peut être compris par la pensée et qu'une large part des choses doit être comprise par l'expérience »²⁹. La pratique prend alors le pas sur la théorie et il est nécessaire de vivre un certain phénomène, de le ressentir, afin de pouvoir le comprendre et davantage le savoir. Les mots seraient alors, dans certains cas, inefficaces pour la transmission³⁰. D'après Michel Develay, directeur de l'Institut des sciences et pratiques de formation et d'éducation à l'Université Lyon II, l'apprentissage d'informations aboutit à des connais-

28 TOKITSU (Kenji), *Op. cit.*, p. 7.

29 IKEMI (Yujiro), *Op. cit.*, p. 36.

30 Cette notion transparaît dans les propos de Jigoro Kano (1860-1938), le fondateur du Judo et professeur d'Université : « Un jour au cours de l'entraînement, je suis projeté par mon maître et, en me relevant, je lui demande : « Quelle était cette technique. – Viens encore, dit le maître, et il me projette une nouvelle fois, alors je lui demande : Dans cette technique, quels sont les mouvements de mains et de pieds ? » Le maître répond : « Viens encore », et il me projette à nouveau. Je me demande alors : « Comment faites vous cela ? » Le maître me projette encore trois fois et dit : « De toute façon, tu ne peux pas comprendre mes explications. Seule la répétition t'apprendra. Viens donc. » Et mon maître a continué à me projeter sans jamais me donner aucune explication technique. » in TOKITSU (Kenji), *Op. cit.*, p. 305.

sances chez l'apprenant. C'est une fois que ces dernières prennent sens pour l'individu qu'elles se changent en savoirs qui pourront être transmis en informations pour des tiers³¹. Si les mots sont un message qui devra prendre sens par le traitement cognitif, la mise en mouvement du corps représente directement une connaissance pratique et personnelle qui a du sens, c'est-à-dire un savoir. Néanmoins, il est évident que ce mode d'acquisition du savoir repose sur la subjectivité et, qu'en ce sens, il ne répond pas au modèle des données scientifiquement vérifiées, comme en Occident. La verbalisation, en tant que processus analytique, constitue déjà un temps d'objectivation de l'information. En effet, «notons que la faiblesse de la compréhension par l'expérience réside dans le fait qu'elle n'est pas aussi objective que l'approche intellectuelle et qu'elle repose pour une large part sur l'intuition. Pourtant, la connaissance et la pratique médicale ne sont pas complètes sans l'expérimentation scientifique. On ne peut, par exemple, être un bon chirurgien en étudiant dans un livre; la pratique de la chirurgie est nécessaire»³².

L'Orient n'a pas développé, à l'image de ce que l'on peut connaître en Occident, de thérapies de l'esprit en tant que tel. La verbalisation comme agent salvateur n'y est pas envisagée pour des raisons sociales et culturelles spécifiques. Une étude rapportée par Margaret Lock, de l'Université McGill de Montréal, établit que des malades chinois et japonais diagnostiqués par la médecine occidentale comme souffrant d'une maladie mentale ont tendance à se plaindre de troubles somatiques et non pas psychologiques. «Pour ces malades, leurs maux physiques étaient leur «vraie» maladie»³³. L'auteur met alors en évidence que le modèle de somatisation diffère, de manière significative, de réactions occidentales communes. Les représentations de ces troubles sont renforcées par les concepts de la médecine traditionnelle, mais sont aussi et surtout construites par la culture qui oriente l'expression de ces troubles.

31 DEVELAY (Michel), *Donner du sens à l'école*, Paris : ESF éditeur, 1996, p. 42.

32 IKEMI (Yujiro), *Op. cit.*, p. 36.

33 LOCK (Margaret), *L'Homme-machine et l'Homme-microcosme : l'approche occidentale et l'approche japonaise des soins médicaux*, in *Annales : économies, sociétés, civilisations*, vol. 35, 1980, n°5, p. 1125.

