



**HAL**  
open science

## Introduction à une conception spinoziste du raisonnement médical étiologique

Thibault Mariotte

► **To cite this version:**

Thibault Mariotte. Introduction à une conception spinoziste du raisonnement médical étiologique. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03889623

**HAL Id: dumas-03889623**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03889623v1>**

Submitted on 8 Dec 2022

**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.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

# INTRODUCTION À UNE CONCEPTION SPINOZISTE DU RAISONNEMENT MÉDICAL ÉTIOLOGIQUE

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par M. Thibault MARIOTTE

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 05/12/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Athan BAILLET

Membres :

M. le Pr Pierre-Simon JOUK

M. le Pr Philippe SALTEL

Mme le Dr Coline NICOLOTTO (directrice de thèse)

Mme Lise DELVA (directrice de thèse)

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOU Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LÉTOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LÉVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAÎTRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAoui Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)



# **Remerciements**

## **A mes juges**

A Mr le Professeur Athan BAILLET, pour avoir accepté de présider mon jury de thèse. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce sujet de thèse qui dépasse le cadre strictement médical.

A Mr le Professeur Pierre-Simon JOUK, qui a accepté avec enthousiasme de juger de mon travail.

A Mr le Professeur Philippe SALTEL, pour avoir accepté d'apporter son regard philosophique à ce jury de thèse.

A Mme le Docteur Coline NICOLOTTO, merci d'avoir codirigé ma thèse et d'avoir été disponible pour les différentes étapes de sa réalisation. Merci également pour les enseignements que tu as dispensés à la faculté auxquels j'ai assisté. Enfin merci pour ta présence en tant que collègue à Echirolles.

A Mme Lise DELVA, merci d'avoir été si enthousiaste pour ce projet, de m'avoir guidé sur ce chemin philosophique et littéraire qui était inhabituel pour moi. Pour ces longs appels qui m'ont permis d'avancer dans la compréhension de la philosophie de Spinoza. Pour m'avoir rattaché à une vie parisienne que j'avais quittée, m'avoir fait découvrir un peu de votre univers. Je vous remercie et vous souhaite le meilleur.

## **A ma famille**

A Maman, Papa, Mathilde.

Aux oncles et tantes, Gilles et Françoise, Philippe, aux cousins, Pierre et Julie ; Marie, Rémi et sa femme Aurore, à Claire la cousine grenobloise ; à Anne-Laure et Jean-Baptiste. Aux petits-cousins qui sont maintenant nombreux, Victor, Anna, Clarisse, Méline, Clémence, Jade.

## **A mes amis**

Aux amis de Paris 6, Elie, Benoit, Victoria et Baptiste, Marie, Camille et Johann, Jean-Luc. Je suis heureux et fier d'être votre ami. En souvenir de toutes ces soirées, week-end et vacances passés avec vous, et à la pensée de ceux qui viendront. Au petit Marin qui devient déjà bien grand. Une pensée également pour Cindy et Marcel, pour Sami, pour Maxime.

Aux amis Grenoblois, les généralistes que j'ai rencontrés aux urgences : Jean-Tony, Maxime Messin, Maxime Nivon, Chloé, Aline, Lucile, Adrien. Aux urgentistes rencontrés lors de ce même stage : Laurine, Laura, Alice, Camille, Justine, Nicolas, Simon, Emilie. A leurs proches que j'ai rencontrés : Pauline, Thao.

### **Aux collègues**

A tous les co-externes que j'ai rencontrés pendant les différents stages de mon externat.

Aux co-internes des autres stages, à la clinique Mutualiste : Robin, Manon, Johanna ; aux urgences pédiatriques avec encore des urgentistes : Déborah, Julien, des pédiatres, Alexandre, Marie Suzanne et son fils, Mélanie, Maya et une généraliste, Marie Tournier. Enfin au 3<sup>ème</sup> A : Adrien Gailly, Justine, Ayleen, puis Claire.

A toute l'équipe du 3<sup>ème</sup> A : les médecins, les infirmières, les aides-soignantes qui ont fait de ce stage une très belle expérience de vie, à Nejma pour ta bonne humeur tout au long de ce stage, à Benoit qui est devenu un ami, et sa famille, Manon et le petit Malo.

A tous les médecins dans mes différents stages d'internat. Aux externes avec qui j'ai travaillé et qui m'ont souvent beaucoup aidé, et parfois plus . . .

Aux amis du lycée et d'avant, avec qui les liens se sont desserrés mais dont les souvenirs resteront.

**Je vous souhaite à tous plein de bonheur et d'épanouissement, merci.**

## **Résumé**

**Introduction** : Spinoza est un philosophe rationaliste. Sa philosophie et notamment son caractère métaphysique est cependant très différente de celle de Descartes par exemple. La médecine est une discipline complexe, qui se conçoit comme se donnant des buts ou des objectifs. En tant que la philosophie de Spinoza est basée sur le concept de Puissance, elle est capable de concevoir ces notions. L'objet de cette thèse est de discuter des rapports entre raisonnement médical, et en particulier la recherche d'étiologies, et les concepts de Vérité et de Puissance de penser, présents dans la philosophie de Spinoza.

**Méthode** : Rédaction sous forme de dissertation sur la base de références philosophiques et médicales.

**Discussion** : La philosophie de Spinoza se base sur une métaphysique Moniste. Dans ce cadre nous pouvons concevoir la maladie comme un état modifié de Puissance. Cet état peut se concevoir selon le concept de norme biologique de Canguilhem. La médecine peut alors se définir comme Conatus par rapport à une maladie et le raisonnement médical comme Conatus, sous l'attribut de la pensée. Le raisonnement médical perçoit des idées vraies, et est ainsi une Puissance de penser, en tant que celles-ci sont perçues sous la conduite de la Raison. Nous démontrons qu'il est nécessaire, dans le cadre de la philosophie de Spinoza, qu'il existe des idées vraies perçues par le raisonnement médical. Nous détaillons en quoi le raisonnement médical peut-être conduit sous la conduite de la Raison, d'un point de vue conceptuel et également dans une pratique concrète de la médecine.

## Sommaire

Introduction : .....	12
Partie I : Théorie du raisonnement médical.....	16
I. 1 Synthèse du raisonnement médical .....	16
I. 2 Remarques concernant les étapes du raisonnement médical .....	18
I. 2. 1 Remarques concernant le motif de recours aux soins .....	18
I. 2. 2 Remarques concernant le mode de vie et les antécédents .....	18
I. 2. 3 Remarques concernant l’histoire de la maladie .....	19
I. 2. 4 Remarques concernant l’examen clinique .....	20
I. 2. 5 Remarques concernant la conclusion.....	21
I. 3 Problématique de la formalisation du raisonnement médical : sémiologie quantitative.....	25
I. 3. 1 Sémiologie quantitative et probabilités conditionnelles.....	25
I. 3. 2 Exemple de l’embolie pulmonaire et des D-dimères .....	27
Partie II : Le raisonnement médical comme Puissance de penser.....	30
II. 1 Introduction à la philosophie de Spinoza. ....	30
II.2 Proposition d’une ontologie médicale spinoziste. ....	32
II. 2. 1 De la vie à la maladie .....	32
II. 2. 2 De la maladie au raisonnement médical .....	41
II. 2. 3 Définition d’une axiomatique de la pensée médicale .....	47
II. 2. 4 Des signes aux connaissances vraies concernant le corps humain. ....	56
II. 2. 5 Des idées vraies concernant les corps humains à la Puissance de penser du raisonnement médical. ....	68
II. 2. 6 Exemple concret permettant d’aborder la problématique des idées vraies dans le raisonnement médical.....	71
Partie III : Implications concrètes dans une pratique de médecine générale.....	86
II. 1 Apports concernant la médecine en général .....	86
II. 1. 1 Recherche des connaissances vraies concernant les maladies .....	86
II. 1. 2 Prise en compte des limites imposées au raisonnement médical .....	87
II. 1. 3 La question du doute dans le raisonnement médical .....	88
II. 2 Apports concernant la médecine générale .....	88
II. 2. 1 Compétence premiers recours/urgence .....	89
II. 2. 2 Compétence éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire	90
II. 2. 3 Compétence continuité des soins, coordination des soins, suivi.....	92
II. 2. 4 Compétence relation, communication, approche centrée patient.....	92

II. 2. 5 Compétence approche globale, prise en compte de la complexité .....	92
II. 2. 6 Compétence professionnalisme .....	93
Conclusion signée : .....	94
Bibliographie.....	95

## Introduction :

Pourquoi faire une thèse de médecine avec un contenu conceptuel plus que scientifique ? Pourquoi choisir la philosophie de Spinoza pour penser la médecine alors que lui-même ne l'a que très peu pensée ? L'introduction à cette thèse doit me permettre de présenter le contexte dans lequel ces choix peuvent se justifier.

