



HAL
open science

Entre opacité et profondeur : une définition complexe du diagnostic médical en réponse à l'intelligence artificielle

Charles Midol

► To cite this version:

Charles Midol. Entre opacité et profondeur : une définition complexe du diagnostic médical en réponse à l'intelligence artificielle. Philosophie. 2020. dumas-03101490

HAL Id: dumas-03101490

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03101490>

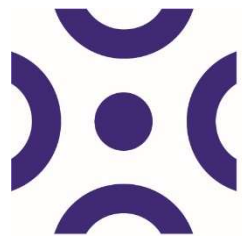
Submitted on 7 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



**Université
Gustave Eiffel**

En partenariat avec le CFC : MPPPH de l'AP-HP

MASTER 1 MENTION PHILOSOPHIE, PARCOURS « ÉTHIQUE MÉDICALE
ET HOSPITALIÈRE APPLIQUÉE »

Entre opacité et profondeur

Une définition complexe du diagnostic médical en réponse à l'intelligence artificielle

Charles MIDOL

Sous la responsabilité pédagogique du Professeur Éric FIAT

21 Septembre 2020

« Médecine, est aussi la femme d'un Médecin. Mais il n'y a que ceux qui parlent comme les provinciaux qui le disent. A Paris, on dit la femme d'un Médecin. Un dictum populaire, est que les Médecins prennent Médecine le jour de leurs noces, parce qu'ils prennent femme ce jour-là, et que la femme d'un Médecin s'appelle Médecine. C'est une équivoque ridicule. »

Dictionnaire de Trévoux, Nancy, 1738-1742, article Médecine, Tome 4, p.1146.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	P. 3
CHAPITRE PREMIER : LE DIAGNOSTIC <i>FAIT AVANCER LA SCIENCE</i> , UNE VISION ÉPISTÉMIQUE DU DIAGNOSTIC	
I. Quelques notions de sémiologie médicale	P. 7
II. Statut épistémique et médical du diagnostic	P. 13
III. Une élaboration analytique du diagnostic : <i>la grammaire des signes</i>	P. 16
IV. Comment échapper à la réduction nominaliste ?	P. 20
CHAPITRE II : LA COMPOSANTE ÉTHIQUE INTRINSÈQUE AU DIAGNOSTIC	
I. Établir un diagnostic en vue d'une action	P. 23
II. Le caractère prudentiel du diagnostic	P. 28
CHAPITRE III : ÉBAUCHE D'UNE PHÉNOMÉNOLOGIE DU DIAGNOSTIC MÉDICAL	
I. <i>Le tableau</i> chez Foucault et Merleau-Ponty : réalité du patient et rôle du corps	P. 32
II. <i>Opacité et profondeur</i> du corps humain	P. 37
III. Le diagnostic est une <i>vision en acte</i>	P. 42
CONCLUSION	P. 48
BIBLIOGRAPHIE	P. 51

INTRODUCTION

A-t-on besoin d'un médecin pour poser un diagnostic ? À en croire les articles qui fleurissent régulièrement dans la presse¹, les progrès de l'intelligence artificielle permettraient à l'ordinateur de poser un diagnostic avec autant, voire plus de fiabilité qu'un clinicien entraîné. Nos patients accepteraient-ils d'être soignés par un ordinateur ? Les médecins accepteraient-ils d'être détrônés pas une machine ? Serait-ce la fin de l'art médical, définitivement détrôné par la technique ? Mais aussi, qui doit porter la responsabilité de l'erreur diagnostique : le concepteur, le développeur, le clinicien² ? Et que resterait-il à la relation médecin-malade : l'empathie, le toucher, la décision ?

À y regarder d'un peu plus près, la question d'un diagnostic posé par l'outil informatique n'est pas si récente. Une première application de l'intelligence artificielle dans le domaine diagnostique voit le jour en 1973. Ce programme nommé MYCIN doit guider le clinicien peu expérimenté dans le traitement des infections bactériennes³. Les *logiciels experts* font leur apparition en médecine : ANEMIA en 1986, capable de diagnostiquer soixante-quatre types d'anémies⁴ ou TEGUMENT en 1987, qui propose de poser le diagnostic des tumeurs cutanées à partir des comptes-rendus anatomo-pathologiques⁵. Le monde médical et philosophique s'interroge : un *diagnostic sans médecins* est-il possible⁶ ?

Aujourd'hui, grâce au progrès de l'intelligence artificielle, au développement de *l'apprentissage profond* ou *deep learning*, les systèmes se font plus complexes. Le logiciel est désormais capable d'apprendre par lui-même : plus lui sont présentés de nouveaux cas, plus il devient performant. Au cours des deux dernières années, plusieurs logiciels se sont fait remarquer par leur capacité à poser un diagnostic lourd de conséquences humaines avec plus de justesse que le médecin : lymphome⁷, tumeur cutanée⁸ ou rétinopathie diabétique⁹.

1. Théodule M.-L., « L'intelligence artificielle, as du diagnostic médical » in *Le Monde*, Paris, 3 octobre 2018. ; Cimino V., « L'IA peut réaliser un diagnostic médical avec plus de précision qu'un humain », in siecledigital.fr [consulté le 21/06/20].

2. *Éthique de la recherche en apprentissage machine*, CERNA, Paris, Juin 2017, p. 30.

3. Shortliffe E. et coll., « An artificial intelligence program to advise physicians regarding antimicrobial therapy », in *Computers and Biomedical Research, an International Journal*, 1973, pp. 544-560.

4. Quaglini S. et coll., « ANEMIA: an expert consultation system », in *Computers and Biomedical Research, an International Journal*, 1986, pp. 13-27.

5. Potter B. et coll., « Computerized dermatopathologic diagnosis », in *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1987, pp. 119-131.

6. Mazoué J., « Diagnosis without doctors », in *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1990, p. 559-579.

7. Achi H. et coll., « Automated Diagnosis of Lymphoma with Digital Pathology Images Using Deep Learning », in *Annals of Clinical and Laboratory Science*, 2019, pp. 153-160.

8. Tschandl P. et coll., « Comparison of the accuracy of human readers versus machine-learning algorithms for pigmented skin lesion classification », in *The Lancet oncology*, 2019, pp. 938-947.

9. Vujosevic S. et coll., « Screening for diabetic retinopathy: new perspectives and challenges », in *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2019, pp. 337-347.

Mais que font exactement ces logiciels, dans quelle mesure permettent-ils de poser un diagnostic ? Il s'agit à chaque fois de faire *lire* au logiciel une image (une coupe de biopsie ganglionnaire ou cutanée, un fond d'œil) qu'il classera dans une catégorie diagnostique connue (un lymphome du manteau, un mélanome, une rétinopathie exsudative). Il ne s'agit donc que d'une étape du diagnostic, d'une compétence technique déléguée à la machine. À chaque fois également, la compétence diagnostique du logiciel est comparée à celle de l'homme. Le médecin reste donc l'étalon-or du diagnostic.

Serait-ce donc simple de poser un diagnostic ? Ne s'agirait-il que d'une relation logique entre un signe, en l'occurrence une image, et une maladie ? Une relation nécessaire et suffisante entre un symptôme et sa cause ? Il suffirait alors de convertir le langage biologique en langage informatique. Dans ce cas, le médecin aurait tout intérêt à déléguer cette tâche technique et fastidieuse à la machine. Le clinicien gagnerait du temps et le patient de la précision...

Est-ce vraiment cela poser un diagnostic ? Non, ce n'est que la portion congrue, la dimension technique d'un acte complexe et humain. Si la question de l'intelligence artificielle en santé pose des questions éthiques c'est bien parce qu'elle n'assume pas l'exhaustivité du travail clinique, parce qu'elle ne considère l'homme que sous le versant objectif et technique du diagnostic. L'expérience clinique nous fait pressentir que l'acte diagnostique est beaucoup plus complexe, qu'il débute dès le premier regard ou la première poignée de main et qu'il s'arrête lorsque la question muette posée par la plainte du malade a trouvé une réponse ; que le raisonnement clinique ne se limite pas à une chaîne de propositions logiques et que ce n'est pas honorer la personne humaine que de réduire le malade à une mécanique en dysfonctionnement à la recherche d'une pièce de remplacement.

Mais alors, comment penser le diagnostic ? Comment éclairer cette notion si riche, fruit d'une relation singulière entre un médecin et un malade, comment lui rendre son épaisseur ? Comment expliquer que les questions éthiques soulevées par la décision médicale naissent dès la première rencontre, que le diagnostic n'est pas qu'une suite logique, qu'une grammaire de symbole, qu'un objet de science ?

Une expérience concrète, issue de ma pratique m'a permis d'élargir mon raisonnement. Comme interne en médecine, à l'occasion d'un service de garde, j'ai été confronté à la revendication d'une famille qui m'a profondément interrogé. L'une des patientes dont j'avais la charge est décédée durant ma garde dans les suites d'une démence qu'elle présentait depuis plusieurs années. La famille et l'équipe soignante étaient préparées à ce décès, aussi fus-je très étonné lorsque les deux filles de cette patiente vinrent me présenter une demande très particulière. Elles voulaient que l'on pratique une autopsie sur le corps de leur mère afin

d'authentifier le type exact de démence dont elle souffrait. Le diagnostic de démence à Corps de Léwy avait été évoqué par le neurologue qui la suivait depuis quelques années, sans pouvoir être posé avec certitude. Ni les éléments cliniques, ni les examens complémentaires, biologiques et radiologiques n'avaient permis d'emporter la conviction du neurologue. Ce médecin avait donc proposé de réaliser à sa mort un examen anatomopathologique de son cerveau afin d'authentifier a posteriori la cause exacte du déclin cognitif et de la perte d'autonomie. Et c'est cette demande que présentaient les enfants de cette dame, un dimanche après-midi, à l'interne de garde qui n'avait jamais vu la patiente... De plus, l'autopsie devait avoir lieu dès que possible afin de ne pas retarder les obsèques et le retour d'un de ses fils qui vivait à l'étranger ! Ma vision, peut-être un peu naïve de jeune médecin fut ébranlée par la conviction de cette famille. Je ne comprenais pas en quoi poser un diagnostic sur une personne décédée allait concourir à son bien. Puisqu'elle venait de mourir... En quoi le fait de découper en tranches le cerveau de ma patiente et de mettre un nom sur la maladie qu'elle présentait allait l'aider, elle ou sa famille ? J'avais alors la certitude que le but du diagnostic établi par le médecin était d'aider le patient.

Quelle facette du diagnostic dans la demande de cette famille m'échappait encore ? Devant ma réticence manifeste, une des filles de ma patiente insiste, il faut qu'une autopsie puisse être pratiquée, pour *faire avancer la science*. Devant cette insistance, par respect pour cette famille plus que par assentiment, je capitule et rédige la demande d'autopsie.

Cette situation concrète m'a beaucoup donné à penser. Cette demande pressante de *poser un diagnostic* m'a révélé que cette notion qui me paraissait familière possédait des aspects dont j'ignorais l'existence. Il y avait de mon côté cette conviction que donner un nom à une maladie n'avait de sens que dans la mesure où cela pouvait aider à soulager une souffrance. Cette idée que nommer la maladie possédait une valeur performative, comme si cet acte annonçait une thérapeutique en puissance : le couple diagnostic-traitement répondait au couple souffrance-soulagement. Il y avait du côté de cette famille une demande d'objectivité que la médecine devait assumer, il fallait nommer avec précision ce qui avait emporté la personne qu'elle aimait. Le terme médical, revêtu de rigueur scientifique, devait expliquer de manière certaine comment la maladie avait altéré ses capacités et son autonomie. Alors que je m'attachais à la valeur efficace du diagnostic (soigner), cette famille mettait en avant son objectivité (refléter la vérité). Nous avons chacun perçu un aspect différent de la notion de diagnostic.

Et c'est encore un autre aspect du diagnostic que propose l'intelligence artificielle : celui d'un œil pur, délivré de toute erreur, de toute pesanteur inhérente à l'esprit humain. Un œil conquérant et objectif qui fait affirmer que « l'intelligence artificielle peut réaliser un

diagnostic médical avec plus de précision qu'un humain¹⁰ ». Cette idée nous enthousiasme autant qu'elle nous effraie. N'est-ce pas le but de tout médecin que d'apporter le meilleur à son patient ? N'est-ce pas ce qu'il faut attendre de la technique : soulager l'homme et apporter la certitude ? Cela est aussi inquiétant. Le diagnostic autopsique autant que le diagnostic informatique ignorent complètement une dimension constitutive de la médecine hippocratique : le colloque singulier. C'est-à-dire la relation particulière entre une personne qui souffre et une personne qui souhaite la soulager, une relation entre deux corps et deux esprits qui s'impliquent l'un envers l'autre. Toutes ces considérations ne nous éloignent-elles pas de la dimension fondatrice de la médecine, ce lien charnel entre le soignant et le soigné ? À trop réfléchir, oublierons-nous de toucher ?

Voilà ainsi esquissées les grandes questions qui nous ont permis de jeter un regard neuf sur la notion de diagnostic médical. Nous souhaitons rendre hommage à la complexité de ce concept, montrer qu'il ne s'agit pas simplement d'un processus de logique formelle mais au contraire d'un acte humain, et qu'à ce titre, il est intrinsèquement porteur d'une dimension éthique.

Nous nous intéresserons dans un premier temps à la dimension épistémique du diagnostic, en observant les modifications de la sémiologie médicale et de la nosologie chez Galien et Foucault. Puis nous souhaitons montrer la complexité éthique de l'acte diagnostique, au service de la personne malade dans sa singularité. Enfin, il nous a semblé nécessaire d'enrichir cette notion à l'aide de la pensée de Merleau-Ponty pour mettre en exergue la primauté de la relation médecin-malade.

10. Cimino V., « L'IA peut réaliser un diagnostic médical avec plus de précision qu'un humain », in siecledigital.fr, [consulté le 21/06/20].

CHAPITRE PREMIER :

LE DIAGNOSTIC *FAIT AVANCER LA SCIENCE*, UNE VISION ÉPISTÉMIQUE DU DIAGNOSTIC

I. Quelques notions de sémiologie médicale

La sémiologie, pierre angulaire de la clinique médicale a pour but d'établir un diagnostic unique à partir d'une multiplicité de signes cliniques. Mais qu'entend-on exactement par poser un diagnostic ? Il s'agit d'une démarche rationnelle qui, à partir des plaintes formulées par le patient, de l'interrogatoire du médecin et des données de l'examen physique, permet d'établir des hypothèses diagnostiques. Ces hypothèses seront ensuite étayées ou invalidées par les examens complémentaires, biologiques ou morphologiques. Si certaines spécialités médicales, plus scientifiques, comme la néphrologie ou l'hématologie, laissent penser que c'est la prise de sang qui *fait le diagnostic*, il s'agit là d'un raccourci car c'est bien la synthèse du médecin à partir de toutes les données présentes qui permet la précision de décision. Comment l'exercice de la sémiologie permet-il au médecin de porter un diagnostic objectif à partir d'une donnée partiellement subjective ? Si aujourd'hui la médecine porte volontiers le qualificatif de scientifique, cela n'a pas toujours été le cas. Il est intéressant d'observer comment cette discipline ancestrale a voulu peu à peu de se doter d'une dimension objective. Nous ne cherchons pas à synthétiser en quelques pages l'extraordinaire richesse de la sémiologie médicale mais voulons examiner certaines de ses caractéristiques pour nous éclairer sur l'objectivité qu'on lui prête.

Une science des signes cliniques

Il n'est pas anodin d'observer que le terme anamnèse, utilisé comme synonyme d'histoire de la maladie, est issu du grec *αναμνησις* et signifie *rappeler à la mémoire*, ou *se souvenir*. Faire anamnèse, ce serait faire émerger ou ramener à la surface des symptômes que le patient a occultés ou peut-être omis. Il s'agirait donc d'une forme de maïeutique, un processus permettant de faire resurgir des manifestations du corps que le patient ne peut seul exprimer.

Sont ainsi attribués à Hippocrate, père de la médecine occidentale, les premiers signes cliniques. Le médecin antique, en entrant dans la chambre de son patient, reconnaît le *faciès hippocratique* : le teint est cireux, le nez pincé, les yeux enfoncés annonçant une mort prochaine. De même, l'*hippocratisme digital* associant des doigts en *baguettes de tambour* et des ongles en *verre de montre* signe une insuffisance respiratoire ou hépatique dont le mécanisme reste à déterminer. L'expérience du médecin hippocratique, sa connaissance de

l'évolution des maladies lui permettent, au premier coup d'œil, de poser le diagnostic et d'en déduire les conséquences funestes ou de rassurer le malade et son entourage.