4.2.1. Une philosophie de la santé

Les civilisations asiatiques, telles que la Chine et le Japon, bénéficient d'une théorie concernant la santé en place depuis de nombreux millénaires. Ces concepts et techniques sont, aux yeux du cartésianisme occidental, des systèmes empiriques qui relèvent de pratiques intuitives et symboliques très liées à la cosmogonie. Néanmoins, il semble qu'un corpus relativement cohérent se soit créé, mais dans une logique très différente de la nôtre. La médecine traditionnelle japonaise provient de la Chine. Toutes deux possèdent sensiblement le même corpus et des théories similaires. Cette médecine lie la prise de plantes (phytothérapie), l'action par pressions (différents types de massages, ou *anma* comme le *shiatsu*), les agents physiques et thermiques (étirements, plantes brûlées ou *moxa*), des stimulations par piqûres (*acupuncture*) et enfin des exercices physiques à vocation prophylactique (*kiko*, *seitai*...), afin de prévenir la maladie par le maintien de l'équilibre énergétique de l'être. En effet, très présent dans les conceptions de l'individu en Chine et au Japon, le *qi* ou *ki* circule dans le corps le long de canaux subtiles, ou méridiens, bénéficiant d'une anatomie précisément décrite par la tradition. La maladie résulterait du blocage de cette circulation dans une zone spécifique. La conséquence d'un manque (*kyo*) ou à l'inverse d'un excès (*jitsu*) de ce *ki* produirait un ensemble d'effets de proche en proche débouchant sur des pathologies de tout type (lésions anatomiques, dysfonctionnements organiques, troubles psychiques...). «En adaptant le traitement aux variations subtiles de l'état d'une personne, il est possible de stimuler les pouvoirs miraculeux d'auto-guérison du corps et de cultiver tant le bien-être mental que celui physique»³⁴. Ces théories reposent principalement sur la capacité d'auto-guérison qu'il est nécessaire de re-stimuler chez l'individu, «le thérapeute agissant comme un catalyseur qui amorce ce processus»³⁵. La maladie n'est alors que le symptôme d'un corps qui essaie de rétablir son équilibre; elle devient chronique lorsque les ressources pour rétablir la santé viennent à manquer ou sont entravées.

34 NAMIKOSHI (Toru), *Le livre complet de la thérapie Shiatsu*, Paris : Guy Trédaniel éditeur, 1997, p. 7.

35 LOCK (Margaret), *Op. cit.*, p. 1124.

La maladie ne constitue pas une rupture par rapport à un état de santé mais plutôt une continuité. La vitalité générale est soumise à des modifications semblables aux bouleversements que l'on peut retrouver dans la nature (saisons, températures...) et qui ne constituent donc pas une fracture dans le déroulement global des événements. Ainsi la maladie n'est pas un élément perturbateur qui vient s'immiscer en ce corps, mais bel est bien une variation intrinsèque en répercussion aux pressions du milieu. La maladie est l'expression d'une inadaptation, d'un contexte social, professionnel, familial ou spirituel qui a épuisé les capacités de santé à un moment donné de la vie de l'individu.

Cette vision du corps est holistique par sa façon d'associer tout un ensemble de facteurs environnementaux et intrinsèques : différents penchants (goûts alimentaires particuliers, position pour dormir, nombres d'heures de sommeil...), traits du caractère, contextes de vie (famille travail...), données morphologiques et pathologies. Il est nécessaire d'insister sur le fait que ces méthodes traditionnelles cherchent à maintenir l'individu en condition de bonne santé et qu'il le reste sans devenir un « patient » au sens littéral du terme, à savoir « un souffrant ». « Le Shiatsu s'efforce en premier lieu de prévenir la maladie et, en faisant appel aux pouvoirs naturels d'auto-guérison, de développer des corps capables de lui résister »³⁶.

Le corps trouve une place importante dans la prise en charge de la santé. Moins parce qu'il est le lieu de la maladie que parce qu'il est le réceptacle de l'individu³⁷ :

« La pensée orientale considère le corps comme le siège sacré de l'âme ou de l'esprit et fait grand cas de la « sagesse du corps ». Le corps et l'esprit sont vus comme deux dimensions d'un même phénomène et non comme des entités indépendantes. Le principe de base de la médecine orientale traditionnelle est de maintenir ou de stimuler la sagesse naturelle du corps. En se basant sur l'idée que le contrôle du corps est lié directement à celui de l'esprit, on a souligné que le contrôle corporel ou soma-

36 NAMIKOSHI (Toru), *Op. cit.*, p. 7.

37 Le kanji signifiant « corps » est *tai*. Il comporte deux parties : la première clé (partie gauche) signifie l'homme et la partie droite (*hon, moto*) signifie le livre, la source et l'origine. On peut donc voire le sens littéral de *tai* comme étant « la source de l'homme » ou « le siège de l'homme ».

topsychique était la meilleure méthode pour contrôler non seulement le corps mais également la personne tout entière.»³⁸

De fait les méthodes répondant à cette vision du corps vont chercher à prévenir ces troubles énergétiques ou de tensions, afin d'augmenter le potentiel de santé dans une perspective de maintien de la santé mais aussi de développement.