Dans un cadre spinoziste, je crois qu'il est utile de dresser un tableau du contexte dans lequel cette thèse a été rédigée d'un point de vue affectif. En effet la philosophie de Spinoza est, en partie, constituée autour de ce concept. Ici donc il faut que je présente les affections qui se sont présentées à moi, et en quoi elles répondent aux questions posées plus haut, et qui permettent de déterminer plus précisément le sens de cette thèse.

Comme le dit Canguilhem (1), on vient à la médecine non pas sans connaissance de certains concepts médicaux, mais par contre sans connaissance concrète de ce qu'est l'exercice médical. Ainsi les premiers pas dans le monde médical peuvent être considérés comme structurants dans la pensée d'un futur médecin. Les premiers pas que j'ai effectués dans une structure de soins ont eu lieu en deuxième année de médecine, lors du stage infirmier, puis, en fin de cette même année, lors du stage de sémiologie. C'est par la suite au début de mon externat, que j'ai véritablement été partie prenante de la vie d'une structure de soins. J'ai effectué mon premier stage d'externat dans le service de neuro-oncologie de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

Au cours de ce premier stage un épisode a fait advenir en moi des questions qui conduisent par la suite à la problématique de cette thèse. Lors d'un des premiers cours aux externes, organisé dans le service, un des médecins du service avait eu une phrase qui en substance signifiait ceci : « en médecine on guérit rarement, on soigne le plus souvent ». Dans le cadre de cette spécialité et en particulier de cette sur-spécialisation, cette phrase semble a posteriori assez cohérente. En oncologie il est rare que l'on guérisse, et la neurologie est réputée, même en son sein, pour être une spécialité plus contemplative

et moins curative que d'autres. Mais cette phrase avait soulevé une question : si la médecine ne guérit pas, alors quel peut-être son sens propre ? Je percevais alors la guérison comme le dépassement d'une cause (qui serait la maladie), alors que le soin serait plutôt l'aide apportée à la personne malade pour l'aider quant aux conséquences de cette maladie. On verra dans cette thèse en quoi ces conceptions pouvaient être imprécises.

Cette vision mêlait probablement plusieurs présupposés intellectuels. Le premier concerne le principe de causalité. En attachant ses efforts à la cause, à l'éviter, à la prévenir, à la dépasser, ne sommes-nous pas plus en capacité d'être « efficaces » ? Alors que s'attacher aux conséquences n'est-ce pas être moins en capacité de le faire ? Si l'on veut résoudre un problème ne vaut-il pas mieux s'attacher aux causes plutôt qu'aux conséquences ? Ces présupposés intellectuels peuvent probablement se rattacher à un *Ingenium* particulier, acquis dans un cursus scientifique et dans un contexte sociologique particulier. Mon contexte intellectuel était représenté par les matières enseignées au lycée. N'était-il pas très intéressant de comprendre les mécanismes géologiques à l'origine de telles observations concrètes ? Les principes physiques expliquant d'autres observations concrètes, la mathématisation de ces principes, ne relevaient-ils pas d'une connaissance des choses plus réelle ou plus effective que par exemple le commentaire de textes littéraires ? L'analyse de documents historiques ou géographiques et les connaissances y étant attachées n'étaient-elles pas plus liées à de l'interprétation qu'à de la déduction ? A cette époque je ne disposais pas dans mon espace intellectuel du concept de Puissance qui permettra largement de décrire ces problématiques dans d'autres termes. Le second présupposé recoupe ce qui dit Canguilhem sur les connaissances de concepts médicaux avant d'entrer dans sa formation. Les représentations de mon milieu sociologique, ainsi que celle d'œuvres artistique sur la médecine ont sans doute forgé des idées sur certains concepts médicaux. Idées que j'ai probablement réinterprétées dans mes coordonnées intellectuelles.

J'ai ensuite petit à petit appris le raisonnement clinique, les connaissances théoriques de la médecine et ai été confronté à de nombreuses situations médicales. Parallèlement j'ai commencé à découvrir

Spinoza dans un tout autre champ, celui des sciences sociales, de l'économie, de la politique. Ces deux champs de connaissances se sont développés conjointement et ont permis l'un l'autre de se rendre plus intelligibles. J'apprenais en médecine à voir les symptômes comme des conséquences de maladies. Je comprenais que mon rôle était de recueillir par l'examen clinique et par la proposition d'examens complémentaires ces éléments et de les rattacher aux étiologies. Je voyais les traitements comme le pouvoir d'agir que nous avons face à ces causes de maladies. La philosophie de Spinoza me proposait en parallèle un cadre conceptuel dans lequel cette vision des choses se comprenait plus clairement. Les Corps étaient en effet conceptualisables comme déterminés par des relations de cause à effet. Connaître les causes permettait de mieux comprendre les effets, réciproquement connaître les effets permettait de connaître les causes. Approfondir mes connaissances sur les maladies permettait de concevoir plus clairement ces enchainements de cause et d'effets. Ce point me faisait penser au concept d'idée vrai chez Spinoza. Avoir un cadre conceptuel mettant en rapport les concepts de cause d'effets me permettait de mieux trier les informations que j'apprenais par ailleurs dans le cadre de la médecine.

Je crois que je suis parvenu dans cette introduction à répondre à deux questions qui pourraient venir se poser pour le lecteur de cette thèse. Pourquoi penser la médecine ? Car celle-ci m'a fait me poser des questions. Pourquoi par Spinoza ? Car il m'a déjà aidé à commencer à éclaircir certaines de ces questions.

La philosophie de Spinoza est une philosophie large et est une métaphysique. Tous les domaines de la médecine pourraient être pensés en rapport avec les concepts spinozistes. Dans cette thèse j'ai choisi de concentrer mes efforts pour essayer de concevoir le raisonnement médical, qui se propose de partir des signes et des symptômes pour arriver aux causes, aux étiologies, aux maladies et de pouvoir proposer un pronostic et un traitement. Plus précisément j'ai été amené à concentrer mes efforts sur le raisonnement étiologique. J'ai choisi de restreindre le sujet de cette thèse à cette partie de la médecine car dans la pratique, et en particulier en médecine générale, de nombreuses problématiques



ne sont pas conceptualisables par ce mode de raisonnement. Je voulais me concentrer sur ce qui me semblait être la spécificité de la médecine : la pensée sur les maladies. Je souhaitais me concentrer sur ce sujet qui me semblait spécifique à la médecine comme pour en saisir le sens profond. Je souhaitais ainsi mieux comprendre les relations entre cette spécificité médicale et les autres problématiques qui se rapportent à un exercice médical concret. La philosophie de Spinoza me permet de penser les symptômes, les signes, les syndromes par rapport aux maladies, les effets par rapports aux causes. La médecine ne peut se cantonner à une discipline purement intellectuelle, elle se donne des « buts », des « objectifs ». La philosophie de Spinoza en tant qu'elle est une métaphysique basée sur la Puissance peut permettre de conceptualiser d'une manière plus précise ces notions.

Je me poserai donc la question dans cette thèse de savoir en quoi le raisonnement médical, et en particulier la recherche étiologique, est-il un gain de Puissance au sens spinoziste ? Et nous le verrons, cette problématique est, d'un point de vue spinoziste, équivalente à celle-ci : les idées que nous forgeons par le raisonnement médical étiologique sont-elles vraies ?

Pour pouvoir exposer ma réflexion le plus clairement possible j'ai choisi de procéder en trois parties. D'abord, j'entreprendrai de décrire ce qu'est la théorie du raisonnement médical telle qu'elle nous est enseignée dans le cursus médical. Dans un second temps je répondrai à la problématique en intercalant des définitions et des explications de concepts philosophiques. Dans un troisième temps j'aborderai les conséquences directes que mon travail peut avoir quant à une pratique concrète de la médecine.