Une science des signes cliniques se développe au cours des siècles et résume longtemps la totalité de la pratique médicale. Le clinicien reconnaît les symptômes dans le discours du patient, les unit aux signes révélés par l'examen clinique. Puis il regroupe ces éléments dans un syndrome qui, associé à une origine ou étiologie, définit la maladie. Par exemple, le syndrome grippal associant courbatures, douleurs articulaires, fièvre et altération de l'état général est bien un syndrome puisqu'il n'est pas spécifique d'une affection. La grippe est une maladie qui regroupe un syndrome grippal associé à la mise en évidence (facultative) de l'agent infectieux spécifique.

Le terme de sémiologie apparaît dans la première édition du Littré, comme « Terme de médecine. Partie de la médecine qui traite des signes des maladies¹¹ ». Cette définition nous renseigne sur plusieurs points. La sémiologie est déjà plus qu'un terme de l'art, il s'agit d'une science, à classer au même rang que la physiologie ou l'anatomie. Elle possède un objet d'étude, une portion du réel qui justifie son existence : les symptômes de la personne malade, le témoignage laissé par la maladie. Comme toute science, elle doit s'appuyer sur des méthodes objectives et reproductibles. C'est l'observation médicale et la rigueur du clinicien qui sont garants de l'objectivité sémiologique. La science clinique porte cependant une différence notable avec les disciplines plus fondamentales : elle porte directement sur une activité concrète, le diagnostic.

Littré, lui-même médecin, semble vouloir accorder l'exclusivité du terme à la médecine. Il éclipse ainsi un terme moins spécifique mais alors synonyme : la sémiotique. Celui-ci est d'un usage beaucoup plus ancien puisqu'on la trouve sous la plume d'Ambroise Paré¹². Mais le terme n'est pas si spécifique. Littré nous rapporte un autre sens, la sémiotique est aussi l'« art de faire manœuvrer les troupes en leur indiquant les mouvements par signes et non avec la voix¹³ ». La parenté de ces deux sens est intéressante : il s'agit de faire parler des signes avec un mode d'expression inhabituel. En médecine faire dire au corps ce que le malade est incapable d'exprimer, dans l'art de la guerre, utiliser un moyen de communication non verbale dans un probable souci de discrétion. Cette proximité linguistique entre sémiologie et sémiotique pourrait-elle déjà indiquer que la maladie est un langage et que les signes en seraient les mots ? Le *Dictionnaire de Trévoux* – qui ignore le terme de sémiologie – rapporte un synonyme classique de sémiotique : « l'indicative¹⁴ ». Il s'agirait donc d'une analyse de

11. Littré É., *Dictionnaire de la Langue française*, Paris, Hachette, 1863, t.4, p. 1889.

12. Paré A., *Œuvres*, Paris, éd. J.-Fr. Malgaigne, 1628, t.3, p. 203.

13. Littré É., *Dictionnaire de la Langue française, op. cit.*, t.4, p. 1189.

14. *Dictionnaire de Trévoux*, Nancy, 1738-1742, t.5, p. 1916.

signes ou de phénomènes connus ou inconnus du sujet malade lui-même en tant qu'ils sont témoins d'une vérité sous-jacente : la maladie. Faut-il voir dans l'abandon progressif du terme « sémiotique » au profit de « sémiologie » une volonté d'objectivation de la clinique ?

Les signes pronostiques et thérapeutiques chez Galien

Il existe chez Galien, une notion absente de la sémiologie actuelle, celle de signes pronostiques et thérapeutiques. Pour ce médecin romain du II^{ème} siècle apr. J.-C., référence du monde antique, « des concours de symptômes eux-mêmes, certains font diagnostiquer une affection – on les appelle *diagnostiques* –, d'autres indiquent à l'avance ce qui va arriver – on les appelle *pronostiques* – d'autres encore provoquent la remémoration d'une thérapeutique – on les appelle *thérapeutiques*.¹⁵ ». L'état du malade qui se donne à voir à travers les signes de la maladie n'est pas figé, il laisse apparaître des éléments qui préfigurent un pronostic bénin ou au contraire, alertent le clinicien sur une probable dégradation. Ainsi, le balancement thoraco-abdominal – c'est-à-dire le recrutement paradoxal des muscles abdominaux lors de l'inspiration – n'indique pas seulement l'état de détresse respiratoire mais une dégradation quasi irréversible qui conduira au décès en l'absence d'assistance respiratoire. De la même façon, le signe de la fluctuation, se définissant par le caractère rénitent d'un abcès, incite le chirurgien à le considérer comme *mûr* et à pratiquer l'incision libératrice. Pour autant, la notion de signe pronostique ou thérapeutique n'est pas complètement désuète puisqu'elle se retrouve dans la médecine contemporaine sous la forme de *drapeaux rouges*, manifestations cliniques ou radiologiques qui indiquent au médecin une forme particulièrement grave ou atypique, à traiter de façon rapide.

Il est clair que dans la médecine antique, poser un diagnostic n'est pas seulement une activité intellectuelle mais la partie fondamentale de l'art médical, que la sémiotique n'est pas au service du seul diagnostic mais également du pronostic, voire de la thérapeutique. Comme nous le rappelle Galien : « la sémiotique a comme parties le diagnostic des phénomènes présents et le pronostic des phénomènes futurs¹⁶ »

La remémoration

Galien, en défenseur de l'école empirique fait appel à la notion de « remémoration d'une thérapeutique¹⁷ ». Il s'agit, dans l'esprit de la médecine antique de rapporter au moment et au patient présent une, ou mieux, des expériences passées, dans lesquelles tel traitement s'est avéré salvateur. Dans l'expérience initiale du médecin face à son patient, le signe clinique ramène à sa mémoire une expérience antérieure. Dans son appréhension du patient le médecin

15 . Galien C., *Esquisse empirique in Traités philosophiques et logiques*, Paris, Flammarion, 1998, p. 105.

16 . *Idem*, p. 101.

17. *Ibidem*, p. 105.

discerne déjà une similitude, une parenté avec une expérience connue qui guide consciemment ou non sa décision thérapeutique. Le diagnostic n'est alors pas seulement rempli d'une innocence nominaliste mais fait déjà écho à une thérapeutique spécifique dont il attend un bienfait.

Cette opération que l'on pourrait qualifier d'intuitive amène cependant une importante question : comment le médecin novice, ou insuffisamment au fait de la maladie de son patient peut-il corriger son inexpérience ? On ne peut exiger de tout médecin qu'il connaisse toute la médecine, autrement dit : « du fait de la vaste étendue de l'art, [...] il ne nous est pas possible de tout découvrir en nous tenant à la vie d'un seul homme¹⁸ » ou comme le rapporte l'aphorisme hippocratique *ars longa, vita brevis*. La médecine basée sur les preuves (*evidence based medicine*) propose un dérivatif à cette épineuse question : l'expérience statistique basée sur la plus grande cohorte possible de malades est à même de décrire l'évolution générale d'une maladie. La loi des grands nombres venant à l'aide du cas particulier, la connaissance des études scientifiques pourrait-elle remplacer l'inexpérience du clinicien dans le cas particulier ? L'acte semble cependant différent. Dans le premier cas la remémoration s'appuie sur la reviviscence d'une série d'expériences sensorielles et émotionnelles propres au clinicien, forcément empreinte de subjectivité (ma première patiente atteinte d'une sclérodémie systémique est décédée d'une crise rénale que nous n'avions pas su prévoir). Dans l'autre cas, il ne s'agit plus d'une expérience personnelle, mais d'une donnée. Elle est plus objective mais également plus générale (les complications de la sclérodémie qui conduisent au décès sont la crise rénale mais aussi l'hypertension pulmonaire).

Nous voici de nouveau devant cette question : un diagnostic fait-il avancer la science ? À l'époque de la médecine empirique, l'expérience singulière d'une évolution favorable ou défavorable, forgeait l'expérience du clinicien. Nous pouvons raisonnablement penser qu'elle concourait à ses aptitudes diagnostiques, thérapeutiques ou pronostiques. Le cas du patient qui se donnait à voir, enrichissait sa pratique mais ne pouvait que dans une faible mesure instruire ses élèves ou successeurs car une expérience d'un tel ordre ne peut guère se transmettre. À l'ère de la médecine basée sur les preuves, l'évolution singulière d'un malade donné – à condition d'avoir été recueillie avec la méthodologie adéquate et publiée au sein d'une cohorte suffisante ! – aidera le médecin, même novice, à soigner son patient de la meilleure manière. Nous ne pensons pas que les deux visions doivent être opposées, elles gagneraient même à se compléter : l'une est singulière et humaine, l'autre est objective et efficace.

18 . *Ibidem*, p. 109.

Des signes objectifs et des symptômes subjectifs

Il nous semble important d'exposer une dernière notion de sémiologie : la distinction entre signe et symptôme. L'anamnèse du patient relève ses différentes plaintes : une fatigue, un essoufflement, une fièvre, une douleur des lombes qui sont autant de signes fonctionnels, (ou symptômes). L'examen clinique mettra lui en évidence des signes cliniques : une papule érythémateuse, ortiée, fugace et migratrice évocatrice d'urticaire, des râles pulmonaires crépitants secs, évocateurs d'une fibrose. Il arrive que le même phénomène change de statut en changeant de locuteur : l'état fébrile rapporté par le malade, alors signe fonctionnel, devient hyperthermie s'il est objectivé par le médecin, la fatigue devient asthénie, la douleur des lombes gauche devient signe de Giordano, évocateur d'une infection rénale. Comment se fait-il que le même phénomène perçu par des observateurs différents devienne tour à tour subjectif puis objectif ?

Foucault, dans *Naissance de la Clinique* est sensible à cette différence : « Les symptômes laissent *transparaître* la figure invariable, un peu en retrait, visible et invisible de la maladie¹⁹ » alors que « le signe annonce [...], le signe indique le plus loin, l'en-dessous, le plus-tard²⁰ ». Ou, pour reprendre les termes de Galien, le signe est pronostique, diagnostique ou thérapeutique. Existerait-il une différence de statut dans les manifestations de la maladie, les unes restant vagues et subjectives, les autres claires et objectives ? Ou bien une différence de degré ? Le signe serait alors une manifestation plus aboutie, plus raffinée de la maladie.

L'acte diagnostique permet donc une objectivation de la souffrance du malade par le clinicien. Cette appréhension de la méthode clinique par Foucault revêt à nos yeux deux caractéristiques majeures. Premièrement, elle reconnaît au clinicien une capacité de normalisation : l'homme de l'art est capable d'extraire du discours du patient les éléments revêtus d'une pertinence pathologique (le fait qu'un malade ait une répugnance pour les aliments rouges est rarement pertinent, un dégoût pour la viande peut en revanche révéler une affection pancréatique), d'en pondérer la significativité (le livédo à petites mailles isolé est inconstamment pathologique) mais également de *standardiser* la plainte du patient sous la forme d'un signe prototypique (tel malade décrit un flou visuel dans le regard latéral associé à des saccades du globe oculaire, il s'agit d'un nystagmus). La capacité du clinicien à se remémorer ses observations passées et à les comparer à la perception présente lui permet d'objectiver le symptôme : « Le symptôme devient donc signe sous un regard sensible à la différence, à la simultanéité ou la succession, et à la fréquence²¹. ». Cet acte est complexe et

19. Foucault M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, collection Quadrige, [1963] 2017, p. 130.

20. *Idem*, p. 131.

21. *Ibidem*, p. 135.

rend hommage à la capacité rationnelle de l'être humain. L'exercice du jugement clinique, par un être humain sur un autre être humain, est donc susceptible d'objectivité sans recours à des méthodes extérieures de mesures (dosage sanguin, réalisation d'un examen radiologique). Autrement dit, le clinicien est capable, en s'appuyant sur sa propre perception des phénomènes morbides (les symptômes) de discerner une vérité sous-jacente (la maladie) qui lui est pourtant voilée.

Deuxièmement, pour Foucault, si le signe est revêtu d'objectivité, c'est parce qu'il traduit le langage naturel de la maladie : « la pensée clinique ne fait que transposer, dans le vocabulaire plus laconique et souvent plus confus de la pratique, une configuration conceptuelle²² », le symptôme étant alors une « forme initiale de langage ; il est la maladie à l'état manifeste²³ ». Il existerait donc une langue de la maladie dont les mots seraient les symptômes. Suffirait-il alors au médecin de parler le même langage que la maladie pour comprendre le patient ? Oui, car pour le philosophe, cette *pathoglossie* rendrait le clinicien apte à lire clairement dans l'obscurité de la maladie : « Enfin, à l'horizon de l'expérience clinique, se dessine la possibilité d'une lecture exhaustive sans obscurité ni résidu [...] : toutes les manifestations pathologiques parleraient un langage clair et ordonné²⁴ . »

La sémiologie adopte donc un statut épistémique flou. On lui concède une capacité d'objectivation de la plainte du malade, une évocation verbale et standardisée de la maladie. Mais elle reste, en dépit de l'enthousiasme de Foucault, imprécise et incapable d'une dénomination exhaustive et infaillible de la maladie. Malgré sa prétention de scientificité, elle ne peut rester que propédeutique à l'exercice du diagnostic.

22. *Ibidem*, p. 133.

23. *Ibidem*, p. 133.

24. *Ibidem*, p. 136.

II. Statut épistémique et médical du diagnostic

Le diagnostic, objet de science et principe d'action

Comme nous l'évoquions dans l'énoncé de la situation pratique, il existait une opposition sous-jacente entre la demande de cette famille d'obtenir un diagnostic post-mortem et notre propre vision du diagnostic. La première était une demande d'objectivité, une insistance auprès du corps médical afin d'obtenir un diagnostic certain, la deuxième, une réticence à porter atteinte à l'intégrité du corps humain pour obtenir une conclusion sans conséquence thérapeutique. Il serait artificiel de fixer le médecin ou le patient sur chacun de ces points de vue. Tous deux partagent les deux traits constitutifs de la notion commune de diagnostic : il est un objet de science, fruit d'un processus rationnel (et dans une certaine mesure généralisable) aussi bien qu'un objet de soins, c'est-à-dire un substrat pour l'intervention thérapeutique. Voilà le double objet du diagnostic, à la fois épistémique et médical.

Ces deux aspects de la réalité se rejoignent pour rendre au diagnostic sa significativité. Par sa valeur scientifique, le diagnostic devient notion, donc généralisable (la douleur que présente le malade est en lien avec un péricardite, son essoufflement est la conséquence d'une poussée d'insuffisance cardiaque) et c'est parce qu'elle est généralisable que le clinicien peut appliquer un traitement (il est montré que le traitement anti-inflammatoire soigne la péricardite, les diurétiques l'insuffisance cardiaque). Cette double fonction fait du diagnostic une interface, un concept transitionnel : la démarche inductive qui guide le médecin du symptôme vers le diagnostic est suivie d'un pendant déductif qui passe du diagnostic au traitement. Cette dialectique, au centre de laquelle se trouve le couple médecin-malade est l'objectif du soin : elle indique bien l'intérêt de la notion de diagnostic, soulager la souffrance. Ce mouvement justifie l'action thérapeutique du médecin : le regroupement des signes implique le diagnostic, ce dernier implique la thérapeutique. Mais pourquoi est-il nécessaire de modéliser de façon logique ce que Galien nommait de façon intuitive des *signes thérapeutiques* ? Avec l'essor des sciences expérimentales, la médecine porte à son tour des revendications scientifiques. La faible valeur épistémique du symptôme était une évidence, le signe devient également insuffisamment objectif, car trop dépendant de la perception du médecin, inconstamment reproductible. Un doute est finalement émis sur la capacité du couple médecin-malade à cerner la vérité sur la maladie. Comment s'appuyer sur une clinique objective ?

La pathologie au secours de la clinique

L'histoire de la médecine n'a pas été imperméable au progrès de la chimie et de la physique. Cette volonté d'objectivité attachée aux sciences dures ne pouvait-elle pas être également prêtée à la clinique médicale ? Autrement dit, comment passer d'une médecine empirique à une médecine scientifique ? En quoi le symptôme est-il le reflet d'une vérité organique ? Ce sont les progrès de l'anatomo-pathologie, c'est-à-dire l'étude anatomique des organes lésés par la maladie, à la fin du XVIII^{ème} siècle et au début du XIX^{ème}, qui permettront d'asseoir la scientificité de la méthode clinique.