4.2.2. Conséquences dans le développement de méthodes

Les méthodes de santé, de bien-être ou ayant pour objet l'acquisition de grandes compétences dans l'usage de soi, sont très nombreuses et variées au Japon. Elles résultent conjointement des perceptions du corps basées sur l'expérience et des principes médicaux traditionnels ainsi que, bien souvent, sur le cheminement d'un individu. Cette particularité découle des éléments expliqués plus haut, mais aussi du fait qu'une personne peut atteindre un niveau tel qu'il pourra être considéré comme un maître, au sens d'un certain accomplissement de l'être, dont le rayonnement sera comparable à celui d'un «demi-dieu grec». On retrouve cette idée bien connue par rapport au *sumo* du rang des *yokozuna* qui sont vénérés au Japon depuis l'invention de cette discipline, considérée comme divine. Certains temples portent le nom d'un homme ou d'une femme dont le niveau spirituel, atteint par la pratique, a été reconnu comme pur et exemplaire. Ces personnes ont suivi la *voie* (*Do* ou *michi*) et atteint un certain *satori*.

Nous allons aborder quelques unes de ces disciplines les plus connues et «soit par la pratique, soit par la littérature. Il s'agit de la méthode Hida, du *seitai*, du *shiatsu* et du *kiko*³⁹. Ces quatre méthodes sont différentes les unes des autres et résultent de contextes eux-mêmes différents.

La méthode Hida ou *Hida-shiki* (*Sei chûshin-dô* ou «voie du centre véritable») a été créée par Harumitsu Hida (1883-1956). Enfant fragile, il fut pendant de nombreuses années victime de toutes sortes de maladies. Il fut notamment atteint du Typhus à l'âge de 6 ans. Sa morphologie cathartique et sa grande faiblesse l'ont, à plusieurs reprises, mené aux portes de la mort. Ce fut le cas pour ses trois frères et sœurs qui ne survécurent pas. Cette situation dura jusqu'à l'âge de 18 ans, où la conscience de son état fit naître en lui le désir de transformer son corps afin de le rendre fort et

38 IKEMI (Yujiro), *Op. cit.*, p. 17.

39 Ces méthodes sont davantage développées dans le chapitre suivant.

résistant et cela à n'importe quel prix. En définitive, Harumitsu Hida vivra jusqu'à 72 ans après avoir créé une méthode de développement corporel l'ayant amené à un niveau de santé et de capacité exceptionnel. « En septembre 1931, j'ai rendu visite au Général Suzuki (...) [qui] m'a donné 30 ans, et son épouse m'en a donné 20, alors que j'en avais 48 (49 ans dans le texte)... Notons qu'à cette époque la longévité des Japonais était inférieure à 50 ans. »⁴⁰. Cette méthode se base sur la répétition au moins quotidienne d'exercices très précisément décrits ou *kata* nécessitant une attitude physique et mentale pointilleuse. De plus, elle se base sur une diététique très astreignante. Elle vise à développer la force du centre du corps et à créer l'ensemble des mouvements en ayant conscience de celui-ci. H. Hida incarne une réalité de santé à laquelle on peut accéder : « (...) je suis la preuve même de la justesse de la méthode dont la pratique continue et rationnelle m'a permis d'obtenir et de maintenir l'énergie de la jeunesse, ce qui donne un espoir aux autres. Non seulement mon corps est jeune, mais mon esprit comporte autant d'émotion et de sincérité qu'au temps où j'ai décidé de transformer mon corps lorsque j'avais 18 ans. Quant à la force de volonté, j'en ai encore plus »⁴¹.