## **Partie I : Théorie du raisonnement médical.**

### **I. 1 Synthèse du raisonnement médical**

L'exposition de la théorie du raisonnement médical que je vais faire ici est basée sur le polycopié de sémiologie (2) édité par le collège des enseignants de médecine interne.

Le raisonnement médical se décompose en plusieurs étapes que nous pouvons présenter comme suit :

- Motif (s) de recours aux soins : on s'attache à demander au patient quels sont ses motifs de consultation ou d'hospitalisation.
- Mode de vie. Cette étape contient l'interrogatoire concernant les intoxications exogène (alcool, tabac, autres toxiques), la profession, la situation familiale.
- Antécédents personnels, médicaux, chirurgicaux. Antécédents familiaux. Pour chaque antécédent il faut décrire : sa date de découverte, les modalités de sa prise en charge dont la ou les structures de soins qui ont été sollicitées. On peut inclure dans cette catégorie les allergies.
- Histoire de la maladie. Il s'agit de décrire les signes fonctionnels présentés par le patient. On peut organiser cette étape en plusieurs sous-parties : analyse du signe fonctionnel principal puis analyse des autres signes fonctionnels présentés par le patient. L'analyse d'un signe fonctionnel en général peut se réaliser de manière exhaustive selon sept critères : mode d'apparition, évolution dans le temps, intensité ou quantité, facteurs aggravants ou soulageant, localisation, qualité (dont type pour une douleur), retentissement fonctionnel sur l'activité de la personne. On peut ainsi décrire le signe fonctionnel principal puis les signes fonctionnels associés de manière exhaustive.
- Examen clinique. On considère qu'il existe 13 systèmes d'examens à savoir : pneumologique, cardio-vasculaire, neurologique, abdominal, oto-rhino-laryngologique et maxillo-facial, ophtalmologique, ostéo-articulaire, psychiatrique, dermatologique, hématologique, uro-

néphrologique, endocrinologique, gynécologique. Pour chacun de ces systèmes d'examen un certain nombre de signes fonctionnels sont associés. Pour une analyse exhaustive de la maladie d'une personne chacun d'eux devrait être recherché. Certains de ces signes auront déjà été analysés à l'étape de l'histoire de la maladie. Dans un second temps l'examen clinique s'attache à la recherche des signes cliniques pouvant être associés à chaque système d'examen. On peut structurer l'examen de chaque système en le décomposant en inspection, palpation, percussion et auscultation. Pour chaque système d'examen il peut être utile pour la suite de la démarche médicale de débiter par la recherche des signes de gravité.

- Conclusion : à la suite de l'examen clinique une conclusion doit être réalisée. Elle synthétise l'ensemble des éléments récoltés jusque-là en une à deux phrases.
- Hypothèses diagnostiques : de la synthèse effectuée auparavant, des hypothèses seront formulées. On peut proposer un système de classification des hypothèses selon la classification en système d'examen et en allant des hypothèses les plus probables aux moins probables, et pour chacune, détailler les éléments sémiologiques en faveur et en défaveur.
- Examens complémentaires : pour chaque hypothèse on se pose la question de la réalisation d'examens complémentaires. Dans le cadre d'une démarche rigoureuse il faut être en mesure d'évoquer ce que l'on attend du résultat d'un examen complémentaire dans l'évaluation de la probabilité d'une hypothèse.
- Prise en charge : on effectue à la suite des résultats des examens complémentaires, une actualisation de la probabilité de chaque hypothèse diagnostique. On réalise alors une nouvelle étape de conclusion. On peut effectuer de manière itérative la démarche de proposition d'examen complémentaires et d'adaptations des probabilités des hypothèses diagnostiques. A la suite de cette démarche diagnostique on retient une ou des hypothèses suffisamment probables et on élimine les hypothèses jugées trop improbables. En fonction des hypothèses retenues on propose une prise en charge. Cette prise en charge peut constituer en des traitements ou en leur abstention. Un suivi doit être effectué sur cette prise en charge.

Les effets de celle-ci peuvent alors faire réévaluer les hypothèses retenues et entraîner une adaptation de prise en charge.

On a donc proposé une synthèse de ce qu'est le raisonnement médical comme enseigné lors des études de médecine. On peut relever plusieurs points qui portent à développement.

## **I. 2 Remarques concernant les étapes du raisonnement médical**

### **I. 2. 1 Remarques concernant le motif de recours aux soins**

Dans un premier temps, que peut-on dire concernant le motif de consultation ou d'hospitalisation, que nous avons synthétisé sous le terme de recours aux soins ? Des premières interrogations se situent du point de vue subjectif du patient. Quels processus sont à l'œuvre pour aboutir à la démarche de recourir à une structure de soins ? Comment ces processus aboutissent à l'expression d'un ou de plusieurs motifs de recours ? Quelle structure de soins sera sollicitée et pourquoi ? Le motif de recours sera-t-il analysé de la même manière dans chacune de ses structures ?

Un motif de recours peut ne pas être un signe fonctionnel. Il peut donc ne pas y avoir de signes fonctionnels dans le motif de consultation. Ceci peut se produire lors des procédures de préventions ou lors de la découverte d'anomalies sur des examens complémentaires sans association à des symptômes. On peut également considérer des anomalies sur un examen sans rapport avec un symptôme même si le patient en présente un ou plusieurs. Ici se pose la question de la différence entre association et causalité ce qui sera développé dans la deuxième partie.

### **I. 2. 2 Remarques concernant le mode de vie et les antécédents**

En ce qui concerne le mode de vie et les antécédents on peut faire quelques remarques. On peut proposer de rassembler ces deux éléments sous la notion de contexte. En effet il s'agit d'obtenir des informations quant à l'environnement de vie du patient (mode de vie) et quant à son passé médical (antécédents). Ces étapes, s'il on veut être réellement exhaustif, peuvent être longues. On peut

effectivement considérer pour chaque antécédent une étude critique de celui-ci. Comment a été porté tel ou tel diagnostic ? Quelle prise en charge a alors été effectuée ? Ces étapes ont-elles été correctement effectuées selon un point de vue actuel ou selon le point de vue de la situation contemporaine de l'antécédent ? Il existe également une limite dans l'analyse des antécédents selon comment ils sont rapportés. Il peut y avoir des erreurs ou des oublis dans la restitution des antécédents par le patient. Un exemple fréquent est celui de l'allergie à un traitement qui peut être confondu avec un effet indésirable.

### **I. 2. 3 Remarques concernant l'histoire de la maladie**

Que peut-on dire que l'étape de l'histoire de la maladie ? D'abord une question se pose quant au choix du signe fonctionnel principal et celui des signes fonctionnels associés. Plusieurs possibilités peuvent effectivement se produire. Le signe fonctionnel principal peut être le motif de recours lorsqu'il est unique. S'il existe plusieurs motifs de recours comment décider du signe qui est principal par rapport aux autres ? Un patient peut spontanément mettre en avant un signe fonctionnel. On peut également lui proposer de le faire en le lui demandant « qu'est-ce qui vous gêne le plus ? ». La question qui se pose ici est de savoir s'il y a une importance à établir une distinction entre signe fonctionnel principal et signes associés. Du point de vue de la démarche du médecin, en tant que celle-ci suppose une analyse également exhaustive de chacun des signes fonctionnels, il ne devrait pas y avoir de différence. On peut même considérer que cette catégorisation est postérieure à la démarche médicale dans certains cas. Cela est le cas par exemple lors de la restitution de celle-ci par écrit ou oral et dans son partage via par exemple la forme de l'observation médicale.

Il faut préciser, concernant la caractérisation des signes fonctionnels que certains critères d'analyse évoqués ne peuvent s'appliquer à certains signes fonctionnels. Par exemple on ne peut pas rechercher le critère de la localisation dans l'analyse d'une toux. En fait ce critère s'applique principalement à la douleur. D'autres critères peuvent s'appliquer à tous les signes fonctionnels comme le mode de début, l'évolution, les facteurs modulateurs, l'intensité ou la quantité, le retentissement fonctionnel. Le

critère de la qualité s'applique en premier lieu à la douleur. Il ne peut s'appliquer à certains signes fonctionnels. Par exemple les signes fonctionnels concernant une hémorragie peuvent être décrits sans utiliser ce critère. Une question se pose quant à la nature du concept de signe fonctionnel. Comment pourrait-on définir un signe fonctionnel ? Quelles propriétés lui sont attachées ? Ces questions seront abordées dans la deuxième partie de cette thèse.