La multiplication des dissections enrichit la connaissance de l'anatomie, l'utilisation des instruments d'optique permet d'affiner la connaissance du corps humain et de passer du niveau de l'organe à celui du tissu. Pour Bichat, l'examen anatomopathologique est le pendant de l'examen clinique, plus particulièrement l'examen des membranes. Comme le remarque Foucault, c'est la question de la surface qui reste fondamentale : cette surface du corps humain qui restait infranchissable et opaque (avec un stéthoscope on peut, tout au plus, entendre ce qui se vit quelques centimètres sous la peau) s'expose de façon réelle à l'œil du pathologiste. L'œil a franchi la barrière de la peau pour se trouver confronté à une nouvelle étendue, le tissu : « Les nappes tissulaires forment le corrélat perceptif de ce regard de surface qui définissait la clinique. La surface, structure du regardant, est devenue figure du regardé, par un décalage réaliste où le positivisme médical va trouver son origine²⁵. » Il faudrait donc, pour devenir scientifique, que la clinique s'affranchisse de l'opacité du corps ?

Le signe clinique, produit de l'examen médical est insuffisant pour être un reflet objectif du phénomène morbide. Grâce à la pathologie, « on passait d'une perception analytique à une perception des analyses réelles²⁶. » Foucault ouvre ainsi une grande discussion : en quoi la perception du tissu lésé offre-t-elle plus de *réalité* que la perception du sujet malade et de ses symptômes ? Est-ce plus réel de se pencher sur un microscope qu'au lit d'un patient ? C'est une *perception analytique* qui justifie cette hiérarchie d'objectivité. Par comparaison avec la chimie, c'est en décomposant la substance en des éléments de plus faible taille que l'on comprend le fonctionnement d'un processus. C'est également ce qu'attendait la fille de ma patiente : observer au microscope le tissu cérébral de sa mère offrait plus de réalité et donc plus d'objectivité pour poser un diagnostic expliquant sa démence.

L'analyse pathologique reste cependant inaccessible à la dimension de la temporalité. Elle fixe le corps au moment du décès. Elle est spatiale car elle juxtapose des phénomènes morbides mais elle ne peut pas se prononcer sur la temporalité des lésions et reste donc souvent

25. *Ibidem*, p. 182.

26. *Ibidem*, p. 185.

impropre à exprimer la causalité : la présence d'un granulome sur une biopsie peut être à la fois la cause et la conséquence d'un processus inflammatoire. L'enchaînement chronologique ne pourra donc pas en être déduit. Dans ce domaine, la clinique reste supérieure, « l'anatomie ne peut pas dire ce qui est enchaînement, processus et texte lisible dans l'ordre du temps²⁷. »

La clinique du sujet vivant chez Canguilhem

L'essor de l'anatomopathologie introduit un doute dans la relation médecin-malade. Le développement de la biologie médicale et de l'imagerie consommera cette méfiance : l'objectivité apportée par l'examen clinique est insuffisante, placée en-dessous de l'objectivité apportée par la technique. Pourtant, il ne s'agit que d'un déplacement de l'étalon de la vérité médicale.

Tout patient sait que la perception de son état de santé est parfois trompeuse. Lorsqu'il rencontre un médecin, le malade accepte tacitement de remettre en cause la perception de ses propres souffrances. En confiant ses symptômes entre des mains plus expertes, il accepte de déplacer sa capacité à exprimer la maladie vers le clinicien. Il doit se déposséder des symptômes qui lui appartiennent et consentir à les voir minimisés ou écartés. Il s'agit d'un premier déplacement épistémique, la vérité du corps telle que la ressent le patient doit être remise en cause par un témoin extérieur. Comme le souligne Canguilhem, « parce qu'il ne peut pas faire lui-même la différence entre les signes et les symptômes, le malade est porté à croire naturelle toute conduite qui se règle exclusivement sur les symptômes²⁸ ». Cette faiblesse du malade vis-à-vis de son propre corps conforte le clinicien. C'est ainsi son rôle de rassurer le sujet anxieux pour qui tout symptôme est signe d'une défaillance à venir (la bouche sèche, la turgescence d'une veine). Le médecin est capable de tempérer l'expression corporelle de la maladie, il est aussi celui qui, par son examen attentif, notamment à travers la percussion et la palpation, peut « la contraindre à s'exprimer²⁹. »

Le deuxième saut épistémique est franchi à la fois par le malade et le médecin. Il s'agit d'accepter qu'un examen technique puisse permettre de poser le diagnostic : le cancer est affirmé non pas sur la foi des données cliniques mais sur l'examen anatomopathologique de la tumeur. Patient comme médecin consentent à déposer leurs certitudes et à se fier au résultat d'un examen d'imagerie ou de biologie. Faut-il pour autant en conclure que la vérité du diagnostic est entièrement comprise dans la définition technique de la maladie ? Est-ce dire toute la vérité sur l'embolie pulmonaire que de la définir comme un défaut endo-luminal au sein d'une des branches de division des artères pulmonaires au cours d'une tomographie

27. *Ibidem*, p. 188.

28. Canguilhem G., « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale » in *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, p. 28.

29. *Idem*, p. 28.

thoracique injectée ? Certainement pas. Ce deuxième déplacement épistémique du diagnostic est incomplet, il se borne à établir une vérité concernant un phénomène anatomo-pathologique (une prolifération anarchique de cellules anormales est un cancer) ou biochimique (l'analyse sanguine met en évidence une inflammation élevée).

Si la clinique reste la référence pour dire la maladie, c'est qu'elle ne se contente pas de considérer la physiologie ou l'anatomie d'un patient mais l'individu dans son ensemble et dans son environnement. Canguilhem nous le rappelle vigoureusement : « Qu'est-ce qu'un symptôme sans un contexte ou un arrière-plan ? Qu'est-ce qu'une complication, séparément de ce qu'elle complique ? Quand on qualifie de pathologiques un symptôme ou un mécanisme fonctionnel isolés, on oublie que ce qui les rend tels c'est leur rapport d'insertion dans la totalité indivisible d'un comportement individuel³⁰. » La clinique se penche sur l'humain dans sa totalité, à ce titre, elle se permet d'énoncer une sentence diagnostique sur le réel ; elle tire de là sa primauté sur la technique. La vérité énoncée par la clinique se fonde sur un être intégral, vivant dans son milieu : « La clinique met le médecin en rapport avec des individus complets et concrets et non avec des organes ou leurs fonctions³¹. »

III. Une élaboration analytique du diagnostic : la *grammaire des signes*

La clinique comme acte perceptif

En tissant des liens étroits avec la technique, la médecine s'éloigne de l'art et prétend devenir science. Elle a besoin de fondements solides et objectifs, la pierre angulaire de la pratique médicale, c'est-à-dire la clinique, doit également prouver sa scientificité. Modéliser le raisonnement diagnostique sous forme d'une succession d'opérations logiques, c'est permettre à la technique de reproduire un acte humain. Il n'est donc pas étonnant de constater que pour Foucault, la clinique est avant tout un processus analytique.

C'est l'observation qui est à l'origine de l'acte perceptif, quoi, mieux que le regard permet de garder la distance nécessaire pour garantir l'objectivité du médecin ? La « pureté du regard³² » se concentre sur « l'immédiatement visible³³ », elle écarte les brumes d'incertitudes qui enveloppent le discours du patient, elle « est liée à un certain silence qui permet

30. Canguilhem G., *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 1950, p. 48.

31. *Idem*, p. 48.

32. Foucault M., *Naissance de la clinique*, op. cit., p. 153.

33. *Idem*, p. 153.

d'écouter³⁴. » Cette brillante démonstration clinique place le médecin au centre de l'attention, le seul qui sache voir la maladie, percevoir le spectacle qui se joue devant lui. Le regard médical n'est ni plus ni moins qu'un accès direct à la vérité ! « Le regard s'accomplira dans sa vérité propre et aura accès à la vérité des choses, s'il se pose en silence sur elles ; si tout se tait autour de ce qu'il voit³⁵. »

Ainsi émerge dans toute sa pureté « ce regard clinique comme un acte perceptif soutenu par une logique des opérations³⁶. » Tout est dit dans cette définition lapidaire. Le regard du médecin n'est pas un œil qui se pose paresseusement sur un paysage humain mais un œil qui scrute, qui distingue les éléments de vérité dans le décor. Il ne s'agit pas de voir mais d'observer. L'œil est mû par une raison vigilante. La vision n'est pas innocente, elle est attentive, se focalise sur l'élément pathologique, écarte les autres, se concentre sur l'objectif à atteindre. En un mot, elle est *analytique* : « l'observation c'est la logique au niveau des contenus perceptifs³⁷. »

Un langage derrière le regard clinique

Cette *logique des opérations* qui se cache dans le monde se révélerait-elle subitement sous l'exercice du regard clinique ? Faut-il la chercher dans la perception clinique ou dans la nature elle-même ? Tout simplement dans les deux... Car l'analyse garantit l'accès au même *logos*. La vérité de la maladie se livre d'elle-même sous un regard logique : la clinique est une réduction perceptive du processus pathologique. Ou, comme le conclut Foucault : « Le regard de l'observation et les choses qu'il perçoit communiquent par un même *logos* qui est ici genèse des ensembles et là logique des opérations³⁸. » Il existerait donc deux processus parallèles l'un pathologique, se jouant dans le corps du patient et l'autre intellectuel, à l'œuvre dans l'esprit du clinicien dont la simultanéité et la fidélité seraient garanties par l'accès à un même *logos* ?

Si le médecin est capable de poser un diagnostic, c'est tout simplement parce qu'il a accès à la langue de la maladie. Cette corrélation entre le regard et le langage est pour Foucault la garantie d'un accès objectif à la maladie. Le médecin, à la différence du patient connaît les mots d'une langue qui lui permettent d'exprimer la maladie. Cette vision soutient un exercice pastorien strict de la médecine où le clinicien seul connaît les termes qui lui donnent accès à l'essence de la maladie, où il est donc seul à pouvoir prendre la décision thérapeutique. Cette condescendance clinique vis-à-vis du malade ferait donc du médecin le seul apte à comprendre la maladie ?

34. *Ibidem*, p. 153.

35. *Ibidem*, p. 154.

36. *Ibidem*, p. 155.

37. *Ibidem*, p. 155.

38. *Ibidem*, p. 156.

Quand la clinique devient grammaire et la maladie langage

Foucault reste sceptique sur l'éventualité d'une « structure alphabétique de la maladie³⁹ », c'est-à-dire sur l'idée d'une clinique basée sur un alphabet de symptômes au nombre fini qui se combindraient selon différentes constellations afin de produire des mots (l'on pourrait dire des syndromes) puis des phrases (et donc des maladies). Il relègue cette conception au rang des « mythes épistémologiques⁴⁰ » qu'il juge bons pour les grammairiens. Il est cependant plus en faveur d'une clinique qui serait *langage* : « les choses sont offertes à celui qui a pénétré le monde clos des mots ; et si ces mots communiquent avec les choses, c'est qu'ils obéissent à une règle qui est intrinsèque à leur grammaire⁴¹ ». Dans une perspective analytique, cette hypothèse reste séduisante et justifie l'adéquation de la parole du médecin à la réalité de la maladie. Mais elle manipule le *logos* qui expliquerait à la fois l'enchaînement morbide et la structure rhétorique de la langue médicale. Elle garde pourtant une caractéristique potentielle : celle de donner accès à l'invisible processus morbide, « faire parler ce que tout le monde voit sans le voir⁴² ».

Le regard clinique posséderait donc « cette paradoxale propriété d'entendre un langage au moment où il perçoit un spectacle⁴³ » ? Le bon clinicien aurait accès à cette capacité synesthésique qui lui permettrait d'unir vision et son, et même langage articulé ? Cette hypothèse reste trop simpliste pour expliquer le labeur du médecin face à son malade mais elle traduit de façon intéressante une forme d'oralité de la clinique. D'une certaine manière, l'objectivation de la plainte du patient est permise par le langage du médecin. L'énonciation par le clinicien d'un symptôme visible ou invisible permet de le légitimer, de l'exprimer avec certitude : « Dans la clinique, ce qui se manifeste est originairement ce qui parle⁴⁴ ».

L'hypothèse d'un langage de la maladie a également le mérite de mettre en avant la situation paradoxale du malade : il souffre mais ne sait pas comment l'exprimer. Par exemple, dans les déficits sensitifs liés à l'atteinte des fibres nerveuses périphériques, la nouvelle sensation est difficilement verbalisable par le malade : l'un de ses pieds est partiellement insensibilisé, sans qu'il sache exactement comment le décrire. Dans ce cas le clinicien propose des mots-valises auquel le malade adhérera avec plus ou moins de conviction : est-ce un engourdissement ? une impression de peau cartonnée ? une sensation de froid ou d'insensibilité ? des fourmillements ? Dans tous les cas, le langage reste insuffisant pour

39. *Ibidem*, p. 168.

40. *Ibidem*, p. 168.

41. *Ibidem*, p. 164.

42. *Ibidem*, p. 164.

43. *Ibidem*, p. 154.

44. *Ibidem*, p. 154.

exprimer la multiplicité des modalités de la perception tactile. La manifestation de la vérité morbide est beaucoup plus complexe que notre langage.

IV. Comment échapper à la réduction nominaliste ?

Les risques d'une clinique purement analytique

Derrière « le grand mythe d'un pur Regard qui deviendrait pur Langage⁴⁵ » se profile le spectre d'une réduction analytique de la clinique. Le premier danger est d'assimiler la clinique à un acte purement intellectuel et d'en oublier le rôle de la perception. En négligeant que l'établissement du signe clinique est un acte perceptif tout autant que normatif, le médecin se méprend sur le statut épistémique du signe : la description que peut faire le clinicien d'une papule ortiée, fugace et migratrice indique que celle-ci est *probablement* une lésion d'urticaire. La relation qui unit l'acte perceptif et la dénomination médicale n'est ni nécessaire ni suffisante, elle ne traduit pas un processus logique mais empirique. La terminologie médicale n'est ni toute puissante ni mathématique. Elle ne constitue qu'un outil de travail au service du diagnostic. Foucault le rappelle avec justesse : « cette langue mesurée [...] est à la fois à la mesure des choses qu'elle décrit et du langage dans lequel elle les décrit. Il faut donc substituer au rêve d'une structure arithmétique du langage médical, la recherche d'une certaine mesure interne faite de fidélité et de fixité, d'ouverture première et absolue sur les choses et de rigueur dans l'usage réfléchi des valeurs sémantiques⁴⁶. » Accorder une fidélité arithmétique au langage médical et une valeur scientifique au signe clinique c'est opérer une réduction analytique faisant encourir un risque nominaliste : le signe dirait tout du symptôme du patient.

L'utilisation de noms propres pour qualifier un signe clinique ou un syndrome conforte cette réduction de l'acte perceptif en acte intellectuel : c'est une papule de Gottron, un syndrome de Löfgren. Le clinicien à la recherche de stabilité devant l'inconstance du tableau clinique se réfugie derrière l'argument d'autorité pour obtenir un semblant d'ordre dans une présentation clinique désordonnée. En attribuant le nom d'un médecin au regroupement éparé de signes que présente son patient, il esquisse une réduction normative en tentant de contenir la variabilité du réel dans la fixité d'un processus intellectuel. Comment garantir l'ajustement de ce regroupement sémiologique à la plainte manifestée par le patient et corrélé par l'examen physique ? Dans la *Présentation de Sacher-Masoch*, Gilles Deleuze insiste sur le rôle du médecin dans ce baptême de la maladie : « Quand un médecin donne son nom à une maladie, il y a là un acte à la fois linguistique et sémiologique très important, dans la mesure où cet acte lie un nom propre et un ensemble de signes, ou fait qu'un nom propre connote des signes⁴⁷ ». Le fait de baptiser un syndrome ou une maladie permet en effet au médecin qui l'a décrit de

45. *Ibidem*, p. 163.

46. *Ibidem*, p. 163.