Le *seitai* (*corps positionné avec justesse* ou *coordination corporelle*) est une méthode inventée au Japon par Haruchika Nohuchi (1911-1976). Encore une fois, cette méthode est basée sur l'expérience personnelle de celui-ci à travers l'ensemble de sa vie. Elle propose deux composantes : la première est ésotérique et ne s'adresse qu'aux thérapeutes afin qu'ils agissent sur l'équilibre du patient ; la seconde est exotérique et accessible à chacun afin que, par son propre travail corporel, il obtienne un niveau de santé élevé. Dans les deux cas, les exercices réalisés sont très personnalisés. Ils correspondent à ce que chacun est à un moment donné de son développement. De fait, c'est davantage le ressenti qui va guider, en appui sur des données philosophiques et théoriques basées sur la motricité involontaire (*taiheki*), la progression dans le développement gestuel. La perception éveillée par cette méthode doit s'extrapoler à l'ensemble de la vie du pratiquant et modifier des habitudes pouvant être inadaptées voire pathologiques.

Le *kiko* (*qigong* en langue chinoise) est une méthode millénaire qui

40 TOKITSU (Kenji), *Étude sur la méthode Hida*, Paris : Éd Shaolin Mon., 1995, p. 11.

41 TOKITSU (Kenji), *Op. cit.*, p. 11.

trouve ses racines dans la médecine traditionnelle chinoise. Elle consiste en des exercices plus ou moins complexes dont le but est de favoriser la circulation du fluide énergétique (*ki*) concomitant avec une perception de soi détendue, globale et un aspect psychologique d'union avec l'environnement. Cette méthode connaît de nombreux styles dont la gestuelle peut s'étendre d'une posture immobile à un enchaînement de mouvements longs et précis pour, à première vue, en arriver au même but. D'une façon générale, ces méthodes reposent de façon importante sur la visualisation mentale et l'imaginaire. Le phénomène de suggestion est explicitement évoqué. Il est à noter que cette méthode est utilisée dans certains hôpitaux chinois et qu'elle est à nouveau étudiée au Japon. À titre d'exemple, nous pouvons mentionner les recherches du docteur Toshihiko Yayama, oncologue et chirurgien de l'hôpital Tokushukai de Fukuoka ayant étudié la médecine occidentale à l'Université de Kyushu, qui a réintroduit cette pratique au sein de son service en complément et soutien de la médecine halopatique⁴².

Le shiatsu, tout comme la méthode précédente, repose précisément sur l'anatomie de la médecine traditionnelle chinoise. Elle vise, par un massage approprié, à la libre circulation du *ki*. Cette méthode est considérée comme un massage japonais, mais semble tout de même un peu plus élaborée que ce que nous pouvons en imaginer. À titre d'exemple, un certain nombre de techniques sont utilisées pour réanimer dans diverses conditions. Ainsi nous trouvons, dans ces anciennes techniques, l'origine du massage cardiaque tel que nous le connaissons à l'heure actuelle.

Il apparaît assez nettement que la vision holistique japonaise a représenté un terrain relativement fertile en ce qui concerne les méthodes de développement de la santé. La certitude que l'Homme est un être qui doit trouver au plus profond de lui-même des données qui ne lui sont pas si évidentes est un moteur de ces investigations. Cette introspection est liée à la nécessité d'un développement spirituel, par le fait de trouver sa place dans la société et la nature, mais aussi d'être utile au pays⁴³.

42 YAYAMA(Toshihiko), *La guérison par le qi*, Paris, ki productions, 2001, 127 p.

43 Cet esprit d'identification nationale est un facteur très fort de la culture nipponne. On s'en rend d'autant plus compte qu'elle a, durant les guerres sino-japonaises (1894-1895), russo-japonaise (1905) et la seconde guerre mondiale, détourné le message originel du bouddhisme en créant une véritable notion de « guerre sainte ». Il était alors inenvisageable pour les moines zen de ne pas collaborer à cette attitude. Ce sujet est développé dans : BRIAN (Victoria), *Le Zen en guerre 1868-1945*, Paris : Seuil, 2001, 363 p.