#### **I. 2. 4 Remarques concernant l'examen clinique**

L'examen clinique peut donc se décomposer selon les treize systèmes d'examens. Il faut noter que le système psychiatrique s'évalue principalement par les signes fonctionnels qui y sont rattachés. La conception de l'examen clinique comme décomposable en quatre temps est questionnable. Dans quelle catégorie pourraient être rangées les manœuvres que l'on utilise en neurologie par exemple ? Dans cette thèse on considérera que celles-ci font partie de la catégorie « inspection ». Plus largement toutes les manœuvres utilisées en médecine peuvent se classer dans les catégories inspection ou palpation. On peut se poser également la question de savoir dans quel cadre les paramètres vitaux peuvent être récoltés. Il existe un nombre limité de paramètres vitaux (température, fréquence cardiaque, tension, saturation, fréquence respiratoire, diurèse, poids, taille, périmètre crânien en pédiatrie). On peut également penser à la glycémie. Dans cette thèse nous considérerons que celle-ci fait partie des examens complémentaires. On peut justifier cela si l'on considère que la glycémie est une valeur obtenue par l'intermédiaire d'outils et pas par les seuls sens de l'examineur. On peut donc classer les paramètres vitaux soit dans des systèmes d'examens différents, soit les regrouper dans un même ensemble, que l'on peut présenter comme introduction au reste de l'examen clinique. Nous retiendrons cette dernière optique.

Dans une observation médicale, les examens de certains systèmes ne sont habituellement pas présentés selon le modèle inspection, palpation, percussion et auscultation. En neurologie par exemple on préfère détailler l'examen comme suit :

- Etat de conscience (évalué par le score de Glasgow)
- Analyse des nerfs crâniens.
- Examen de la sensibilité et de la motricité.
- Recherche d'un syndrome cérébelleux
- Recherche d'un syndrome vestibulaire
- Examen des fonctions supérieures (recherche de troubles cognitifs)
- Examen des réflexes (ostéo-tendineux ou à départ cutané)
- Analyse de la marche

Cette optique repose sur une distinction de certaines fonctions du corps humain. Cette distinction des fonctions du corps humain se base sur les connaissances physiologiques ou physiopathologiques. Ce point sera problématisé et analysé conceptuellement dans la deuxième partie de la thèse. On peut également donner en exemple de ce point l'examen rhumatologique qui va classer les données d'examen d'un point de vue anatomique, chaque segment de l'appareil locomoteur sera analysé séquentiellement. Cette façon de procéder à l'examen et/ou de le restituer peut se nommer sémiologie analytique.

### **I. 2. 5 Remarques concernant la conclusion**

L'étape de la conclusion constitue, comme cela est dit plus haut, en une synthèse. Dans la mesure où l'on souhaite conceptualiser la démarche médicale, ce point sera au cœur de la problématique. Il s'agit en fait de discuter le terme de synthèse d'un point de vue conceptuel. La définition usuelle de la synthèse est « Opération intellectuelle par laquelle on réunit en un tout cohérent, structuré et homogène divers éléments de connaissance concernant un domaine particulier » (3). Ici le domaine dont on parle est le corps de la personne qui sollicite des soins. Il s'agira de se questionner sur les termes « d'opération intellectuelle », de « tout cohérent, structuré et homogène » et de conceptualiser leurs rapports. Ce point sera largement analysé conceptuellement dans la deuxième partie.

A la suite de cette synthèse nous avons dit que des hypothèses seront proposées. Il s'agit d'hypothèses étiologiques. Un exemple de synthèse initiale simple peut être : dyspnée aiguë fébrile chez un patient de 84 ans (présentant tels ou tels antécédents) avec présence de crépitation en base pulmonaire droite.

Devant cette synthèse on peut proposer ces hypothèses diagnostiques :

- Pneumopathie
  - o Infectieuse bactérienne
  - o Infectieuse virale
  - o Interstitielle (auto-immune, paranéoplasique)
- Œdème aiguë du poumon (OAP)
- Embolie pulmonaire

On voit ici que de la synthèse découle des étiologies différentes. De plus dans cet exemple les hypothèses d'œdème pulmonaire et d'embolie pulmonaire sont très improbables. On les rapporte en fait ici uniquement à titre théorique pour montrer un exemple d'hypothèses peu probables. Qu'est-ce qui permet ici de dire que l'hypothèse d'OAP et celle de l'embolie pulmonaire sont si improbables ? Le raisonnement médical associé à une synthèse, et notamment à certains éléments d'une synthèse, des étiologies. Ces différents éléments de la synthèse peuvent se définir comme des syndromes. Les syndromes sont des associations de signes et de symptômes. Dans notre exemple la dyspnée est un signe fonctionnel. Par contre le cadre dyspnée aiguë fébrile est un syndrome en tant qu'il consiste en une association de plusieurs signes ou symptômes. Les connaissances médicales apprises rapportent l'association entre des signes, symptômes ou syndromes et des étiologies. La dyspnée est associée à un certain nombre d'étiologies. Certaines de ces étiologies sont en cohérence ou en incohérence avec les autres éléments cliniques de l'examen. Ici la caractéristique fébrile de la dyspnée semble être incohérente avec les hypothèses d'OAP et d'embolie pulmonaire. Le caractère unilatéral de la présence de crépitations est incohérent avec le diagnostic d'OAP. Ce caractère de cohérence est un des éléments qui sera particulièrement essentiel dans l'analyse que nous réaliserons dans la deuxième partie de la



thèse. Nous allons juste donner une justification de l'incohérence semblable de l'association possible entre « crépitants en base droite » et OAP. Un des moyens que le raisonnement médical met à disposition pour ce faire va être de se référer à la physiopathologie. Un OAP est relié à une augmentation de la pression hydrostatique intra-vasculaire (4). Dans l'insuffisance cardiaque gauche cette augmentation de pression au niveau pulmonaire entraîne un passage du contenu intra-vasculaire dans le parenchyme pulmonaire. Dans ce cadre théorique il semble donc improbable que ce phénomène se produise de manière localisée dans le poumon. Pourquoi peut-on donc, en théorie l'évoquer ? On peut supposer l'existence de conditions dans lesquelles une partie du poumon ne serait pas touchée. Par ailleurs on peut raisonner en partant du principe que l'absence de crépitant en base gauche est incertaine en considérant que l'examen clinique n'est pas parfaitement fiable. Donc l'association OAP et crépitants en base droite semble incohérente mais on peut imaginer des hypothèses dans lesquelles cette association est possible. Nous analyserons conceptuellement ce genre de raisonnement dans la deuxième partie de notre travail.

Chaque élément de la synthèse peut faire évoquer une ou plusieurs hypothèses. Une dyspnée aigue fait évoquer d'autres hypothèses que celles mentionnées. Le fait qu'elle soit fébrile écarte certaines causes par exemple le pneumothorax. Des causes comme des atteintes pariétales ou neuromusculaires sont également défavorisées par cet élément. L'élément « présence de crépitant en base droite » resserre encore plus les hypothèses. Avec ce critère on peut écarter les hypothèses suivantes : pneumothorax, atteintes pariétales ou neuromusculaires, asthme, BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive). D'une manière purement analytique il faut remarquer ici que la démarche la plus économe en calculs serait d'ouvrir un catalogue d'hypothèse le plus réduit possible initialement, puis de combiner avec les autres éléments pour converger vers les hypothèses communes à tous les ensembles retenus dans la synthèse. Ici, l'élément qui peut être causé par le plus petit éventail de causes semble être la présence de crépitant en base droite.