47. Deleuze G., *Présentation de Sacher-Masoch*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1967, p. 17.

lui conférer une certaine stabilité mais il ne faut pas se méprendre : cela n'éclipse en rien la variabilité propre au vivant. Ce serait une erreur de réduire la maladie à cette coquille vide qu'est le nom propre, elle n'a à proprement parler qu'un usage vernaculaire. Le contenu de la maladie de Parkinson n'est qu'allusivement relié à ce que l'étudiant-médecin découvre à travers ses malades atteints de cette maladie. Et c'est également ce rejet d'un diagnostic nominaliste qui a nourri mon scepticisme quant à l'intérêt d'un diagnostic post-mortem désiré par la famille de ma patiente. En quoi le fait de leur annoncer qu'il s'agissait d'une démence à corps de Léwy ou d'une maladie d'Alzheimer allait les consoler de la perte d'un être cher ?

La réduction nominaliste du diagnostic dissimule un autre danger qui concerne cette fois-ci le patient. En baptisant un syndrome ou un signe, le médecin place la couche perceptive de l'acte diagnostique au second plan mais il s'éloigne également du patient dans sa réalité et sa singularité. L'analyse qui sous-tend l'activité diagnostique se réfère à une notion qu'elle veut la plus générale possible, que cela soit lié à l'expérience propre du clinicien ou à ses connaissances livresques. En donnant naissance au signe clinique, le médecin s'arroge une forme de propriété sur la manifestation de la maladie, qui appartient de toute évidence au patient. En attribuant à la souffrance de son malade un nom qui lui est inconnu, le clinicien ne prétend-il pas en devenir propriétaire ? Ce risque nominaliste nous rappelle un point fondamental : le diagnostic n'est qu'une notion vide s'il ne se réfère pas au patient qu'il a lui-même écouté et examiné.

Universalité et singularité du diagnostic

La prétention scientifique de la médecine se heurte rapidement à ce qui fait son essence : il n'y pas de médecine sans maladie, donc pas de médecin sans malade. En d'autres termes, la volonté de généralisation attribuée au diagnostic (qui entraîne la thérapeutique) est limitée par la singularité du malade placé en face du clinicien. La médecine incarne de façon particulièrement claire le paradoxe de la confrontation de la connaissance générale au cas particulier. La qualité d'un chirurgien ne se mesure pas à sa connaissance de l'anatomie mais à sa capacité à opérer les différents patients qui se présenteront à lui ! À la différence d'une science, l'activité médicale est directement ordonnée à une fin concrète : le soulagement des souffrances et donc la décision thérapeutique. On ne prononce pas une sentence diagnostique comme une loi de la mécanique céleste : la capacité de généralisation importe peu au malade, qui cherche avant tout le soulagement ou la résolution d'un symptôme. La médecine se démarque d'emblée de toute autre pratique savante par son abord direct avec la réalité. Le diagnostic n'échappe pas à cette règle : il est établi en vue d'un bénéfice concret.

Comment résoudre cette tension entre le général et le particulier ? La citation d'Aristote est bien connue : « L'expérience est connaissance des singuliers, l'art des universels ; or les

actions et les générations concernent toutes le singulier, car celui qui soigne ne guérit pas l'humain, sauf par coïncidence, mais Callias ou Socrate⁴⁸. » Ce qui ancre la médecine dans le monde du particulier, c'est son volontarisme. Autrement dit toute connaissance de nature scientifique ou générale des processus pathologiques ne sera jamais qu'ancillaire dans la pratique médicale. Le diagnostic se situe également dans cette tension entre général et particulier, toute tentative de scientification ou de réduction à un acte intellectuel étant limitée par la réalité du malade particulier.

48. Aristote, *Métaphysique*, A, 981 a 17-19, Paris, Flammarion, 2008, trad. Duminil et Jaulin.

CHAPITRE II :

LA COMPOSANTE ÉTHIQUE INTRINSÈQUE AU DIAGNOSTIC

Une conception purement intellectuelle ou scientifique n'honore pas la complexité de l'acte diagnostique. La notion est beaucoup plus riche, elle englobe une multiplicité de significations : elle se doit de rendre avec rigueur le contenu perceptif qui émerge de l'examen physique et d'appréhender les signes cliniques qui préfigurent la proposition thérapeutique. Mû par la plainte du patient, il vise son soulagement. Ce que nous appelions plus haut *visée médicale* du diagnostic nous attache à cette composante fondamentale : il est élaboré en vue du soulagement de la personne malade, dans sa singularité. N'est-il pas absurde de poser un diagnostic si cela ne permet pas d'aider le patient qui se présente avec sa plainte ? La visée opérative du diagnostic médical apparaît dès le premier contact du médecin avec le patient, elle est sous-entendue par le contrat de soins tacite établi entre les deux parties. Plus précisément, elle découle de la visée compassionnelle au cœur de toute pratique soignante : la justification de l'activité médicale, c'est le soulagement de la souffrance d'autrui. L'arsenal thérapeutique se révèle parfois indigent, quand la maladie est trop rare, trop complexe ou trop avancée pour promettre un quelconque espoir de guérison. Ou bien la plainte est trop vague, dénuée de substrat objectif, et médecin comme malade peinent à lui donner un nom (c'est le cas de ce que l'on appelle les syndromes douloureux). Ou bien la seule proposition est l'expectative hippocratique, dans ce cas, on laissera libre cours à la nature pour attendre la guérison. Dans ces trois derniers cas, le diagnostic n'est pas pour autant dénué d'importance, il ne conduit à aucune *sanction thérapeutique* mais reste revêtu d'une certaine valeur opérative, il cristallise la plainte du malade et l'oriente vers le soulagement.

Il est donc illusoire de réduire le diagnostic à une innocente activité intellectuelle comme de le borner à un processus analytique. Le diagnostic médical n'est pas neutre, il porte en germe l'espoir d'une guérison pour le patient et d'une action pour le médecin. Dans cette mesure, poser un diagnostic comporte une dimension éthique. Délaissons l'objectivité qu'on peut prêter au diagnostic pour y chercher une profonde subjectivité médicale...

I. Établir un diagnostic en vue d'une action

Le véritable objet du diagnostic, c'est le malade et non la maladie la véritable visée

Ne nous méprenons, le diagnostic n'est pas une fin en soi. Cette conception catégorielle de la maladie ne s'applique qu'au mauvais médecin qui soigne des maladies et non des patients

ou au chercheur (qu'il soit clinicien ou non) à la recherche de *critères de classification* lui permettant d'inclure avec une certitude mesurable un patient dans une étude thérapeutique. Il est tout aussi incertain de faire de la médecine une science exacte que de cantonner le médecin dans une activité diagnostique pure. Tout simplement parce que le diagnostic n'a pas pour objet la maladie dans une pureté fantasmée mais la maladie telle qu'elle peut s'exprimer dans un patient précis. Il n'y a certes pas autant de maladies que de malades – autrement la médecine ne serait qu'anarchie – mais autant de modes d'expression de la maladie que de patients. Le diagnostic s'établit dans un environnement particulier, chez un individu singulier dont la souffrance reste profondément originale.

Il serait donc inadapté de considérer le patient sous le seul regard d'une catégorie diagnostique. On n'agit pas en médecine comme en botanique, le sujet malade brille par sa singularité : « car ce qui fait que la médecine est médecine est qu'elle a pour objet direct le contraire d'un objet : une personne humaine singulière. La relation à la maladie est donc inséparable de la relation à l'homme malade, ce qui fait de l'éthique une dimension constitutive de la médecine⁴⁹. » Le jugement médical ne peut se contenter d'un avis catégoriel et scientifiquement neutre, il s'applique à un patient, dans toute sa densité humaine, il est en lui-même un jugement éthique. Ainsi, il s'avère foncièrement absurde d'émettre un diagnostic au sujet d'une personne décédée : celle-ci, inanimée, devient partiellement objet et échappe à l'intentionnalité du diagnostic médical.

La justification et l'objet du diagnostic médical ne sont donc pas la maladie mais la façon dont elle anime le malade, ou plus précisément, la mesure dans laquelle le fonctionnement habituel de celui-ci est lésé. Le diagnostic est la réponse du médecin, à la recherche d'un outil pour répondre à l'attente de son patient.

Le médecin est celui qui soigne et connaît son patient

Nous avons abondamment décrit la posture analytique de l'activité clinique mais celle-ci ne se justifie réellement que dans son rapport au patient particulier et en vue d'un objectif précis. L'effort scientifique et humain pour comprendre les processus biologiques qui expliquent la physio-pathologie des maladies se justifie par la volonté de soulager la personne souffrante. C'est ce patient bien réel qui somme le clinicien de mobiliser sa science pour apaiser la plainte qu'il exprime. L'effort consenti par la société pour la recherche médicale, le travail quotidien du médecin se trouve achevé dans la simple activité du soin. Si la médecine

49. Folscheid D., « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », in *Laval théologique et philosophique*, volume 52, numéro 2, juin 1996, p. 501.

a recours à la science pour comprendre la maladie et à la technique pour diagnostiquer ou guérir, celles-ci ne sont qu'instrumentales ou ancillaires.

Le soin rend nécessaire de formuler cette importante distinction entre outil et finalité. Le diagnostic n'est qu'une réponse, rigoureusement formulée, assistée si nécessaire de moyens techniques et appuyée sur des connaissances scientifiques d'un homme face à la souffrance d'un autre homme. Ce qui justifie le médecin ce ne sont pas ses connaissances, mais ses actes. « De nos jours, celui qui connaît la maladie est un scientifique – fût-il par ailleurs médecin praticien et diplômé en médecine. Le médecin n'est pas l'homme qui connaît la maladie. Même s'il est aussi un scientifique, le médecin est celui qui soigne et soulage son patient. Ni plus, ni moins⁵⁰. » Ces quelques mots de Dominique Folscheid sont sévères mais ils ont le mérite de replacer le médecin dans son activité centrale : le soin.

La spécialisation de la médecine a en effet opéré une distinction importante entre les médecins : certains se placent directement au lit du patient et sont appelés cliniciens, les autres sont radiologues, anatomopathologistes ou biologistes et n'ont pas directement affaire à lui. S'il est évident que ces deux catégories concourent à la prise en charge du patient, elles le font cependant sous des modalités différentes. Les cliniciens participent directement à l'activité de soin (dont ils n'ont pas le privilège puisqu'ils partagent la qualité de soignant avec les infirmiers et les aides-soignants) à la différence des biologistes et des radiologues. Cette distinction est importante car elle révèle que c'est à ceux qui sont confrontés directement au patient qu'il revient de poser le diagnostic et d'émettre les propositions thérapeutiques. Malgré la précision de son savoir, malgré la certitude qui peut être la sienne, le pathologiste se garde d'émettre un diagnostic de maladie lorsqu'il étudie une lame sous son microscope. Cette retenue est importante, c'est bien au clinicien, celui qui se penche au lit du patient, de juger de l'opportunité diagnostic et thérapeutique. Une fois de plus ces deux activités sont liées, diagnostic et thérapeutique ne peuvent être innocemment séparés.

Nous souhaiterions apporter une légère précision aux propos de Dominique Folscheid, le *clinicien* est bien « celui qui soigne et soulage le patient » : l'activité scientifique s'efface devant la visée compassionnelle de la clinique, le diagnostic perd son statut de vérité scientifique ou d'objet intellectuel, et devient un véritable outil thérapeutique. Ce n'est pas par son caractère scientifique que se justifie l'activité diagnostique mais par sa volonté de soulager la souffrance.

50. *Idem*, p. 503.

Le diagnostic, médiateur de guérison

Nous abordions plus haut le cas des maladies sans espérance thérapeutique. Ce cas de figure est imposé par les limites de notre médecin, elle n'est pas toute puissante. Il existe cependant d'autres situations où le diagnostic est clairement érigé dans une volonté proprement thérapeutique. Le cas des syndromes douloureux ou de la fibromyalgie est un aveu d'ignorance de la part du médecin. La science est actuellement incapable d'expliquer la souffrance ou la fatigue qui incommode fortement le patient. Il n'existe pas de substratum organique, pas de lésions identifiables, tout au plus quelques hypothèses physiopathologiques (on parle notamment d'une hypersensibilité à la douleur dans la fibromyalgie). Y a-t-il pour autant une absence de maladie ? Certainement pas, car rappelons-le, c'est la souffrance qui justifie le rôle du médecin et non la connaissance des phénomènes morbides. Il n'y a pas de lésions à observer, ni de masse à palper, ni de bruit anormal à écouter, les examens biologiques et radiologiques ne révèlent pas d'anomalie pathologique. Devant ce constat d'échec de la clinique et de la science, que reste-t-il au médecin ? La compassion envers celui qui souffre et qui le somme d'intervenir. Le clinicien habile connaît l'intérêt d'un diagnostic dans ce genre de cas, il concède son ignorance, mais donne au patient un nom pour verbaliser sa souffrance. Ce nom de maladie ne doit pas rester un hochet à agiter devant les médecins pour justifier d'un malaise mais un véritable objet de soin. Il arrive donc que donner un nom à une maladie n'ait pour seule justification d'aider à soulager les souffrances du malade.

Même dans ce cas, l'intérêt du diagnostic ne se limite pas à une fin compassionnelle. Nommer une souffrance c'est donner la capacité d'agir au malade. Pour Dominique Folscheid, « la médecine est essentiellement une opération de médiation⁵¹ » médiation qui s'opère de l'état morbide vers l'état sain, la santé, en favorisant le retour à la *phusis*, c'est-à-dire à l'état physiologique. Le diagnostic n'est-il pas également un outil de médiation ? Médiation entre le malade et sa souffrance qui lui permet de trouver un nom, médiation entre le malade et le médecin, qui offre un support de communication, et médiation entre une maladie et sa guérison. Cette vision *médiatrice* du diagnostic le place dans une dimension profondément éthique, il s'agit d'un jugement porté par un humain sur un autre humain dans le but de lui porter assistance.

La médecine est indissociable de l'éthique

Dominique Folscheid nous invite à opérer un déplacement dans la définition de la médecine. Son objet final, et nous pourrions dire pratique, n'est pas la santé ou la maladie mais la personne souffrante. Prenons à la lettre cette proposition. Nous le disions plus haut, le

51. *Ibidem*, p. 506.

véritable objet du diagnostic c'est le malade, et non pas la maladie. Il ne s'agit donc pas de porter un *jugement clinique* sur une phénomène pathologique, mais sur un malade, dans son infinie densité physiologique, psychologique mais aussi sociale. Le diagnostic prolonge la catégorisation scientifique ou médicale, il englobe le patient dans toutes ses dimensions, il s'appuie sur la perception de sentiments informulés qui naissent dans l'esprit du médecin lorsqu'il rencontre son patient, à compter du premier regard échangé ou de la première poignée de main. En d'autres termes, le diagnostic se porte sur l'humain tout entier, il est motivé par la compassion que le clinicien peut porter (ou non) sur le malade, sur ses a priori, sur son ressentiment ou son affection.

Le diagnostic est un acte humain, qu'il soit intuitif, scientifique ou rationnel, il est porteur d'une profondeur qui ne peut se limiter à une opération logique. Mais alors quel sens lui donner ? S'il n'est pas le fruit d'un processus uniquement rationnel, vers quoi se dirige-t-il ? Son point de départ, c'est la douleur du patient : il faut « *répondre à l'appel* d'un être humain en péril⁵² ». Quelle est sa finalité ? « Cette primauté de la personne, qui seule donne son sens à l'acte médical, fait que la médecine est indissociable de l'*éthique* : soigner, c'est toujours soigner quelqu'un⁵³. ». Il n'est d'éthique que lorsqu'il faut trancher, prendre une décision qui aboutira à une action. Poser un diagnostic, c'est décider, non pas de la mort ou de la vie, mais du terme à apposer à la souffrance du patient, car de ce terme découleront des moyens pour le soulager. Le *clinical judgement* des anglo-saxons rend hommage à cette dimension décisionnelle du diagnostic : de ce *jugement* dépendra ce que nous aimons appeler la *sanction thérapeutique*.

Diagnostiquer c'est donc sortir de cet état d'indécision dans lequel sont placés le patient et son médecin. C'est prendre une position face à une situation clinique complexe, avec s'il le faut des données biologiques ou radiologiques. Il faut prendre une décision, car il faut chercher à soulager la plainte. Ce mot qu'utilisent parfois les médecins pour évoquer la demande spontanée du patient, révèle un sens plus profond. Le médecin est dérangé, remis en cause, par cette preuve apparente de mauvaise santé, il est sommé d'apporter son soutien, de briser la torpeur de la maladie, somatique ou psychologique, qui alourdit son patient. Le diagnostic est une prise de position, un choix, et pas seulement un processus rationnel qui guide la décision. Le malade ne joue pas qu'un rôle passif dans l'élaboration de cette décision, il lui arrive aussi de formuler à voix haute une peur qui l'habite : *Docteur, ça ne serait pas un infarctus ?* Si la réponse du clinicien est négative, ce jugement aura au moins le mérite de soulager le patient.