4.3. *Prémices d'une prise en charge holistique en Occident*

En Occident, il existe une branche de la médecine qui s'intéresse de plus en plus à cette vision holistique et plus particulièrement moniste du corps et de l'esprit. Il s'agit de la psychosomatique. L'ouvrage du docteur Ikemi en témoigne en retraçant des points de vue de médecins et professeurs occidentaux ayant participé à différents colloques. Malgré tout, même s'il existe une démarche de compréhension de la culture japonaise vis-à-vis du corps, il n'en demeure pas moins que cette démarche reste problématique au vu de notre propre socle culturel : «Les chercheurs en médecine psychosomatique ont largement répandu l'idée de l'unité corps-esprit, mais en fait, ces conceptions unitaires ne sont que de charmants discours, car le dualisme cartésien reste aujourd'hui le fondement de la médecine psychosomatique»⁴⁴. Ce qui marque la différence de conception est, comme nous l'avons déjà suggéré, la pratique même du corps, son expérience (*taïtoku*). C'est donc une véritable «recculturation»⁴⁵ qui est nécessaire afin de saisir une notion pour laquelle notre propre culture ne possède ni les concepts ni le champ lexical.

Cette médecine psychosomatique ne délaisse pas pour autant les connaissances objectives et scientifiques. En effet, il s'agit d'aborder l'individu dans sa globalité avec l'ensemble des moyens qui sont à notre disposition :

« Nous commençons, bien sûr, par prescrire un traitement symptomatique pour alléger leur souffrance psychosomatique et les mettre hors de danger. Une fois que le patient est rétabli, la thérapie s'oriente vers l'éveil aux mécanismes vitaux générateurs de symptômes. En d'autres termes, nous nous penchons sur les différents aspects de la vie passée du patient pour découvrir de quelle manière la rupture de son unité s'est opérée. En le rendant conscient de cette rupture, nous permettons au patient de jeter lui-même les bases d'une vie nouvelle »⁴⁶.

44 IKEMI (Yujiro), *Op. cit.*, p. 16.

45 Nous formons ce néologisme sur la base du mot «acculturation» avec pour intention de faire ressortir l'action de se construire une nouvelle culture.

46 IKEMI (Yujiro), *Op. cit.*, p. 69.

Le corps étant le socle de l'individu, il va fournir de nombreuses informations concernant les troubles au thérapeute mais également au patient. L'éveil aux données de son corps, au champ biologique, est un facteur primordial qui rejoint cette notion de *taitoku*. La capacité à extraire des informations sur le biologique joue un rôle primordial, car «tout comme la psychanalyse classique rend conscient l'inconscient psychique, le bio-feed-back aide à percevoir l'inconscient corporel»⁴⁷. On cerne de façon plus concrète la globalité de l'individu tant du point de vue psychique que corporel :

«En effet, la conscience du corps provoquée par le bio-feed-back facilite la prise de conscience de sentiments jusque-là refoulés. Il faut signaler ici que la compréhension intellectuelle du psychisme profond (sentiment de conflits refoulés, etc.) n'a que peu d'effets thérapeutiques, mais que la prise de conscience du psychisme liée à celle du corps autorise une profonde transformation de soi»⁴⁸.

La somatisation consistant en des répercussions physiques d'un certain usage de sa *psyché*, de son esprit, de son cerveau et en un mot de soi, il est crucial de se donner les moyens de prélever les informations les plus pertinentes. L'approche globale semble se répercuter sur l'ensemble de l'individu de façon fractale. On lutte alors contre une dualité corps/esprit qui peut se concrétiser également dans un déséquilibre d'activité cerveau gauche/cerveau droit ou tout simplement une activité inadéquate de celui-ci dans sa totalité :

«Les activistes de l'intellect qui ont oublié leur corps et qui refusent de s'intéresser à leurs muscles devraient comprendre que, en devenant capable de relâcher la tension de leurs muscles, ils peuvent réduire l'activité de leurs centres coordonneurs et, en conséquence, celle du cerveau. Comment peut-on empêcher la tension nerveuse de fatiguer le cœur et de provoquer des infarctus? On ne peut contrôler le cœur directement.

47 IKEMI (Yujiro), *Op. cit.*, p. 32.

48 IKEMI (Yujiro), *Op. cit.*, p. 32.

49 Propos du professeur Chauchard, directeur de l'Institut de recherches biologiques de l'Université de Paris rapportés dans IKEMI (Yujiro), *Op. cit.*, p. 22.

Mais indirectement, parce que sous l'effet de la relaxation musculaire on peut prendre conscience des systèmes de contrôle qui innervent les viscères»⁴⁹.