Dans la pratique courante, nous raisonnons en fait le plus souvent sous forme d'arbres décisionnels. Ici je vais reproduire celui de la détresse respiratoire aiguë, qui du point de vue du collègue des enseignants en pneumologie (5), se superpose à celui de la dyspnée aiguë. L'exemple présenté ici est en fait plus adapté à une situation de réanimation et de prise en charge urgente. En effet en ambulatoire, devant une dyspnée aiguë, nous ne reportons pas l'émission d'hypothèses diagnostiques après la réalisation d'une radiographie de thorax. De même concrètement en médecine de premier recours hospitalière, c'est-à-dire aux urgences, le patient sera examiné dans un premier temps et le praticien ne manquera pas d'émettre ses hypothèses même avant de réaliser des examens complémentaires. Dans une ancienne version de ce même collègue on trouvait une proposition d'algorithme pour la dyspnée aiguë avec comme premier élément discriminant la présence ou non d'anomalie auscultatoire.

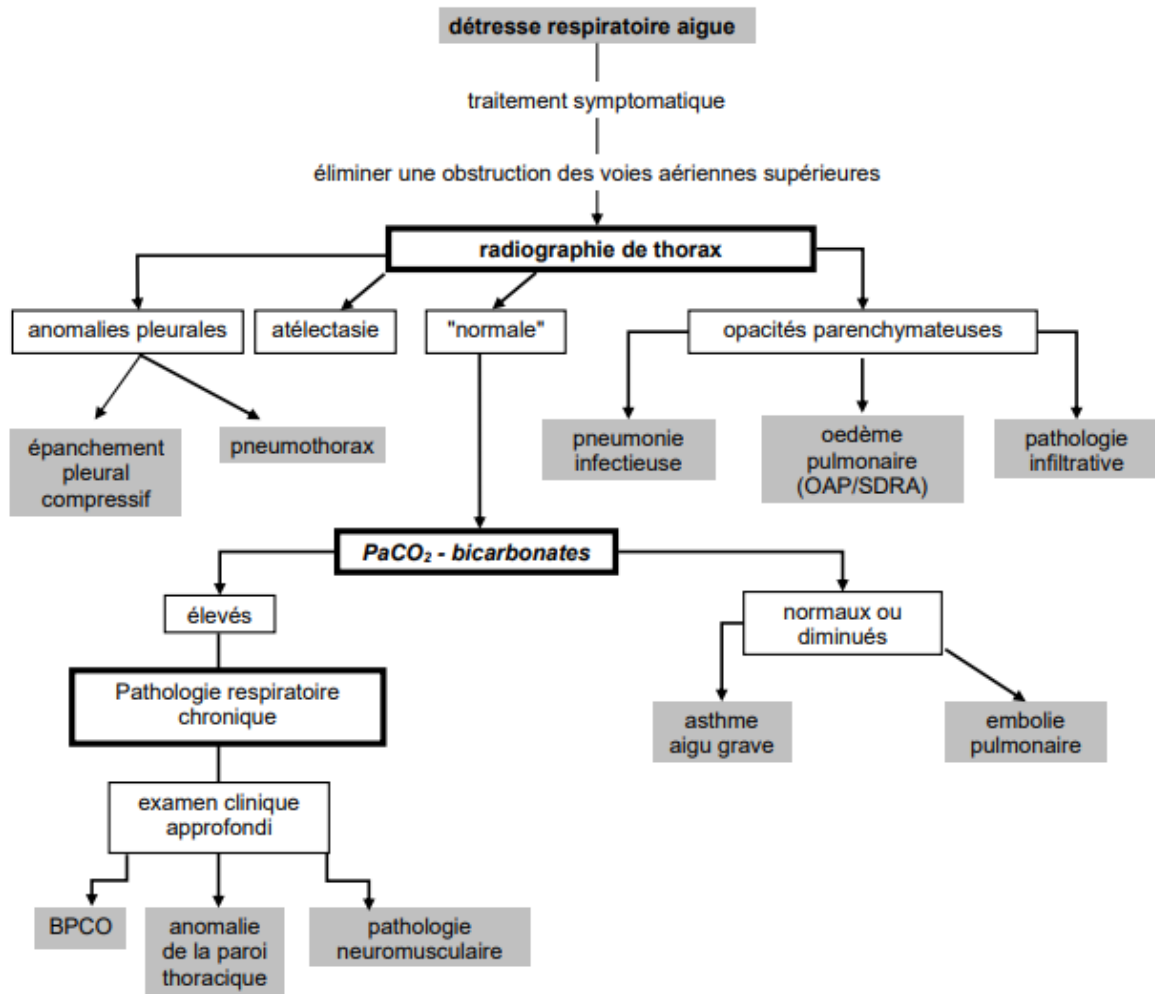


Figure 1 : Algorithme diagnostique face à une détresse respiratoire aigüe (5)

Donc chaque élément de la synthèse est un signe fonctionnel (éventuellement associé à ses caractéristiques) et/ou d'examen, et/ou un ou des éléments de contexte. On peut se demander pour chacun de ces éléments à quel point il est certain. De même on peut se demander si l'absence d'un élément non-mentionné (en supposant que la démarche diagnostique ait effectivement été réalisée de manière exhaustive) est une exclusion certaine.

### **I. 3 Problématique de la formalisation du raisonnement médical : sémiologie quantitative.**

#### **I. 3. 1 Sémiologie quantitative et probabilités conditionnelles**

La formalisation de ce point de vue repose sur la sémiologie quantitative. Celle-ci repose sur une conception mathématique (6). Elle considère qu'un signe peut se retrouver chez des malades et des

non-malades et l'absence de ce même signe peut également se retrouver chez les malades et les non-malades. Ces éléments sont formalisés selon les notations des probabilités conditionnelles. On définit alors la sensibilité et la spécificité. La sensibilité est la probabilité d'avoir le signe sachant qu'on est malade et la spécificité est la probabilité de ne pas avoir le signe sachant qu'on n'est pas malade ( $Se = P(S/M)$  ;  $Sp = P(\bar{S}/\bar{M})$  )

On peut également définir la valeur prédictive positive comme la probabilité d'être malade sachant qu'on présente le signe et la valeur prédictive négative comme la probabilité de ne pas être malade sachant qu'on ne présente pas le signe (respectivement  $VPP = P(M/S)$  et  $VPN = P(\bar{M}/\bar{S})$  )

On peut également définir d'autres indicateurs vis-à-vis d'un test. Les rapports de vraisemblance positifs et négatifs d'un test se définissent comme les rapports entre la probabilité d'être positif à un test (respectivement négatif) sachant que le patient est malade par rapport à la probabilité d'être positif à un test (respectivement négatif) sachant que le patient est non-malade. En formule cela donne :

$$RVP = \frac{P(T/M)}{P(T/\bar{M})} = \frac{Se}{1-Sp}$$

$$RVN = \frac{P(\bar{T}/M)}{P(\bar{T}/\bar{M})} = \frac{1-Se}{Sp}$$

On peut définir les cotes (odds en anglais) d'être malade pour un test positif soit  $c+$  (respectivement négatif, soit  $c-$ ) comme les rapports entre la probabilité d'être malade sachant qu'on est testé positif (respectivement négatif) et celle d'être non-malade sachant qu'on est testé positif (respectivement négatif). Et en formules :

$$c+ = \frac{P(M/T)}{P(\bar{M}/T)} = \frac{Se}{1-Sp} * \frac{P(M)}{1-P(M)}$$

$$c- = \frac{P(M/\bar{T})}{P(\bar{M}/\bar{T})} = \frac{1-Se}{Sp} * \frac{P(M)}{1-P(M)}$$

Les concepts de cote et de rapports de vraisemblance permettent de mettre en lien la prévalence (ou probabilité pré-test) et la probabilité post-test d'une maladie. Il existe une représentation graphique appelée nomogramme de Fagan de ceci qui permet d'obtenir rapidement la probabilité post-test d'une maladie. On rapporte ici simplement les formules permettant de faire le lien entre probabilité ( $p$ ) et cote ( $c$ ) pour plus d'exhaustivité :  $p = \frac{c}{c+1}$  ;  $c = \frac{p}{1-p}$

On peut également proposer une formalisation mathématique en cas de test qui ne donne pas de résultat discret mais continu. C'est le cas par exemple en cas de dosage sanguin ou le résultat est rendu de manière chiffrée.