52. *Ibidem*, p. 509.

53. *Ibidem*, p. 509.

Si elle est positive, elle aura certainement une suite thérapeutique afin d'éradiquer la racine du mal...

II. Le caractère prudentiel du diagnostic

Porteur d'une dimension éthique, le diagnostic traite de l'humain dans sa globalité, car il s'adresse au particulier sans négliger sa dimension scientifique. Mais surtout, le diagnostic est un acte éthique car précurseur direct de l'action thérapeutique. La thérapeutique serait alors le prolongement en acte du diagnostic. Autrement dit, le diagnostic serait une thérapeutique en puissance. Diagnostiquer c'est déjà soigner.

La médecine n'appartient pas au domaine de la sophia

Même pour l'homme de l'art, le diagnostic ne peut se poser avec certitude. Il arrive que le médecin commette une erreur ou que la maladie s'exprime sous des formes imprévisibles. Poser un jugement clinique, c'est prendre en compte l'incertitude qui touche à tout ce qui est humain. Pour Aristote, la médecine est une discipline où s'applique la *délibération* : « Délibérer implique des choses qui se produisent le plus souvent mais dont on ne voit pas comment on va arriver à leur résultat, c'est-à-dire des choses qui comportent de l'indéterminé⁵⁴. » Il existe en effet une part d'*indéterminé* dans l'exercice de la médecine. À la différence de l'arithmétique ou de la géométrie où les relations de causalité sont constantes et obligatoires, à la différence de la physique, où le mouvement des corps célestes dépend invariablement des règles fixées, la médecine oppose au praticien, tout scientifique qu'il pourrait être par ailleurs, des incohérences ou de l'indétermination. La médecine n'est pas une *sophia*, elle ne permet pas d'établir la « causalité comme une relation mécanique à son effet⁵⁵ ». Le diagnostic se place épistémologiquement dans un champ de la connaissance où les relations causales ne s'effectuent pas avec constance.

C'est bien dans le domaine de la délibération que se place l'exercice du diagnostic. Il est tourné vers une fin évidente, la guérison ou le soulagement de la maladie : « Un médecin qui délibère en effet ne se demande pas s'il doit apporter la guérison [...]. Au contraire, une fois qu'on a posé la fin, on regarde la question de savoir comment et par quels moyens on peut l'atteindre et si plusieurs moyens paraissent en mesure de l'atteindre, on examine quel est le plus facile et le plus beau⁵⁶. » La médecine, ou tout du moins la clinique, n'est pas une science. Elle n'est pas à la recherche d'une suite de processus logiques qui la mèneront vers sa fin, mais

54. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, 1112 b 8-9, Paris, Flammarion, 2004, trad. Richard Bodéüs, p. 146.

55. Folscheid D., « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », *op. cit.*, p. 503.

56. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, 1112 b 13-16, *op. cit.*, p. 146.

possède un but déjà trouvé : soigner. La fin étant fixée, il reste au clinicien un moyen pour chercher à l'atteindre, le diagnostic. Il n'est pas rare que le médecin pose plusieurs diagnostics pour un même patient, soit que le malade présente plusieurs maladies concomitantes, soit qu'il existe plusieurs possibilités diagnostiques mutuellement exclusives. Dans le premier cas la délibération diagnostique n'est pas que formelle puisqu'elle devra finalement hiérarchiser les diagnostics en fonction des priorités thérapeutiques. Qu'est-il le plus urgent de traiter chez ce patient qui présente un lymphome cérébral et une endocardite ? Non traitées, ces deux affections conduiront au décès, mais le traitement du lymphome aura un effet délétère sur l'endocardite... Dans l'hypothèse où les différentes hypothèses diagnostiques se valent mais se contredisent, il appartient au clinicien de délibérer en faveur de l'une ou de l'autre. Une fois de plus, c'est le bénéfice thérapeutique qui permettra de juger du meilleur moyen pour obtenir le soulagement du patient. Le *plus beau* diagnostic n'est donc pas l'hypothèse de la maladie la plus rare ou le fruit du raisonnement le plus complexe, ni le plus irréfutable mais celui qui soulagera au mieux.

Diagnostiquer, c'est prendre une décision

L'exercice de la délibération est donc nécessaire à l'établissement du diagnostic. Et puisque l'on délibère cela signifie bien qu'il n'y a pas de réponse préétablie. Cette décision est salvatrice, elle sort le couple patient-médecin d'une situation fermée et conforte la possibilité d'une guérison. Cette décision est nécessaire pour initier le retour à l'état physiologique. Diagnostiquer implique donc un parti-pris de la part du médecin, une implication personnelle dans la relation avec le malade mais aussi du point de vue moral et juridique. Cette décision, que le médecin estime alors être la meilleure peut parfois être une erreur, un jugement précipité ou partiel. Il arrive également que le cours de la maladie contredise ce qui était attendu. Comme toute décision, le diagnostic implique la responsabilité du clinicien. Les moyens techniques à sa disposition ne sont que des instruments, des prolongements de sa main ou de son esprit. Indépendamment de leur fiabilité, ils sont inaptes à décider par eux-mêmes, c'est le clinicien qui endosse la responsabilité par la parole posée.

Il appartient donc au médecin de prendre une décision avec certitude quand les conditions sont elles-mêmes incertaines... Chaque diagnostic est unique car il est pris dans une situation singulière. C'est le caractère particulier de la relation médecin-malade qui impose une décision unique, le patient qui sollicite le médecin attend de ce dernier une action réciproque. L'intimité que le patient étale devant les yeux, les oreilles, les mains du médecin est le prix payé pour obtenir réparation de la souffrance.

Le niveau prudentiel du diagnostic

Dans un article de 1996, Paul Ricoeur énonce trois niveaux différents de jugement médical dans l'exercice clinique : prudentiel, déontologique et réflexif. Pour le philosophe, ce sont ces trois caractéristiques qui différencient l'éthique clinique ou thérapeutique de la bioéthique, considérée comme le questionnement soulevé par la recherche fondamentale. Le privilège de la clinique c'est sa confrontation directe avec le réel, avec l'humain souffrant. De la relation du malade à son patient naît l'essence du questionnement éthique qui doit guider le praticien. C'est la caractéristique prudentielle qui nous intéressera le plus. Elle est l'écho de la *phronesis* aristotélicienne, il s'agit d'une « sagesse pratique d'une nature plus ou moins intuitive résultant de l'enseignement et de l'exercice⁵⁷. » Elle se place à l'intersection entre le général et le particulier, entre la science et l'expérience, entre le raisonnement et l'intuition. Nous rejoignons l'avis de Ricoeur sur la valeur constitutive de ce niveau prudentiel dans l'exercice médical. C'est dans ce lieu humain et singulier que se cristallise l'essentiel de la pratique médicale. C'est là que se rencontrent la connaissance et l'agir, là que la relation singulière devient proprement médicale, mais c'est aussi là que le clinicien doit déposer ses certitudes pour se confronter au réel. Cette densité de la clinique est le creuset de toute réflexion éthique : « c'est de la dimension prudentielle de l'éthique médicale que la bioéthique au sens large emprunte sa signification proprement éthique⁵⁸ ».

L'exercice du colloque singulier, relation privilégiée entre médecin et malade implique un contrat tacite. C'est autour de ce noyau éthique que s'organise toute la démarche médicale, le clinicien accepte de soigner le patient, le malade accepte de suivre le protocole thérapeutique qui lui sera proposé. Ce niveau prudentiel de l'exercice médical nous permet de situer avec précision le lieu du diagnostic médical pour plusieurs raisons. C'est d'abord là que se rejoignent la généralité de la pathologie dans sa définition descriptive et scientifique et l'unicité de la situation du patient devant nous. C'est également le lieu où se fonde l'intérêt commun du médecin et du patient : par compassion mais aussi par professionnalisme, le clinicien se doit d'apporter au malade une réponse qui lui permettra de dépasser sa souffrance et d'y mettre un nom. Dans cette interface unique se retrouve à la fois le théorique et le pratique : par ce contact avec la réalité, le médecin devient réellement clinicien en se révélant apte à émettre un jugement sur une situation singulière et réelle. Il s'agit d'un pivot entre le raisonnement et l'action, patient et médecin prennent leur bord et choisissent de s'y tenir. Mais surtout l'action du médecin devient véritablement thérapeutique, il considère l'humain dans son insigne dignité et tente de l'y rétablir là où elle se trouve lésée. Enfin c'est le lieu du risque dans lequel se trouve plongée toute action humaine : risque d'échouer pour chacune des deux

57. Ricoeur P. , « Les trois niveaux du jugement médical », in *Esprit*, n°227, décembre 1996, p. 21.

58. *Idem*, p. 21.

parties, risque de se précipiter – par impétuosité ou par affection – risque de s’engager bien au-delà de ce qu’impose la relation professionnelle.

Ce niveau prudentiel appliqué au diagnostic médical pousse à l’extrême la vocation particulière et éthique que peut porter la notion. Nous sommes bien loin d’une classification nominaliste exprimée par une machine ou un esprit sèchement mécanique, bien loin de la logique irréfutable que l’on souhaiterait attribuer à la démarche diagnostique. Mais ne nous méprenons pas : si cette notion est si riche c’est bien parce qu’elle est capable d’englober toutes ces dimensions. Non, on ne saurait reprocher au malade d’attendre du médecin d’utiliser une démarche rigoureuse et rationnelle pour soigner son patient, pas plus qu’on ne pourrait reprocher au médecin d’agir avec une candide humanité en prenant le parti d’oublier sa science pour soulager la douleur du malade. Cet art de bien soigner ne se situe pas dans les nébuleuses élucubrations des médecins de Molière ou dans les disciplines scientifiques mais dans la capacité soignante de la médecine concrète, la simple conviction qu’il est nécessaire de prendre une décision pour aider son patient... Il ne s’agit pas non plus de dénoncer la part technique de l’activité médicale au profit d’une activité humaine ou intellectuelle. C’est bien le progrès technique qui permet d’opérer en limitant le risque infectieux, de traiter un cancer qui aurait pu, il a encore quelques dizaines d’années condamner un homme ou d’identifier avec précision le mécanisme biologique à l’origine d’une maladie auto-immune.

L’enjeu est justement de réunir dans la médecine cette triple activité technique, intellectuelle et compassionnelle sans la détourner de son objet premier, le soin, c’est-à-dire l’action pour favoriser la guérison. Comment réunir ces aspects épars de l’exercice médical ? Quelle vision de l’homme serait à la fois capable de maintenir le contact avec la réalité dans sa dimension la plus triviale, sans renoncer à agir justement, en accord avec les données de la science ?

CHAPITRE III :

ÉBAUCHE D'UNE PHÉNOMÉNOLOGIE DU DIAGNOSTIC MÉDICAL

La réponse que nous ébauchons manifeste un défi, celui d'une synthèse entre les deux pôles du diagnostic médical. Le premier est d'ordre scientifique, il est garant de la rigueur dans l'observation clinique et dans l'élaboration du diagnostic. Il s'agit bien d'un fondement de l'exercice médical (et non pas d'une façade !), car cette orientation scientifique de la médecine contemporaine est à l'origine de son efficacité. Le second est éthique, le diagnostic est un *jugement prudentiel*, établi par deux êtres humains afin que l'un puisse concourir par son action à la guérison de l'autre. Cette deuxième dominante n'est pas seulement d'ordre compassionnel, rappelons-le, mais elle est le *noyau éthique* qui permet au médecin de respecter la dignité de son patient. Cette définition complexe du diagnostic médical a pour ambition d'élaborer une synthèse de ces deux polarités, mais elle ne peut pour autant s'abstraire d'un certain point de vue. Il s'agit de celui d'une médecine prioritairement scientifique. Cet a priori est celui qui guide aujourd'hui l'exercice médical et l'opinion commune : la science devrait être en mesure d'apporter un soulagement à tous les maux humains. C'est cet état de fait que nous interrogeons. La certitude scientifique ne devrait-elle pas aussi se pencher et plier devant le lit du malade ? Nous cherchons par là à réconcilier le médecin-scientifique avec la couche la plus immédiate de la réalité : la perception.

L'œuvre de Maurice Merleau-Ponty, et particulièrement *L'Œil et l'Esprit*, nous invite, à opérer un glissement par touches successives : d'une vision analytique du diagnostic à une vision phénoménologique. Comment redécouvrir la richesse de la relation médecin-malade et reconnaître à la clinique sa propre objectivité ?

I. Le tableau chez Foucault et Merleau-Ponty : réalité du patient et rôle du corps

Du tableau au tableau clinique

L'Œil et l'Esprit s'ouvre sur cette amère constatation de Merleau-Ponty : « La science manipule les choses et renonce à les habiter⁵⁹. » C'est ce reproche qui justifie le propos du philosophe, la science s'étant bornée à créer des modèles de la réalité sans chercher à les habiter. Elle a renoncé à sa dimension réflexive pour se consacrer à la technique. Elle a donc perdu le lien avec le phénomène. Avec audace et probablement une pointe de provocation, il

59. Merleau-Ponty M., *L'Œil et l'Esprit*, Paris, Gallimard, 1964, p. 9.

propose en contre-exemple de la vision du scientifique, celle du peintre. Plus précisément, l'œil de Cézanne, peignant la montagne sainte Victoire. Peindre est un acte à part entière, il ne s'agit pas de le décomposer en un élément perceptif passif suivi d'une action des muscles du bras et de la main. C'est un tout : « Le peintre vit dans la fascination. Ses actions les plus propres [...] il lui semble qu'elles émanent des choses mêmes, comme le dessin des constellations. Entre lui et le visible, les rôles inévitablement s'inversent⁶⁰. » La richesse de la perception du peintre lui fait sentir la réalité avec une acuité unique mais surtout il établit entre lui-même et la réalité, par le biais du tableau, une synthèse qui s'affranchit de l'opposition actif-passif.

Il nous semble fructueux de confronter à ce tableau la notion de tableau clinique, telle que l'analyse Foucault dans *Naissance de la clinique* : « Est-il possible d'intégrer dans un tableau, c'est-à-dire dans une structure à la fois visible et lisible, spatiale et verbale, ce qui est perçu à la surface du corps par l'œil du clinicien, et ce qui est entendu par ce même clinicien du langage essentiel de la maladie⁶¹ ? ». L'ambition du clinicien est complexe, il s'agit de rendre une synthèse des données de l'examen clinique et de la rapprocher d'une entité clinique connue. La polysémie du terme *tableau* inviterait même à projeter la représentation morbide sur un plan, ordonné et objectivé dans les deux dimensions. Faut-il pour autant accorder une nature analytique au tableau clinique ? En pratique, l'utilisation de ce concept est fort simple. Dire que l'association d'une éruption maculeuse saumonée, d'une fièvre vespérale et d'arthralgies inflammatoire est un tableau de maladie de Still n'est en fait qu'une synthèse verbale et logique d'un processus sous-jacent et déjà établi. Si Foucault semble surestimer la capacité réflexive accordée au tableau clinique, il n'en pose pas moins deux importantes caractéristiques : le clinicien établirait une synthèse entre le langage et le visible, et la maladie posséderait un langage qui lui est propre, langage de la profondeur du corps alors que l'œil s'arrête à la surface...

Entre le tableau de Cézanne et le tableau clinique s'établit un commun objectif : rendre la réalité dont l'essence nous est voilée. Quel lien le clinicien et le peintre établissent-ils entre le perceptible et le réel ? La profondeur du regard conféré à Cézanne est capable d'élargir celle du médecin. Le domaine du perceptible ne se limite pas à celui du scientifique : le diagnostic ne s'établit pas uniquement à partir de données objectives ou objectivables mais fait également appel à des couches de perception qui ne sont pas verbalisables. Le regard du clinicien ne se limite pas à une « représentation lisible et conceptuellement cohérente⁶² ». Comment faire nôtre cet apport de Merleau-Ponty, accepter que la vision médicale puisse être augmentée par

60. *Idem*, p. 31.