Nous sommes donc bien loin du modèle informatique souvent usité pour signifier l'activité cognitive du cerveau. Alain Berthoz, ingénieur et neurophysicien, professeur au Collège de France, n'hésite pas à qualifier cette «métaphore de l'ordinateur : un nouveau dualisme»⁵⁰. Le déséquilibre d'activité des hémisphères semble constituer une résultante de la dualité culturelle occidentale, mais aussi du mode d'éducation dont nous bénéficions. En effet, l'hémisphère gauche est très sollicité par l'usage intellectuel, le verbe, la temporalité etc. Il en résulterait une «alexithymie⁵¹ (...) par affaiblissement de la conscience de l'hémisphère droit du cerveau»⁵². Or il semblerait que la conscience du corps, la perception holistique de soi et de l'environnement ainsi que les émotions relèveraient justement de cette neuro-activité droite. Il est intéressant de noter que le système d'écriture en idéogramme (*kanji*) s'oppose à notre système analytique et syllabique, en ce sens qu'il s'agit de dessins évoquant une idée, ce qui relève d'une notion artistique présente dans l'hémisphère droit. Donc cette configuration de l'écriture renforce encore davantage le penchant japonais pour une perception globale.

Le déséquilibre d'activité s'applique également en faveur du néo-cortex, siège de l'activité volontaire, par rapport au paléo-cortex (régulation endocrinienne, instinct, survie...) et diencephale (système limbique, émotions, sensations, mémoire...). Ce qui va dans le sens d'une recherche de la diminution de l'activité volontaire (lâcher prise) menée par une plus grande stimulation laissée au corps et au «silence du moi». Ces phénomènes doivent alors s'éduquer et reposer sur des critères concrets, sur une éducation du perçu.

Les différentes activités biologiques étudiées par l'Occident et objectivées afin de procéder à la compréhension de notre suggestivité semblent

50 BERTHOZ (Alain), *Le sens du mouvement*, Paris : Odile Jacob, 1997, pp. 285-286.

51 «État d'inhibition irrationnelle s'accompagnant de difficulté à exprimer des sentiments», in GARNIER (Marcel) et DELAMARE (Jacques), *Dictionnaire des termes de médecine*, Paris : Maloine, 2003, p. 25.

52 IKEMI (Yujiro), *Op. cit.*, p. 30.

s'étendre par des voies dites inconscientes, mais plus justement involontaires (extra-pyramidales). En effet :

« Ce qui se passe dans le cerveau retentit donc sur le corps comme ce qui se passe dans le corps sur le cerveau. L'étude scientifique moderne a même montré que les viscères qui échappent à la conscience et à la volonté envoient au cerveau des messages inconscients qui peuvent intervenir dans les rêves et reçoivent involontairement des ordres du cerveau, base des conditionnements corticoviscéraux qui interviennent dans les désordres psychosomatiques »⁵³.

On retrouve ainsi des expérimentations réalisées sur des sujets en *zazen* (méditation) mettant en évidence des électroencéphalogrammes des ondes cérébrales. À l'état normal, nous émettons des ondes situées entre 14 (ondes intermédiaires) et 30 cycles par seconde (ondes gamma) soit un certain niveau de stress. L'état de méditation permet aux initiés d'atteindre les ondes alpha (10 cycles par seconde) concomitantes avec un état de calme et de stabilité, alors que des pratiquants très expérimentés atteignent les ondes thêta (4 à 7 cycles par seconde) spécifiques de l'état d'endormissement précédant le sommeil. Il semble que l'ensemble de ces investigations ait mis en évidence l'action parasympathique liée à la diminution de l'activité corticale et hypothalamique de *zazen*⁵⁴.

L'approche psychosomatique semble une voie intéressante de l'investigation de l'individu d'un point de vue moniste. L'ensemble des données qu'elle peut fournir doit tendre à une approche corporelle de l'individu, de sa santé et de sa maladie qui pourrait permettre un travail de rééducation profond et humaniste.

Dans le prochain et dernier article, nous analyserons concrètement en quoi des méthodes thérapeutiques et d'activités physiques sont influencées par les représentations idéales d'un corps en bonne santé selon leur culture d'origine. Nous en découvrirons les conséquences pratiques dans le choix d'orientation des thérapeutes.

53 DESHIMARU (Taisen) et CHAUCHARD (Paul), *Zen et cerveau*, Paris : Éd. Le courrier du livre, 1976, p. 98.

54 *Psychologie et physiologie de zazen*, in IKEMI (Yujiro), *Op. cit.*, pp. 107-131.