### **I. 3. 2 Exemple de l'embolie pulmonaire et des D-dimères**

Cette présentation de la sémiologie quantitative participe de ce qu'on appelle l'EBM : Evidence Based Medicine. Dans la pratique on n'opère habituellement pas le diagnostic selon cette démarche. Prenons un exemple souvent utilisé pour parler de sensibilité et de valeur prédictive négative. Imaginons une personne se présentant en consultation de médecine générale ou aux urgences pour une douleur thoracique. Pour utiliser la démarche quantitative nous devrions nous poser la question de savoir quelles maladies peuvent se présenter selon le signe fonctionnel de la douleur thoracique : ce sont les étiologies de la douleur thoracique. On reconnaît donc les causes cardio-vasculaires : péricardite, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde, dissection aortique. Il existe également des causes pneumologiques : pneumopathie, épanchement pleural ; des causes ostéo-articulaires : traumatisme thoracique, dorsalgie et/ou radiculopathie associée ; des causes abdominales avec des douleurs projetées, on peut notamment évoquer : ulcère, reflux gastro-oesophagien, colite, appendicite sous-hépatique et plus largement toutes cause de douleur abdominale pouvant toucher les cadrans hypocondre droit, gauche et épigastrique (dont certaines causes gynécologiques et urologiques) ; des causes psychiatriques : anxiété. La démarche en termes de probabilité conditionnelle consisterait à évaluer la probabilité de chacune des étiologies. Il faudrait connaître en population générale les probabilités de chaque maladie lorsqu'on présente une douleur thoracique. Il faut noter ici que cette

probabilité est aussi conditionnelle. Par l'examen clinique on évalue la présence ou l'absence de certains signes, en théorie de manière systématique. Pour chaque maladie on peut évaluer les qualités d'un signe pour éliminer ou favoriser une hypothèse. A l'issue de l'examen clinique on peut donc actualiser les probabilités de chaque maladie sachant la présence ou l'absence de certains signes. On pourrait définir pour chaque étiologie des seuils de probabilité qui définiraient la nécessité de réaliser certains examens complémentaires en particulier, et d'autres au-delà desquels un traitement serait indiqué. En pratique on n'effectue jamais cette démarche probabiliste de manière exhaustive.

Pour approfondir l'exemple il faut évoquer le cas d'un examen complémentaire et le rapport avec ses valeurs de sensibilité et spécificité. Dans le cas de la douleur thoracique on parle souvent des D-dimères (5). Les D-dimères ont une sensibilité élevée mais une spécificité faible (donc une VPN élevée et une VPP basse). Dans la pratique on peut utiliser le concept de la probabilité pré-test. Le score de Genève modifié (5) sert à évaluer la probabilité pré-test de l'embolie pulmonaire. Si celle-ci est faible le dosage des D-dimères est recommandé, dans le cas contraire le scanner thoracique injecté est indiqué. Le diagnostic sera éliminé si la probabilité pré-test est faible et que les D-dimères sont négatifs et il sera posé si le scanner thoracique injecté retrouve un embole dans la circulation artérielle pulmonaire. On voit ici que nous parlons d'éliminer et de poser un diagnostic ce qui est impropre, d'un point de vue probabiliste, hormis les cas où la probabilité est de 0 ou de 1. Dans le cas d'un angioscanner thoracique retrouvant un defect dans le système artériel pulmonaire on peut considérer que la probabilité d'embolie pulmonaire est de 1. Par contre une douleur thoracique avec probabilité pré-test faible et des D-dimères négatifs n'entraîne pas une probabilité d'embolie pulmonaire nulle.

On voit donc qu'il faudrait pour avoir une démarche entièrement fondée sur les probabilités conditionnelles, évaluer les probabilités pré-test (ou post-clinique) de chaque étiologie et de décider selon quels seuils de probabilité quels examens doivent être réalisés. Le fait que, pour une douleur thoracique on se pose en particulier la question de l'embolie pulmonaire, est dû à des éléments spécifiques à cette étiologie. L'embolie pulmonaire ne présente pas de sémiologie très sensible ou

spécifique, le diagnostic est potentiellement grave et nécessite qu'on puisse l'éliminer avec un haut degré de probabilité. Cela n'est pas le cas par exemple avec un syndrome coronarien aigu ou une pneumopathie qui ont une clinique plus sensible et spécifique.

Nous avons donc dans cette partie, présenté ce en quoi constituait le raisonnement médical. Nous avons développé certains points. Certains d'entre eux ont fait soulever des problématiques. Nous traiterons de celles qui rentrent dans le cadre de la problématique générale de notre thèse. D'autres nous permettent de préciser, avant une discussion plus poussée, le cadre conceptuel classique dans lequel se décrit le raisonnement médical, et notamment la recherche d'étiologies.

## **Partie II : Le raisonnement médical comme Puissance de penser.**

Nous allons commencer cette deuxième partie par une courte mise en contexte de la philosophie de Spinoza. Puis nous allons commencer la discussion concernant notre problématique.

### **II. 1 Introduction à la philosophie de Spinoza.**

La philosophie de Spinoza est exposée dans plusieurs œuvres dont les principales sont : Le traité théologico-politique (7), le Traité de la réforme de l'entendement (8) et la plus connue, l'Éthique( 9). On retrouve également l'explication de certains de ses concepts dans les correspondances (10).

L'œuvre de Spinoza a été particulièrement influencée par les conditions historiques et socioculturelles dans lesquelles elle a été produite. Commençons par certains points biographiques. Spinoza est issu d'une famille juive d'origine portugaise ayant émigré aux Provinces-Unies (actuels Pays-Bas) lors de l'inquisition ibérique, au XV<sup>ème</sup> siècle (11)(12). Spinoza naît en 1632 à Amsterdam et meurt en 1677 de la tuberculose. A cette époque à Amsterdam la religion juive est ouvertement tolérée. Spinoza reçoit une éducation dans le cadre de celle-ci. Il se met à travailler dans les activités commerciales en reprenant les activités familiales à la suite du décès de son père en 1654. Il se rapproche d'un ancien jésuite, Franciscus van den Enden, et aurait étudié à l'école latine que celui-ci aurait créée. En 1656 il est l'objet d'un herem (équivalent d'une excommunication dans l'église catholique). Selon les historiens ce herem est d'une particulière fermeté et sévérité. Ainsi il est prononcé à vie, contrairement à l'habitude. Les motifs exacts ne sont pas dévoilés. Le texte de celui-ci est rapporté en annexe. L'hypothèse principale serait que Spinoza tenait des propos remettant en cause les principes de la religion juive. Un argument en faveur de cette hypothèse consiste dans le fait que Franciscus van den Enden est lui aussi considéré comme ayant une pensée basée sur la remise en question de principes religieux (catholiques pour sa part). Un autre argument consiste en une interprétation de son traité théologico-politique.



Spinoza travaille alors dans le polissage de lentilles pour lunettes et microscopes. Il développe dans ce temps ses thèses et concepts philosophiques. Son œuvre majeure, l’Ethique, est imprimée seulement après sa mort. Le traité théologico-politique est publié en 1670 sous couvert d’anonymat et rencontre de vives critiques. On voit donc que la pensée de Spinoza s’inscrit dans un cadre culturel et politique particulier. Ainsi on peut la considérer comme liée à une position critique de principes religieux monothéistes. Il faut également considérer que les idées de Spinoza étaient réprimées dans sa société contemporaine. A ce titre on peut considérer que Spinoza fait partie des philosophes dits « hérétiques ». Ainsi l’œuvre de Spinoza peut être lue en considérant que certains propos ont pu être rédigés d’une manière plus édulcorée que sa pensée ne pouvait l’être réellement. Ainsi une interprétation possible de sa philosophie est de proposer que Spinoza développe une position athée.

Sur le plan philosophique d’autres éléments de contexte semblent importants. La philosophie de Spinoza peut s’inscrire dans le cadre des philosophies rationalistes. On peut citer comme principaux autres auteurs de ce courant Descartes, Leibniz, et plus postérieurement Hegel ou Kant. Mais la philosophie de Spinoza se sépare du cartésianisme par plusieurs optiques.

La philosophie de Spinoza peut être considérée comme une métaphysique. On peut définir le terme métaphysique comme : « Science de l’être en tant qu’être recherche et études des premiers principes et des causes premières, connaissance rationnelles des réalités transcendantes et des choses en elles-mêmes » (13). A ce titre elle apporte des concepts extrêmement généraux. L’œuvre qui en premier lieu développe cette métaphysique est l’Ethique (9). Elle est organisée de manière démonstrative. Elle a pour ambition de démontrer logiquement, à partir de certains postulats, certains principes métaphysiques. Dans la suite de cette thèse nous allons tenter de définir et d’explicitier certains concepts de cette philosophie quand cela sera nécessaire dans notre discussion.