61. Foucault M., *Naissance de la clinique*, op. cit., p. 160.

62. *Idem*, p. 160.

son rapport au malade ? Inspirons-nous de la vision du peintre, de cet échange entre Cézanne et la montagne sainte Victoire : « Qualité, lumière, couleur, profondeur, qui sont là-bas devant nous, n'y sont que parce qu'elles éveillent un écho dans notre corps, parce qu'il leur fait accueil⁶³. »

L'œil du peintre

Le secret de la profondeur et de la complexité de la vision du peintre réside dans son œil. Il ne s'agit pas seulement d'un instrument perceptif ou passif, à l'image d'une caméra, aussi complexe soit-il. Ce qui fait le caractère unique de l'œil, c'est sa mobilité : « La vision est suspendue au mouvement, on ne voit que ce qu'on regarde⁶⁴. » C'est la présence du corps du peintre dans le monde, son adhésion aux choses mêmes qui lui permettent de remplir son office. Il n'y a pas d'un côté une opération perceptive complétée par la pensée gouvernant à son tour le mouvement du pinceau (et en miroir, la même perception et la même pensée chez le spectateur du tableau) mais un seul tout : « Cet extraordinaire empiètement, auquel on ne songe pas assez, interdit de concevoir la vision comme une opération de pensée qui dresserait devant l'esprit un tableau ou une représentation du monde, un monde de l'immanence et de l'idéalité⁶⁵. »

Comment justifier ce rôle d'exception accordé à l'œil ? Comment rapprocher alors le peintre du clinicien ? « L'énigme tient en ceci que mon corps est à la fois voyant et visible⁶⁶. » Peintre et médecin tirent leur rapport au monde et à ceux qui les entourent de leur corps. Plus précisément de leur capacité à percevoir leurs mains comme touchantes et touchées à la fois, leur œil comme voyant et visible. « Lui qui regarde toutes choses, il peut aussi se regarder, et reconnaître dans ce qu'il voit alors l'*autre côté* de sa puissance voyante. Il se voit voyant, il se touche touchant, il est visible et sensible pour soi-même.⁶⁷ » En d'autres termes, ce qui permet au médecin de poser un diagnostic et de soigner, c'est son corps. Pas uniquement parce que ses mains et ses yeux sont des instruments au service de la perception ou que son intelligence lui permet de reconstruire un processus logique entre sa connaissance des phénomènes morbides et ce qui l'observe ; mais parce qu'à travers son corps s'établit une relation unique avec celui qu'il examine. Il n'est pas limité dans une représentation figée où lui agirait et où son malade subirait, il possède avec celui qui est de l'*autre côté* la parenté du corps, il pourrait être à sa place.

63. Merleau-Ponty M., *L'Œil et l'Esprit*, op. cit., p. 22.

64. *Idem*, p. 17.

65. *Idem*, p. 17.

66. *Idem*, p. 18.

67. *Idem*, p. 18.

La plainte émerge du corps du patient et est reçue par le médecin grâce à son corps, par leur humaine parenté. Le mécanisme physiologique de la douleur n'est pas à même d'expliquer la douleur dans l'esprit du clinicien mais c'est bien sa propre expérience qui lui permet de la comprendre. La souffrance psychique n'est que peu audible à celui qui ne l'a pas ressentie, mais celui qui l'a vécue saura la reconnaître. Poser un diagnostic, c'est rendre hommage à notre corps, à une caractéristique humaine commune : « Un corps humain est là quand, entre voyant et visible, entre touchant et touché, entre un œil et l'autre, entre la main et la main se fait une sorte de recroisement, quand s'allume l'étincelle du sentant-sensible, quand prend ce feu qui ne cessera pas de brûler, jusqu'à ce que tel accident du corps défasse ce que nul accident n'aurait suffi à faire⁶⁸. » L'humain possède déjà en lui ce germe de l'altérité dans la mesure où son corps est à la fois touchant et touché, voyant et visible. La souffrance d'autrui a pour écho ma propre souffrance, la perception d'autrui n'est qu'une autre modalité de ma propre perception, l'extension de notre parenté humaine et corporelle. L'épaisseur de la notion de diagnostic fait appel à l'indicible de la relation d'un corps à un autre, à la complexité d'une souffrance ressentie par solidarité, même si elle n'est que fugace et distante. C'est ce qu'écrit Merleau-Ponty dans la *Phénoménologie de la perception* : « Qu'il s'agisse du corps d'autrui ou de mon propre corps, je n'ai pas d'autre moyen de connaître le corps humain que de le vivre, c'est-à-dire de reprendre à mon compte le drame qui le traverse et de me confondre avec lui⁶⁹. » C'est parce qu'il a un corps, en écho avec le corps du malade que le médecin peut ébaucher un diagnostic.

Un œil actif et ému

À travers l'histoire de la clinique et de la perception médicale, c'est le regard qui est mis au premier plan. Est-ce grâce à l'habileté du clinicien, capable du premier coup d'œil de diagnostiquer avec justesse le mal dont souffre son patient ? Ce qui se donne à voir est-il suffisant pour communiquer la maladie ? « Le coup d'œil est de l'ordre non verbal du *contact*, contact purement idéal sans doute, mais plus *percutant* au fond parce qu'il traverse mieux et va plus loin sous les choses⁷⁰. » Foucault, reprenant l'opinion des cliniciens du XIX^{ème} siècle, exalte cet œil clinique, précis et scrutateur qui « frappe en un point⁷¹ ». Si l'œil est si important, c'est parce qu'il est capable d'extraire de l'immédiatement visible la structure sous-jacente de la maladie, tout un réseau de pensées qui courent sous la peau pour expliquer avec constance le mécanisme physiopathologique. L'œil foucaultien est un œil qui cherche et trouve – car il sait qu'il y a quelque chose à trouver – et frise le voyeurisme. Quelle différence avec l'œil de Merleau-Ponty ? Celui-ci est tout aussi actif, c'est un extraordinaire « instrument qui se meut

68. *Idem*, p. 21.

69. Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945, p. 240.

70. Foucault M., *Naissance de la clinique, op. cit.*, p. 173.

71. *Idem*, p. 173.

lui-même, moyen qui s'invente ses fins⁷² ». Son auto-mobilité est à l'origine de sa curiosité vis-à-vis du monde, de sa recherche insatiable de perception. On le dirait presque doté d'une forme de conscience de lui-même, c'est un instrument intelligent. Il existe chez le peintre comme chez le médecin une certaine pudeur du regard, ils acceptent sans juger. Le regard contemple et acquiesce. Il ne s'agit pas d'*apprécier*, au sens normatif du terme, mais de regarder avec douceur et discrétion. C'est dans cette mesure que le paysage, même le plus anodin révèle au peintre sa profondeur et que le patient délivre sa plainte. Cependant il existe une différence fondamentale entre l'œil du peintre et celui du scientifique. Alors que ce dernier se doit d'enregistrer les phénomènes et de les restituer avec la plus grande fiabilité (dans l'optique de les exploiter), l'autre agit avec une certaine innocence : « Le peintre est le seul à avoir droit de regard sur toutes choses sans aucun devoir d'appréciation⁷³ ».

Mais surtout, le propre de l'œil merleau-pontyen, c'est sa capacité à s'émouvoir : « l'œil est *ce qui* a été ému par un certain contact du monde et le restitue au visible par les traces de sa main⁷⁴. » Nous pourrions presque dire qu'il s'agit d'une modalité propre de l'œil : être ému. Quand il regarde, l'œil n'est pas simplement acteur, il pâtit. Il ne juge pas, mais reste solidaire de ce qu'il contemple, il ne se ferme pas mais reste ouvert à ce qu'il perçoit. Voilà ce *certain contact du monde* qu'est capable de rendre le peintre et dans un même mouvement, il le trace sur la toile. Œil et main sont liés, non pas comme deux effecteurs sous la commande de l'intelligence mais comme une même intention qui joint deux parties du réel, comme une même impulsion capable de dire l'Être. Prêtons cette capacité d'être *ému* à l'œil du clinicien, il ne s'agit pas d'une faiblesse ou d'un abandon de la raison mais d'une capacité à appréhender la souffrance de son patient. L'œil n'est pas insensible à ce qui se joue sous ses yeux, et parce qu'il est ému, il perçoit. Cette proximité avec le réel, cette com-passion est ce qui rend le médecin à même de donner un diagnostic, de *restituer au visible* la demande du patient.

72. Merleau-Ponty M., *L'Œil et l'Esprit*, op. cit., p. 26.

73. *Idem*, p. 14.

74. *Idem*, p. 26.

II. *Opacité et profondeur du corps humain*

Vaincre l'opacité du corps

Du point de vue analytique, l'obstacle principal à l'élaboration du diagnostic serait l'imperméabilité du corps au regard du médecin : « la clinique n'a plus simplement à lire le visible, elle a à découvrir des secrets⁷⁵. » Par la palpation abdominale, on ne peut qu'émettre des hypothèses sur la nature d'une masse ou de l'organe dont elle dépend : est-ce un anévrisme aortique que je sentirais battre sous mes mains ou un volumineux kyste rénal ou une énorme tumeur ? Par l'auscultation, le clinicien entraîné peut ébaucher une cartographie du poumon. Le souffle tubaire laisse deviner une condensation pulmonaire, des râles crépitants un foyer infectieux. La matité à la percussion évoque un épanchement dans la cavité pleurale ou un foie augmenté de volume. Les techniques de palpation, d'auscultation et de percussion se sont développées pour suppléer un sens de la vue insuffisant. L'opacité du corps humain doit être vaincue pour comprendre le jeu invisible des organes. Pour rendre leur réalité aux masses invisibles, pour vaincre l'obstacle de la paroi on s'appuie sur des examens d'imagerie : une radio, un scanner, une échographie ou une IRM rendront visible chaque organe, le situeront par rapport à ses voisins. Enfin la réalité morbide s'affichera clairement sous nos yeux : l'image rend la spatialité du corps. En coupe ou en projection, la maladie se déploie sous les yeux du médecin.

Serait-ce cela comprendre la maladie ? Tout simplement conquérir « l'espace tangible du corps, qui est en même temps cette masse opaque où se cachent des secrets, d'invisibles lésions et le mystère même des origines⁷⁶ ? » Voir, c'est comprendre. Cette représentation spatiale et lisible serait une voie royale pour comprendre la maladie ? Il faudrait alors en conclure que la peau est un obstacle, une barrière à franchir entre le clinicien et le malade. À cet égard, la dermatologie fait figure d'exception. Elle offre directement à l'œil entraîné la quasi-totalité de son essence morbide. Il faut certes faire appel à ses doigts pour différencier la macule de la papule ou vérifier que le purpura est bien infiltré. La maladie de la peau est directement visible, elle se communique sans barrière à l'œil qui la perçoit, ne dresse aucune opacité entre l'œil qui l'observe et elle-même.

La discipline reine pour offrir au regard toute la réalité de la maladie, c'est l'anatomopathologie. Ayant percé la barrière de la paroi, l'œil accède à l'étalement de la maladie dans toutes ses dimensions. La voussure épigastrique qui s'opposait à la main du clinicien est devenue une tumeur de l'estomac, volume complexe et monstrueux où se

75. Foucault M., *Naissance de la clinique, op. cit.*, p. 171.

76. *Idem*, p. 174.

combinent les multiples tissus : « Dans l'expérience anatomoclinique, l'œil médical doit voir le mal s'étaler et s'étager devant lui à mesure qu'il pénètre dans le corps, qu'il s'avance parmi ses volumes, qu'il en contourne ou qu'il en soulève les masses, qu'il descend dans ses profondeurs⁷⁷. » C'est l'exemple parfait de la lisibilité, surfaces et volumes sont directement accessibles. Le microscope permet à son tour de vaincre une autre opacité, celle de la petitesse : les tissus puis les cellules se dévoilent sous l'œil du pathologiste.

Tout est-il alors compris ? Toute la vérité serait immédiatement perceptible sur les coupes du scanner ou sous l'objectif du microscope ? Il s'agit au moins d'une tendance de la médecine : ce qui est vu est plus digne de créance que ce qui est palpé ou entendu. Peu nombreux sont encore les médecins français à pratiquer une ponction pleurale uniquement sur la foi d'une matité à la percussion, d'une abolition du murmure vésiculaire et d'une diminution des vibrations vocales. Ils auront, avant de réaliser le geste, visualisé et confirmé cet épanchement par une radiographie ou un scanner. Le visuel est-il plus réel que le touché ou l'audible ? Il est au moins plus objectif et reproductible. Le scanner abdominal avant l'exérèse de la tumeur a valeur de preuve : elle était bien là avant que la main du chirurgien ne s'en empare. Voilà un aspect bien trivial de la primauté du regard en médecine... Le chemin d'une bonne médecine serait-il de vaincre l'opacité du corps humain, de produire une image qui serait la preuve de la maladie ? Une vision encore plus fiable que l'œil du clinicien ?

Une maladie lisible

Si le médecin et le scientifique cherchent à voir, c'est parce qu'ils veulent comprendre les mécanismes provoquant la souffrance. Le caractère visuel de la maladie se double d'une certaine lisibilité. La lésion a quelque chose à nous dire de la maladie. Mais comment l'exprime-t-elle ? La maladie a-t-elle une langue pour se rendre compréhensible ? L'existence d'une *pathoglossie* est le corollaire de la lisibilité du langage. L'idée d'une « structure alphabétique de la maladie⁷⁸ » est extrêmement séduisante pour l'esprit analytique. L'existence d'un *logos* de la maladie serait à même d'exprimer sa lisibilité : « la maladie parle le même langage aux uns et aux autres⁷⁹. » Vaincre l'opacité du corps serait simplement comprendre le langage propre de la maladie, le parler et le modifier. L'enjeu d'une rationalité de la maladie est celui de la thérapeutique, comprendre permet au médecin d'agir, parler une langue c'est en maîtriser les structures, les forces et les faiblesses, s'exprimer à son tour pour faire valoir son opinion.

77. *Idem*, p. 191.

78. *Idem*, p. 168.

79. *Idem*, p. 158.

Cette idée fascine les cliniciens du XIX^{ème} siècle. S'il existe un langage de la maladie, les signes cliniques deviendraient alphabétiques, les syndromes seraient des mots ordonnés selon « une règle qui est intrinsèque à leur grammaire⁸⁰ ». Cette structure grammaticale de la maladie est judicieusement balayée par Foucault. Tout alphabet est en effet limité alors que les signes de la maladie apparaissent d'une variété infinie. L'argument du dénombrement met en défaut une *grammaire des signes cliniques* mais n'empêche pas pour autant le scientifique de chercher un langage sous-jacent et un nombre limité d'éléments et de règles pour expliquer le fonctionnement du corps humain. La catégorisation des phénomènes élémentaires a simplement changé d'échelle : Morgagni a franchi une première étape en identifiant la cellule comme unité du vivant, puis celle-ci s'est vue segmentée à travers ses différentes composantes, membranes et organelles. On identifie ensuite les protéines, et enfin l'ADN en donnant au vivant une unité élémentaire indubitablement alphabétique. Quatre lettres (A, T, C et G) seraient les quatre signes d'un alphabet élémentaire, dont l'infinie combinaison suffit à expliquer la variabilité du vivant ? À l'échelle de l'être humain, de ses organes, de ses tissus et de ses cellules ou à celle de la génétique, la question de l'opacité du visible justifie le labeur du scientifique. Toute opacité devrait être vaincue, toute langue parlée pour comprendre le fonctionnement du corps ? Serait-ce cela l'enjeu de la science ou de la médecine, dévoiler l'invisible ?

Eloge de la profondeur

Le médecin devrait-il donc se contenter d'utiliser les techniques à sa disposition pour s'affranchir de l'imperméabilité que lui offre le corps de son patient ? N'est-ce pas là un constat d'échec ? Un modèle binaire qui opposerait un médecin muni de son attirail scientifique à un patient dont l'épaisseur lui échappe. Dans un tel système, médecin comme patient seraient condamnés à la mésentente. L'un parle un langage qu'il ne comprend pas, l'autre est sans cesse à recherche d'une vision plus claire et plus aigüe pour vaincre l'opacité du corps qui lui fait face. Surtout ne serait-ce pas une condamnation de la perception ? La vision est bornée, le toucher est trompeur, l'auscultation illusoire (on n'entend bien que ce qu'on veut entendre !). On pourrait alors désespérer de la capacité de notre perception à comprendre la personne souffrante et la maladie sous-jacente. La science serait alors un éternel combat pour pallier l'impuissance de nos sens par la puissance de son objectivité. À la suite de Merleau-Ponty, acceptons de déplacer notre regard, de quitter cette opacité qui obsède le scientifique en quête d'objectivité et de considérer la profondeur conférée par notre perception.