## **II.2 Proposition d'une ontologie médicale spinoziste.**

Je vais débiter cette deuxième partie en tentant de proposer une vision ontologique de ce qu'est la médecine. L'ontologie est, en philosophie, une conception de ce qui est de manière générale. Etymologiquement ce terme vient du grec *ontos*, qui signifie étant, et de *logos*, qui signifie le discours (14). Il s'agit de proposer, à la manière de Spinoza dans la première partie de l'Éthique, une définition de ce qu'est la médecine dans le cadre conceptuel spinoziste. Pour ce faire nous allons commencer à rechercher une définition de la maladie. Nous étudierons ensuite la médecine en rapport avec ce concept. Puis, une fois atteinte la définition proposée nous devons proposer une définition de l'élément de la médecine qui nous intéresse ici, à savoir le raisonnement médical tel qu'il a été décrit dans la Partie I. Enfin, ayant abouti à une conception ontologique de ce que peut-être le raisonnement médical dans un cadre spinoziste, nous discuterons en quoi celui-ci peut-être considéré comme puissant.

### **II. 2. 1 De la vie à la maladie**

#### **II. 2. 1. a Définition du concept de norme biologique**

La démarche médicale débute lors de la reconnaissance d'une situation anormale. Ici on comprendra anormal selon la conception de Canguilhem, c'est-à-dire, comme modification de la normativité biologique d'un individu. Le concept de norme biologique est proposé par Canguilhem dans sa thèse (1) : le normal et le pathologique. Il propose une conception du normal non pas comme une catégorie matérielle, non plus comme une norme d'un point de vue statistique. Il propose une définition du concept de norme du point de vue du vivant. Il discute du concept de norme d'un point de vue matérialiste en s'appuyant sur la physiologie et la physiopathologie. Il considère que ces disciplines peuvent effectivement établir des normes mais que celles-ci ne sont pas identiques à la conception de normal dans le cadre d'une démarche médicale. De même, selon lui, un point de vue statistique ne peut rendre compte de la norme du point de vue médical. C'est ainsi que Canguilhem se place dans une vision du vivant, donc biologique. Il considère que le vivant est en soi, un processus de production

de normes. Cela veut dire qu'un organisme vivant fonctionne en forgeant des normes propres, dont les structurations sont maintenues, en homéostasie, selon certains mécanismes. On peut ici proposer qu'une cellule, qu'un processus métabolique, qu'une régulation d'un paramètre biologique sont autant de normes biologiques du point de vue de ce concept. Cette conception se base sur une vision du vivant comme dynamique. En effet fonctionner selon une production de normes biologiques c'est en soi être dynamique. Dynamique dans la mesure où on se normalise. C'est de là que Canguilhem va définir ce qu'est le pathologique. Le pathologique ce n'est pas une modification d'une valeur sur un examen biologique, un symptôme, un signe clinique, une anomalie morphologique. Le pathologique ce n'est pas une anomalie. Le pathologique c'est pour un être vivant être dans une autre norme biologique. Le pathologique est une norme biologique alternative.

#### II. 2. 1. b Exemple du diabète. Qu'en est-il du pathologique dans le diabète ?

On peut imaginer plusieurs exemples à conceptualiser sous la philosophie de Canguilhem. Prenons en premier lieu celui du diabète. Il s'agit d'un exemple souvent pris par Canguilhem lui-même. Cela peut s'expliquer par le fait que les travaux de Claude Bernard (sur lesquels Canguilhem prend exemple dans sa thèse) ont permis d'expliquer les mécanismes de la régulation glycémique et du diabète. Ainsi Canguilhem propose un exemple qui est rendu très intelligible par les concepts de la physiologie et de la physiopathologie. Du point de vue des normes biologiques, comment peut-on concevoir le diabète ? Le diabète se définit comme une glycémie à jeun supérieur à 1,26 g/L deux fois de suite ou par une glycémie supérieure à 2 g/L associée à des signes de diabète (amaigrissement, polyuro-polydipsie, asthénie) (15). La sortie de la normalité de la régulation glycémique entraîne l'entrée dans la définition du diabète. Mais selon Canguilhem, le pathologique ce n'est pas l'anormal en soi, le pathologique c'est une norme biologique alternative. Le pathologique au sens de Canguilhem n'est donc pas la présence d'une hyperglycémie. On peut se demander si la présence des signes suscités pourrait constituer le pathologique. Le syndrome polyuro-polydipsique s'explique par l'augmentation de l'osmolarité sanguine. Les capacités de réabsorption du glucose au niveau rénal sont dépassées. Cela entraîne donc

un appel d'eau dans le secteur urinaire (diurèse osmotique) qui conduit à une augmentation de la diurèse (polyurie) ainsi qu'à une déshydratation et donc à une polydipsie. L'amaigrissement peut s'expliquer par la néoglucogenèse et la lipolyse secondaire à la carence en insuline. L'asthénie peut s'expliquer par la diminution de la consommation de glucose, notamment au niveau central. Est-ce-que donc ces symptômes consistent en une norme biologique alternative ? Cela peut s'accorder si on se place d'un point de vue intrinsèque au corps humain concerné. En effet le corps humain considéré ainsi va fonctionner d'une manière alternative, ses différentes fonctions vont s'adapter à la modification de la glycémie. Il va se structurer d'une manière autre que lorsqu'il n'était pas diabétique. En cela on peut le considérer comme étant dans une norme biologique alternative. Cependant, on peut également se dire que cela n'épuise pas la catégorie de norme biologique alternative dès lors qu'on envisage une personne présentant ces anomalies dans ses rapports avec l'extérieur (environnement social entre autres), c'est-à-dire d'un point de vue extrinsèque.

Ainsi imaginons une personne en dehors de tout contexte social, l'évolution naturelle du diabète peut conduire à une acidocétose diabétique et sans prise en charge médicale, au décès de la personne. Maintenant replaçons cette personne dans notre contexte social présent. On peut imaginer que cette même personne ressentant ces symptômes, les perçoive comme des anomalies. Les rattachant à son corps il pourra former l'idée qu'il puisse s'agir d'une problématique médicale. Se faisant il pourra se rapprocher d'un médecin, ou de toute structure de soin. On peut imaginer des variations dans cette situation à plusieurs niveaux. La personne considérée pourrait ne pas être sensible à ces symptômes, ou ne pas les conscientiser. Elle pourrait même si elle le faisait ne pas les rattacher à une manifestation de son corps. Enfin les rattachant à son corps cette personne pourrait cependant ne pas solliciter une structure de soin. De ce point de vue la norme biologique de la personne diabétique se conçoit sur un plan social. On peut donc proposer que les normes biologiques d'une personne diabétique se conçoivent intrinsèquement (pour elle-même et par elle-même) mais aussi extrinsèquement (liée à son environnement). Le fait pathologique ici n'est donc pas seulement la modification du

comportement intrinsèque du corps mais également son comportement extrinsèque et son rapport avec son environnement.

Donc ce que conceptualise Canguilhem c'est que : ce qui caractérise le vivant c'est le fait d'être organisé en normes biologiques et d'être normatif en lui-même pour y parvenir. Ainsi le pathologique est la modification de ces normes biologiques par une normalisation alternative.

On voit donc ici que la définition du fait pathologique dépend du point de vue. Du point de vue de la cellule, une norme biologique alternative va être mise en place. Les cellules plongées dans un milieu d'hyperglycémie vont s'adapter et selon leur fonctionnement habituel vont adopter des comportements différenciés. Mais ce ne sont pas les cellules qui causent l'initiation de la démarche médicale. Celle-ci débute lorsqu'un membre du corps médical rentre en contact avec un organisme (humain pour la médecine donc) qui se perçoit comme pathologique, qui est présenté comme pathologique, ou que le médecin perçoit comme pathologique.