La profondeur retient particulièrement l'attention de Merleau-Ponty dans son analyse de la perception. Il ne nie pas que la réalité tend à se cacher à nos yeux, il reconnaît « l'opacité

80. *Idem*, p. 168.

du monde⁸¹ » que la science cherche à dépasser. Si l'*opacité* est un constat d'échec de la perception, la *profondeur* est au contraire un éloge à la richesse de la réalité. Notre point de vue nous permet de percevoir des objets qui se superposent : « je vois des objets qui se cachent l'un l'autre, et que donc je ne vois pas, puisqu'ils sont l'un derrière l'autre. Je la vois et elle n'est pas visible, puisqu'elle se compte de notre corps aux choses, et que nous sommes collés à lui⁸². » Quelle est cette dimension qui permet de percevoir ce qui n'est pas immédiatement visible, qui cache en même temps qu'elle révèle ? Quand je touche le corps de mon patient, quand j'écoute ce qu'il a à me dire, ce que je sens autant que ce que je ne sens pas sont des indices qui me révèlent l'épaisseur de sa personne. La profondeur du corps du malade a la capacité d'exprimer ce qui n'est pas immédiatement visible. Quelle différence y a-t-il entre l'œil du scientifique et celui du médecin ? Ce dernier ne s'arrête pas à l'apparente opacité du monde, à une superposition qui n'est que caprice de la perception. Il s'immerge dans les dimensions qui lui sont offertes et dans sa propre perception corporelle pour comprendre le malade. Cette profondeur est paradoxale : la bibliothèque me cache la portion du mur qu'elle recouvre, pour autant, elle m'informe par sa position, par ses contours, par de petits espaces qu'elle laisse libres de la présence d'un mur derrière elle. Par de discrets signes, la profondeur du corps humain, la densité de la personne m'informent de ce qui m'est caché, de ce qui pourrait être, de ce qui se dérobe à mon regard. La profondeur dévoile autant qu'elle voile.

Ce qui permet au médecin d'appréhender la profondeur existentielle de son patient, le caractère concret de sa demande, c'est son immersion dans le monde. Patient et médecin sont placés au cœur d'un espace qu'ils polarisent. Face au clinicien se déploie le malade dans son insondable profondeur. Ce qui permet l'appréhension de cette dimension, c'est le corps de chacun, l'espace que chacun occupe : « Mon corps est le pivot du monde : je sais que les objets ont plusieurs faces parce que je pourrais en faire le tour, et en ce sens j'ai conscience du monde par le moyen de mon corps⁸³. » Ce qui fait du médecin un clinicien c'est son implication corporelle dans le réel. Par son corps il appréhende sa propre profondeur ainsi que celle de son malade. Sa conscience du mal dont souffre autrui est conscience de la profondeur de son propre corps. Le parti pris pour le réel, la volonté soignante du médecin sont des impératifs qui guident la compréhension de la souffrance d'autrui mais aussi sa capacité à comprendre la maladie d'autrui. C'est en tant que corps et esprit, enraciné dans le monde que le médecin pose un diagnostic sur un autre corps et un autre esprit.

La profondeur est une propriété de ma perception immédiate, une composante de la perception de l'espace dans lequel je suis immergé. Il ne s'agit pas d'une dimension que l'on

81. Merleau-Ponty M., *L'Œil et l'Esprit*, op. cit., p. 9.

82. *Idem*, p. 45.

83. Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, op. cit., p. 111.

peut rendre au sens géométrique du terme ; mais d'une dimension qui m'implique dans les choses telles qu'elles sont. Elle s'oppose à la largeur : dimension objectivée, mesurable et scientifique. Elle est l'écho particulier de l'espace me séparant des objets qui m'entourent ; elle « annonce un certain lien indissoluble entre les choses et moi, par lequel je suis situé devant elles, tandis que la largeur peut, à première vue, passer pour une relation entre les choses elles-mêmes où le sujet percevant n'est pas impliqué⁸⁴. » La largeur est une dimension pour mesurer l'opacité qui me sépare de l'être, la profondeur est une dimension *existentielle* qui me révèle l'épaisseur de la personne malade.

Comprendre l'Être

La complexité de l'être humain n'est donc pas seulement un mur infranchissable, une surface imperméable que la technique m'aide à dépasser mais également une profondeur que ne je ne me lasse pas de contempler, un questionnement qui se répond à lui-même et se renouvelle. La manifestation pathologique n'est pas uniquement un défi qui m'est lancé, une équation à résoudre mais une invitation à toucher la profondeur de l'Être. Ce qui intrigue le clinicien ce n'est pas le symptôme isolé mais l'infinie variété de ses manifestations, colorées par la culture, la langue, les habitudes du malade. La lumière apportée par la science permet de percer l'opacité du corps, le regard de l'homme qui accueille un autre homme lui permet de s'ouvrir à sa profondeur.

Accepter cette profondeur de la relation médecin-malade nécessite plusieurs prérequis. Il faudra d'abord que le clinicien considère avec justesse sa propre perception de la détresse du patient. Tout ce que ses oreilles entendent, ce que ses doigts touchent, ce que voient ses yeux possède une fondamentale objectivité : celle de l'immédiateté du contact avec le monde tel qu'il est. Et bien plus, il perçoit avec une humaine justesse tout ce qui n'est que fugacement vu, touché ou entendu, ce qui ne reste parfois qu'inconscient. La profondeur de la réalité communique à nos sens ce qui existe entre nous et l'objet perçu comme ce qui est derrière. Il ne s'agit pas de renoncer aux méthodes d'investigations techniques qui permettent de rendre les dimensions de la maladie, sa hauteur et sa largeur, mais de les combiner à la profondeur accessible à la seule perception immédiate. Un scanner est une superposition de plans qui défilent, ceux-ci ne sont de réelles images de l'homme que si la profondeur leur est rendue. Il appartient au seul médecin de rendre cette dernière dimension de l'individu. Aussi précis que puissent être les instruments de mesure et d'enregistrement, il leur manquera toujours une dimension pour basculer dans la réalité.

84. *Idem*, p. 305.

Il sera pareillement nécessaire d'accepter que l'appréhension d'autrui ne peut se faire par le biais de la technique. Il ne s'agit pas seulement pour le médecin d'une capacité d'empathie (bien inégalement répartie) ou d'une acuité intellectuelle particulière. La raison pour laquelle la souffrance d'autrui nous est intelligible est beaucoup plus triviale : si je comprends cette douleur, c'est parce qu'il m'est physiquement possible d'endurer la même douleur dans mon propre corps. La question devient plus complexe lorsque l'on se confronte à la douleur psychique. La variété infinie des modalités d'expression est alors telle qu'il devient ardu de s'imaginer la souffrance d'autrui. Le tout est de ne pas s'y fermer complètement. La possibilité de cette appréhension de l'autre réside élémentairement dans notre commune humanité : « Il n'y a donc pas de privilège de la connaissance de soi et autrui ne m'est pas plus impénétrable que moi-même⁸⁵. »

Enfin, la compréhension de l'être impose à l'esprit scientifique une dernière exigence. Accepter qu'il existe en l'homme une dimension que la technique ne peut seule appréhender c'est accepter qu'un domaine du réel ne lui soit pas complètement accessible. Pour autant, il ne nous semble pas que cela constitue un véritable obstacle au progrès scientifique. La résistance qu'oppose le réel à l'instrument de mesure, c'est-à-dire sa profondeur, n'est pas qu'un postulat d'incomplétude mais un défi qui invite l'esprit humain à le comprendre plus encore. Merleau-Ponty est convaincu de l'inépuisabilité du réel : « Le monde est non pas ce que je pense, mais ce que je vis, je suis ouvert au monde, je communique indubitablement avec lui, mais je ne le possède pas, il est inépuisable⁸⁶. » L'expérience de la réalité du monde n'est pas reproductible, chaque instant est unique. Cette inépuisabilité ne se limite pas à une étendue, spatiale ou temporelle, qu'un homme ne pourrait à lui seul couvrir, mais revoie aussi à une épaisseur. La variété et la complexité des situations cliniques sont inépuisables, et l'on ne limite pas un patient à la catégorie d'un diagnostic. Bien plus encore, la multiplicité des fonctionnements cellulaires et moléculaires ne serait pas limitée et le scientifique n'aurait jamais achevé sa compréhension de l'humain.

III. Le diagnostic est une *vision en acte*

Dépasser la dualité sujet-objet

La prise en compte des différentes dimensions qui se dressent devant le médecin, de l'infinité des situations cliniques l'invite à jeter à un œil neuf sur ce qui fait l'opacité et la

85. *Ibidem*, p. 395.

86. *Ibidem*, p. 17.

profondeur de la maladie. Il s'agit de renouveler notre définition du diagnostic sans nier sa double fidélité : fidélité à la rigueur de la technique et de son raisonnement, fidélité à la perception immédiate de la réalité. Comment élargir notre définition du diagnostic avec cet apport phénoménologique ?

En acceptant que la souffrance d'autrui puisse viscéralement devenir sa propre souffrance, le clinicien reconsidère le caractère bilatéral de la relation médecin-malade. Il ne s'agit plus alors d'un médecin qui parle et d'un patient qui écoute ou d'un homme qui souffre et d'un autre qui le soulage mais d'une véritable interaction entre les deux parties. L'œil du clinicien peut être ému par la plainte d'autrui. Il ne perçoit pas comme l'objectif d'une caméra enregistre mais se laisse toucher par la réalité en face de lui. Cette impression générée par la rencontre avec autrui modèlera sa compréhension. La dualité entre un médecin sujet-pensant et un malade objet-souffrant est dépassée. Le regard du médecin n'est pas inquisiteur mais se confronte à un autre regard dont la profondeur l'émeut. Le dépassement de cette relation à sens unique passe une fois de plus par le corps, par la perception de son propre corps et de sa parente humanité avec celui qu'il côtoie, le clinicien reconnaît qu'il est capable lui aussi de souffrir de ne plus seulement être sujet mais également objet. « Je saisis mon corps comme un objet-sujet, comme capable de *voir* et de *souffrir*⁸⁷ ». Cette ambivalence du corps nous est apportée par la perception. Toute perception de la réalité est active autant que passive. Chaque rencontre imprime en nous une nouveauté, un sentiment inconnu. Percevoir n'est pas un acte neutre, il nous engage et modifie notre propre expérience. En acceptant de rencontrer un malade, un médecin accepte également de se laisser transformer par cette rencontre. Par la relation de soins ainsi créée se noue un contrat tacite : les deux côtés sont solidairement unis par un engagement réciproque qui ne tient pas seulement au respect d'une éthique professionnelle mais également à la solidarité d'une expérience perceptive commune.

Pour autant, cette commune appréhension de la difficulté du corps ne place pas le médecin et le patient dans une superposable égalité. Ce qui justifie le médecin dans la relation de soin c'est sa capacité professionnelle à fournir au patient une synthèse organisée face à la perception floue que celui-ci a de son corps souffrant. Qu'il s'appuie sur ses connaissances, sur les moyens techniques à sa disposition ou sur sa capacité instinctuelle à comprendre autrui, le rôle du médecin reste fondamentalement le même : apporter au patient une réponse claire et formalisée sur la perception commune du mal qui l'habite. Peu importe la gravité de la souffrance, l'urgence ou non de la situation, il est sommé de fournir à son patient une réponse, un diagnostic.

87. *Ibidem*, p. 124.

Du tableau clinique au diagnostic

Ce regard extérieur, posé avec intelligence et douceur sur la singularité de la personne est le fondement de la démarche diagnostique. Nous donnions plus haut une explication triviale à la primauté de la vision dans la clinique : la représentation visuelle permet la reproductibilité et forme une preuve incontestable de la maladie. Et pourtant nous l'avons vu, l'œil se révèle incapable de percevoir seul la profondeur du corps sans l'aide des autres sens et souvent sans l'aide de la technique. D'autant plus que la majorité des informations recueillies par l'examen clinique est issue de l'écoute du patient ! Il existe probablement une raison plus profonde pour expliquer cette priorité perceptive de la vision. Merleau-Ponty nous éclaire avec justesse sur ce point : « si j'admets que l'espace appartient originellement à la vue et qu'il passe de là au toucher et aux autres sens [...], je dois au moins admettre que les *données tactiles pures* sont déplacées, et recouvertes pas une expérience d'origine visuelle, qu'elles s'intègrent dans une expérience totale dans laquelle elles sont finalement indiscernables⁸⁸. » En effet, la vue est celui de nos sens le plus à même de rendre de façon immédiate la spatialité. La vision que j'ai de l'ensemble de la chambre est beaucoup plus immédiate que celle que je pourrai acquérir en touchant un à un et sous toutes leur faces les objets présents. Pour autant, les autres sens sont ne pas étrangers à ce *tableau* visuel. Lorsque j'observe une papule d'urticaire, je prépare mes doigts à palper son relief et sa texture légèrement veloutée. Le regard n'est donc pas une expérience isolée mais une synthèse et une spatialisation des expériences sensibles. Si cette synthèse perceptive est prioritairement visuelle, c'est qu'en raison de son accès privilégié à l'espace elle relie intuitivement les données apportées par chacun de mes sens aux choses présentes autour de moi. Il s'agit à proprement parler d'une *expérience totale*, une expérience perceptive qui est le reflet des apports de nos différents sens, qui s'y greffent de façon *indiscernable*. Il ne s'agit pas simplement d'une image mais de la réalité puisqu'elle est le fruit immédiat de la globalité de l'expérience perceptive.

Cette mise en lumière apporte une justification beaucoup plus convenable à l'importance du *tableau clinique* comme synthèse perceptive de la présentation du patient. Et c'est déjà ce que pressentait Foucault, même s'il semble réduire la perception à une expérience visuelle : « le tableau n'a pour rôle que de répartir le visible à l'intérieur d'une configuration conceptuelle déjà donnée⁸⁹ ». À ce tableau nous ajouterions volontiers les données issues de la perception indirecte apportées par la technique. Quelle différence y a-t-il alors entre le tableau clinique et le diagnostic ? Cette question pose le problème de la communicabilité de l'expérience perceptive. Bien entendu, elle est rendue possible par l'unité de la perception et son immédiateté, c'est bien notre corps qui est garant d'une perception commune. Cependant

88. *Ibidem*, p. 143.

89. Foucault M., *Naissance de la clinique, op. cit.*, p. 161.

le diagnostic possède un double privilège sur le tableau clinique. Premièrement le diagnostic assure une verbalisation commune, il est un outil qui permet la communication avec le patient et entre médecins. Cette verbalisation de l'expérience perceptive offre un support dont doivent se saisir les parties pour discuter et élaborer une prise en charge. Deuxièmement, le diagnostic permet une généralisation qui est par nature étrangère au tableau clinique : un syndrome de Löfgren devient une sarcoïdose dans la mesure où il se rattache à la généralité des formes cliniques de sarcoïdose et où se dessinent déjà les possibilités d'un traitement. Cette généralisation est garante de la prétention scientifique de la médecine : en rattachant mon patient singulier à une expérience globalisée, j'estime le faire profiter de l'expérience acquise par la multiplicité des observations cliniques. C'est sur cette articulation entre le général et le particulier, entre le soin et la science que repose la complexité du diagnostic.

Pour autant, il ne faut pas surestimer, la prétention à la généralité du diagnostic. Lui donner trop d'autonomie, chercher à le séparer du tableau clinique, c'est-à-dire de l'expérience perceptive sous-jacente, c'est courir à nouveau le risque du nominalisme. Le diagnostic n'est pas la maladie, pas plus dans l'universel que dans le particulier. Le concept qu'échangent malade et médecin au sujet de la maladie qui les préoccupe tire son sens de l'expérience qu'ils ont communément vécue. De la même façon, il serait absurde que deux médecins raisonnent sur un diagnostic dont l'un n'a jamais fait l'expérience. Le fait d'évoquer un diagnostic sans l'expérience perceptive corrélative aurait même quelque chose de monstrueux, à la l'image d'une réalité amputée de sa profondeur. C'est pourtant une situation courante puisqu'elle constitue l'état habituel de l'étudiant-médecin... D'où l'importance dans les études médicales de l'apprentissage au lit du patient, qui permet d'expérimenter la profondeur et la réalité de la synthèse perceptive.

Voir ce qui manque

La complexité de la relation qui unit perception, tableau clinique et diagnostic ne doit pas nous faire perdre de vue ce qui justifie ce dernier. C'est bien le soin de la personne souffrante et non pas la richesse de la réflexion sur la maladie qui est à l'origine de la médecine ! C'est la réalité de la personne souffrante qui ancre le clinicien dans le concret. L'exercice du jugement médical se plie devant l'urgence du soin. Pour autant, dans la plupart des cas, ces deux polarités restent complémentaires. C'est l'exercice conjoint de la réflexion et de la perception qui permet d'aboutir au diagnostic. Nous souhaiterions aller plus loin en montrant que ce découpage n'est qu'une analyse a posteriori d'une unique activité : la clinique.

Il semble en effet judicieux de ne pas réduire le regard à la vision. L'auto-mobilité de l'œil, sa capacité à être *ému* font de lui un organe extraordinaire. En suivant les pas de Merleau-Ponty, il est légitime de rappeler que le regard n'est pas seulement l'exercice de la

vue, que la vision offre une synthèse perceptive de la réalité où se cristallisent les dimensions portées par chacun des autres sens. Le regard, c'est donc l'exercice de cette vision étendue qui offre une acuité inouïe sur la réalité. Le regard clinique constitue donc une activité insécable dans laquelle un être humain porte son regard sur un autre être humain et, ce regard révèle leur commune humanité tout en dévoilant une profonde différence. Celui qui souffre accepte de livrer sa plainte à celui qui le regarde, il se découvre devant lui. Une différence émerge alors, celle de la maladie. Le propre du regard clinique n'est pas de voir l'homme malade mais ce qui lui manque pour être bien portant : « L'œil voit le monde, et ce qui manque au monde pour être tableau, et ce qui manque au tableau pour être lui-même⁹⁰. » Cet œil de peintre prêtons-le à nouveau au médecin, cet œil qui montre ce qui manque à l'homme pour redevenir lui-même. Voilà un regard clinique actif, qui ne se contente pas de voir mais qui regarde, cherche déjà à combler le manque créé par la maladie.

Le diagnostic est une vision en acte

L'œil du peintre a ceci d'unique qu'il offre de la réalité une vision profondément originale et profondément vraie. Il crée une association forte entre sa perception du monde et sa toile qui rend immédiatement intelligible ce qu'il a représenté. Ce qui fait sa particularité c'est avant tout de pouvoir agir à partir de sa perception. Les traits qu'il trace sur la toile, les couleurs qui rendent les volumes et les formes, les touches éparses qui forment un ensemble cohérent ne sont rien d'autre qu'une « vision en acte⁹¹ ». Peintre et médecin sont pareillement immergés dans la réalité, l'un porte un regard singulier sur le monde en général, l'autre sur l'homme dans sa pleine potentialité. Nous postulons que chacun des deux est doté de la même capacité à *voir en acte*. Le peintre dessine un tableau, le médecin ébauche un diagnostic. La synthèse perceptive de chacun dirige immédiatement l'action qui la prolonge : la peinture ou le soin. Le diagnostic est un outil, une vision transitionnelle qui fonde la thérapeutique et offre au patient un objet dont il peut se saisir. L'expérience perceptive du malade résonne dans le corps et l'esprit du médecin, son rôle n'est pas d'offrir au patient un concept qui lui est étranger mais d'être l'altérité qui lui propose une synthèse cohérente de sa propre expérience. Le diagnostic appartient au médecin dans la même mesure que le tableau appartient au peintre. Il est donné à chacun de se saisir de ce regard personnel posé sur le réel, de déplacer sa vision en passant par le regard d'un autre.

La profondeur de cette vision en acte se fonde sur l'exercice de la perception. Alors que le peintre lui attribue une fidèle liberté, le médecin redoute sans cesse qu'elle ne lui fasse défaut. Ses propres erreurs lui ont enseigné que la clinique avait ses limites : un signe négligé

90. Merleau-Ponty M., *L'Œil et l'Esprit*, op. cit., p. 25.

91. *Idem*, p. 54.

a fourvoyé le diagnostic, un symptôme auquel il n'a pas suffisamment prêté d'importance a eu des conséquences néfastes. La tentation est alors de se tourner exclusivement vers la technique : ses processus logiques implacables, sa capacité à élargir et à préciser son appréhension du monde seraient-ils les garants d'une médecine efficace et (presque) infallible ? Peut-être. Toujours est-il que c'est au médecin qu'il appartient de poser un diagnostic et de prendre une décision. Les éléments requis pour fonder cette action reviendront toujours aux limites de sa propre perception.

Aussi longtemps que le patient utilisera son corps pour exprimer son mal-être, il aura besoin d'un autre homme et d'un autre corps pour porter sur sa plainte un regard cohérent. Le rôle de cet autre est de donner des mots et un sens sur ce qu'il ressent. « La perception est justement cet acte qui crée d'un seul coup, avec la constellation des données, le sens qui les relie – qui non seulement découvre le sens *qu'elles ont* mais encore fait *qu'elles aient un sens*⁹² » : nos sens n'offrent pas sur le monde un regard neutre et naïf, nous n'enregistrons ni ne mesurons mais percevons. Le diagnostic est une perception offerte sur la maladie d'autrui, une compréhension immédiate de ce qui ne va pas et un premier pas vers la guérison.

92. Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, op. cit., p. 61.

CONCLUSION

Ces pages n'ont pas su épuiser la complexité du diagnostic médical. S'il nous a semblé important de chercher à définir cette notion de façon plus précise, c'est tout simplement qu'il s'agit d'un terme que nous utilisons sans en comprendre la profondeur. La médecine constitue un lieu humain d'une incomparable densité : la relation entre un médecin et son patient est un *noyau éthique* à partir duquel se déploient de multiples dimensions. L'habitude créée par la routine fait oublier au médecin la richesse humaine à laquelle il est confronté dans son activité quotidienne. La philosophie rend à l'homme la capacité de discerner la profondeur de son action : il ne s'agit pas d'un lieu d'expérimentation ou de réflexion mais simplement d'un lieu d'où la vie jaillit. Avec ses lenteurs et avec ses douleurs, la clinique invite le couple malade-médecin à un dévoilement. Dévoilement plus ou moins pudique du malade vis-à-vis de sa propre souffrance et positionnement du médecin sur ce qu'il a perçu de sa plainte. Cette confrontation avec le réel qui se livre est parfois trop douloureuse. Le clinicien se replie alors dans une distance protectrice. Cette prudence, cette économie de la relation ne doit pas être trop hâtivement jugée. S'il s'éloigne ou se réfugie derrière ses capacités techniques c'est parce qu'il veut se protéger mais aussi protéger sa capacité à soigner. La technique est un outil qui distancie l'homme de la maladie, elle lui donne des contours, une forme qui devient manipulable mais aussi un fondement, une explication et donc une possibilité de *remédiation*. En médecine, la technique est utile car elle est efficace.

Poser un diagnostic est un préliminaire quasi indispensable à tout acte thérapeutique. Comment se fait-il que l'homme ait besoin de nommer avant de soigner ? La maladie n'a-t-elle pas par elle-même suffisamment de consistance sans qu'il soit nécessaire de lui donner un nom ? La compassion, n'a pas non plus besoin de mots pour s'exprimer, elle agit tout simplement. La sollicitude pour autrui ne s'arrête pas à ces considérations nominales ! L'importance donnée à la notion de diagnostic est une conséquence de la prétention rationaliste de l'esprit humain : nommer c'est donner de l'existence à un phénomène muet. On baptiserait donc une maladie comme un enfant ? Pour lui donner une existence aux yeux du monde ? Cette exigence nominaliste n'est pas qu'une lubie du rationalisme. Nommer c'est donner accès à la généralité et donc à la compréhension. Il n'y aurait pas de sciences, pas de réflexion, pas de compréhension des processus morbides si les maladies n'avaient pas de nom. Nommer c'est tisser un lien entre le particulier et le général, c'est faire en sorte que la connaissance puisse venir au secours de l'expérience. Nommer un phénomène, c'est acquérir une certaine autorité sur lui, le comprendre et le plier à ses propres exigences. Il est donc évident que le diagnostic est nécessaire pour faire de la maladie un objet de science. Et cela est heureux, l'étude des processus morbides a permis à l'homme de comprendre le

fonctionnement de son corps et de remédier aux situations les plus douloureuses, c'est-à-dire les plus pathologiques...

Cette exigence scientifique de la médecine ne doit pourtant pas faire oublier à l'homme qui soigne que tout ne peut pas être dit. Il y a dans la perception de l'individu malade quelque chose d'ineffable. Ce non-dit n'est pas un point aveugle dans la relation médicale mais une partie prenante. La réalité ne peut être intégralement objectivée, on peut tout au plus en créer des modèles perfectionnés. Il existe donc une portion de la perception de la maladie qui ne peut être verbalisée et qui ne deviendra donc jamais objet de science. Pour autant, cette couche de la perception humaine ne doit pas être trop rapidement écartée. D'abord parce qu'elle ne possède pas moins de réalité que les données objectivables mais aussi parce que c'est elle qui guide le médecin expérimenté vers le meilleur traitement. Qu'on l'appelle intuition, sens clinique ou expérience, cette portion non rationnelle de la perception est fondamentale pour l'exercice de la décision médicale. Nous posons l'hypothèse que ce perçu non objectivable est ce qui fait l'essence de la décision thérapeutique. Le médecin le moins expérimenté et le moins empathique percevra la détresse physique de celui qui lui fait face, sera pressé d'agir par la souffrance d'autrui. C'est notre commune humanité, la résonance de nos corps qui traduit en action cet ineffable langage.

Être un bon médecin, c'est donc rechercher ce subtil équilibre entre science et intuition, entre rationalité et empathie. Le scientifique est guidé par la recherche de la vérité., tandis que le clinicien l'est par la compréhension de l'être. Ces deux attitudes sont deux facettes d'une pratique commune. Ce qui fascine Foucault dans ses recherches sur l'histoire de la clinique médicale, c'est cette intuition qu'une vérité se dit dans la souffrance du patient, que l'être se dévoile derrière le corps meurtri. Nous ne pensons pas qu'il existe un *logos* de la maladie ; autrement dit une vérité scientifique de la personne malade, un langage de la physiopathologie qui ne demanderait qu'à être analysé pour être compris. Il s'agit au contraire d'une des facettes de la complexité de l'être humain. La clinique invite le médecin à se pencher au lit du patient pour y percevoir une vérité d'ordre anthropologique. Par ses difficultés, par ses dysfonctions corporelles parfois peu ragoutantes, le malade laisse percevoir ce qu'il est intégralement, non pas une personne malade mais une personne en attente de retrouver ses pleines potentialités. Le peintre comme le médecin ont quelque chose à dire de l'Être car ils se trouvent immergés dans le réel, ils « puisent à cette nappe de sens brut⁹³ ».

Le couple paradoxal de l'opacité et de la profondeur rappelle au médecin ce qu'est son métier. Le corps humain, comme l'Être, se refuse partiellement à son regard. La reconnaissance de cette opacité est un stimulant pour l'esprit cartésien, qui doit chercher à

93. Merleau-Ponty M., *L'Œil et l'Esprit*, op. cit., p. 13.

percer les ténèbres de la maladie et faire parvenir à la lumière le processus physiopathologique. La technique médicale et tout particulièrement l'imagerie sont de formidables outils pour franchir cette opacité et nous laisser contempler des surfaces qui nous sont immédiatement inaccessibles. Il ne faut pourtant pas négliger la profondeur de ce corps qui s'étale sous nos yeux, la technique est impropre à nous rendre cette troisième dimension constitutive de l'Être. La synthèse perceptive peut cependant nous l'apporter : ce ventre que je palpe m'échappe autant qu'il se livre car mes mains cherchent à percer sa profondeur. Conscient de cette dualité, le médecin rend à partir des données scientifiques l'épaisseur et la largeur mais c'est bien sa propre perception élargie par la technique qui lui donne la profondeur. Reconnaître cette profondeur c'est faire acte d'humilité. Le diagnostic ne peut pas tout dire, le médecin ne peut pas tout soigner. Cette profondeur est une dimension qui nous échappe, l'être humain est aussi un seuil de mystère, une vérité jamais complètement dévoilée.

Le diagnostic est une notion instrumentale, un terme technique et scientifique qui recèle une promesse de guérison. Interface entre un médecin et son malade, il est un objet dont chacun peut se saisir pour exprimer à l'autre sa perception d'une situation communément vécue. Il se situe au cœur de ce *noyau éthique*, relation entre un malade et son médecin où se prennent des décisions qui ont parfois de lourdes conséquences. C'est pourquoi le diagnostic, à l'interface entre la plainte et sa remédiation est porteur d'une dimension intrinsèquement éthique. Loin d'une innocence purement nominaliste il est déjà une thérapeutique en puissance. Cette interface cristallise les questions de vérité c'est-à-dire d'adéquation au réel et de légitimité. Elle entraîne donc toutes les questions éthiques soulevées par l'action humaine. C'est justement cette profondeur, perceptive, anthropologique et éthique qui fait du diagnostic un lieu exceptionnel. Cette activité diagnostique est fondamentalement une activité humaine, dont la profondeur est à la mesure de ce qu'elle souhaite comprendre : l'être humain. Le colloque singulier est donc loin de s'affranchir de sa dimension prioritairement humaine.

BIBLIOGRAPHIE

- Aristote, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Flammarion, 2004, trad. Richard Bodéüs.
- Aristote, *Métaphysique*, Paris, Flammarion, 2008, trad. Duminil et Jaulin.
- Canguilhem G., « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale » in *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002.
- Canguilhem G., *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 1950.
- Deleuze G., *Présentation de Sacher-Masoch*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1967.
- Folscheid D., « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », in *Laval théologique et philosophique*, volume 52, numéro 2, juin 1996.
- Foucault M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, collection Quadrige, [1963] 2017.
- Galien C., *Esquisse empirique* in *Traité philosophiques et logiques*, Paris, Flammarion, 1998.
- Merleau-Ponty M., *L'Œil et l'Esprit*, Paris, Gallimard, 1964.
- Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945.
- Ricoeur P., « Les trois niveaux du jugement médical », in *Esprit*, n°227, décembre 1996.

A-t-on besoin d'un médecin pour poser un diagnostic ? À en croire les défenseurs de l'intelligence artificielle, celle-ci serait assez développée pour poser un diagnostic avec plus de précision qu'un clinicien aguerri. Dans le diagnostic des lymphomes, des tumeurs cutanées ou de la rétinopathie diabétique, l'œil de la machine se révélerait plus fiable que l'œil du médecin.

Qu'est-ce-que poser un diagnostic ? Un simple algorithme qu'un système intelligent pourrait de lui-même reproduire ? Nous inspirant d'une situation concrète issue de notre pratique médicale, nous voulons montrer que la notion de diagnostic est bien plus complexe que ne le laisse entendre notre utilisation quotidienne. Qu'il ne s'agit pas d'un processus de logique formelle mais au contraire d'un acte humain, et qu'à ce titre, il est intrinsèquement porteur d'une dimension éthique.

La médecine contemporaine est à la recherche d'une subtile articulation entre science et humanité : la technique est au service de l'homme malade en respectant sa profonde individualité. Nous avons la conviction que le diagnostic est un lieu de contact unique où se nouent de multiples enjeux épistémologiques, éthiques et anthropologique. Sous l'influence de Merleau-Ponty, nous souhaitons montrer que deux caractéristiques du corps humain, son opacité et sa profondeur, sont à l'origine de la complexité de la notion de diagnostic. Si la technique et les examens d'imagerie sont à même de vaincre cette opacité, seul le médecin peut rendre à l'humain sa profondeur.

L'enjeu de cette définition est de maintenir l'équilibre entre les dimensions éthiques et scientifiques de la médecine. La philosophie, et plus précisément la phénoménologie, offre des outils adéquats pour penser et revisiter cette union. S'il reste solidaire à la fois de sa perception des choses telles qu'elles sont et des données scientifiques, le regard du clinicien est une véritable *vision en acte*.

Mots-clefs : diagnostic, sémiologie, médecine, clinique, intelligence artificielle, éthique, phénoménologie.