#### II. 2. 1. c Du concept de norme biologique à la philosophie de Spinoza

La conception de norme biologique comme un phénomène dynamique, et positif, au sens philosophique, ainsi que la compréhension d'un organisme biologique comme en relation avec son environnement permet de faire le lien avec la philosophie de Spinoza. Voyons comment.

C'est ici le moment d'introduire certains concepts de la philosophie de Spinoza.

En effet, la philosophie de Spinoza se base sur une métaphysique dynamique. Explicitons ce point. Il convient en premier lieu de dire que le principe métaphysique qui est à la base de la philosophie de Spinoza est le concept de Dieu. La définition de ce concept est ci-dessous.

**Deus sive Natura** : Dieu ou la Nature, c'est une Substance unique et infinie.

Le terme Substance est défini par Spinoza comme ce qui est « conçu en soi et par soi » (Ethique Partie I Définition III). Il s'agit d'un terme classique à partir de la philosophie Aristotélicienne et dans la

philosophie rationaliste entre autres. La définition de Spinoza ne diffère pas de la définition classique de la Substance. On peut considérer la Substance comme quelque chose qui n'a pas besoin d'autre chose pour être conçue. Par la suite, dans la première partie de l'Éthique, Spinoza montre qu'une Substance existe nécessairement, qu'elle doit être infinie et unique et dit que celle-ci ne peut être différente de Dieu. La correspondance entre la notion de Dieu et la notion de la Nature n'est pas clairement exprimée par Spinoza. Cependant on considère que son expression « *Deus sive natura* » atteste de cette correspondance. « Sive » est en effet un mot qui peut se traduire par « soit » ou « ou ». Le contexte dans lequel écrit Spinoza peut expliquer le manque de clarté de ce point. Dans une de ses correspondances (lettre VIII à Oldenburg) (10), il évoque la question. Il affirme que ceux qui l'accusent de confondre Dieu et la Nature, se trompent. Mais il ajoute « ils [ses adversaires] entendent par Nature une certaine masse ou la matière corporelle ». Effectivement de ce point de vue il semble contradictoire de pouvoir identifier la Nature au concept spinoziste de Dieu. En revanche, si l'on considère la Nature comme l'unique Substance infinie, cette correspondance peut se justifier. Dans cette thèse nous considérerons comme admis que les termes Dieu et Nature sont égaux. Nous considérerons également le terme Univers comme un synonyme, que Spinoza utilise également dans ses correspondances. C'est ainsi que l'on parle de la philosophie de Spinoza comme un Monisme. La Substance unique et infinie est le plus grand ensemble, dans laquelle toute chose est incluse.

De plus, tout corps se conçoit comme un mode de cette unique substance. Voici la définition spinoziste du corps et quelques explications la concernant.

**Corps** : « mode qui exprime de façon certaine et déterminée l'essence de Dieu » sous l'attribut de l'étendu. (Éthique partie II, Définition I)

Il nécessite donc de définir le concept de mode pour bien comprendre celui de corps.

**Une mode est** : « une affection de la substance, autrement dit, ce qui est en et par autre chose, et ce par quoi il est ainsi conçu » (Éthique Partie I, Définition V). On peut le considérer comme une façon d'être de la substance. L'analogie la plus simple pour appréhender ce concept est de concevoir la

substance comme un tout et un mode comme une partie de ce tout. La définition littérale du concept dans l'œuvre de Spinoza est complexe. Cette définition part de la notion de fini. Puisque tout est dans la substance, unique et infinie, qui se décline en une infinité d'attributs, alors ce qui est fini est aussi « en et par autre chose » (dont dans ces choses infinies). Une façon de se représenter ces concepts est de les voir comme des ensembles. Ce concept concentre en lui une grande part de la métaphysique spinoziste, ce qui explique que son explication précise et synthétique soit complexe. Nous noterons une propriété importante : du point de vue spinoziste, puisque la substance est unique, la définition d'un mode peut s'appliquer en théorie à toutes les choses dont nous pouvons former des concepts.

Cette métaphysique permet donc de penser un corps comme nécessairement en interaction avec son environnement. Ces interactions peuvent se décrire selon le concept d'affect (ou affections). Ce concept n'est pas défini dans le texte de Spinoza notamment dans l'Éthique. Mais nous souhaitons l'explicitier pour plus de clarté. Une affection pourrait se comprendre comme une façon de se comporter d'une chose. Elle peut aussi englober un autre sens qui serait : la façon de faire se mouvoir, et se comporter une chose. Il s'agit donc en même temps d'une façon d'être mais également d'une mise en mouvement déterminant cette façon d'être.

Un organisme vivant peut se considérer comme un corps. Selon Spinoza un corps qui est composé d'autres corps, qui a des propriétés propres, est un Individu. Je reproduis la définition spinoziste d'individu.

**Individu** : ensembles de corps mus et unis sous un certain rapport (*certa ratio* en latin), pouvant se concevoir comme formant un seul corps (Éthique, Partie II, proposition XIII, Axiome II).

Le concept de norme biologique peut donc se reprendre à l'intérieur de la philosophie de Spinoza. D'abord nous admettons que chaque corps vivant est constitué d'autres corps, ce qui peut se concevoir aisément en pensant aux idées provenant des sciences physico-chimiques et biologiques. Un individu se définit par un certain rapport (*certa ratio*) des corps qui le composent. Ce concept de *certa ratio* semble pouvoir englober celui de norme biologique. Que cela pourrait-il signifier qu'un tel corps

fonctionne selon le concept de norme biologique ? Cela voudrait dire, que structurellement et dynamiquement parlant, les différentes parties à l'intérieur de ce corps se meuvent entre elles sous un principe de norme. La norme biologique serait la propriété qui définirait le vivant. D'un point de vue spinoziste, dire cela c'est également dire, que d'un point de vue dynamique, le vivant se meut intrinsèquement et extrinsèquement selon un principe de normalisation. C'est ce principe de normalisation qui consiste en la *certa ratio* pour un individu vivant et humain en particulier.

Nous nous mettons donc dans la situation où nous considérons l'ontologie spinoziste. Dans celle-ci nous disons que ce qui définit le vivant c'est de fonctionner selon le concept de norme biologique. Le vivant est un mode au sein de la substance unique. Nous admettrons que l'humanité est une partie du vivant. Au sein de l'humanité existe un phénomène appelé la médecine. D'un point de vue ontologique donc, que peut-on dire de la médecine ? Cette question revient, d'un point de vue spinoziste, à demander à quelle place et dans quel enchaînement de cause et d'effets se produit la médecine.

Nous avons besoin pour justifier cette proposition, de reprendre les conceptions qu'a Spinoza concernant les notions de cause et d'effet. Il considère ainsi comme principes fondamentaux de sa philosophie que (selon Ethique Partie I, Proposition VIII, Scolie II) :

- « D'une cause déterminée donnée, suit nécessairement un effet, et au contraire, si nulle cause déterminée n'est donnée, il est impossible qu'un effet suive »
- « De chaque chose existante il est nécessairement donné quelque cause déterminée, par laquelle elle existe »

De ces principes il est donc logique que si la médecine existe, une cause doit être nécessairement donnée par laquelle elle existe. Tentons donc de nous approcher de cette cause.

### II. 2. 1. d La maladie comme impuissance

Le fait pathologique englobe donc un phénomène de modification d'une norme biologique. Mais il semble qu'il y ait dans le concept de maladie un élément de valeur. Jusqu'à présent nous avons exposé



le concept de fait pathologique sans y attacher d'élément de valeur. Étaient attachées au fait pathologique les catégories de norme biologique, et également de modification. La maladie n'est pas indépendante du concept de valeur. D'un point de vue spinoziste, comment peut-on considérer cette relation entre la maladie et la valeur ? Le concept de Puissance, relié à celui de Conatus semble avoir sa place ici.

Définissons donc les concepts de Puissance de et de Conatus chez Spinoza.

**Puissance** : c'est pouvoir exister. (Éthique Parti I, Proposition XI). Elle se décline en Puissance d'agir en ce qui concerne le Corps et Puissance de penser en ce qui concerne l'Esprit.

**Conatus** : effort par lequel chaque chose s'efforce de persévérer dans son être. Le concept de Conatus n'est pas défini explicitement par Spinoza lui-même. Mais ce terme a été repris postérieurement et englobe la définition de cet « effort » qui se traduit en latin par Conatus. La définition de cet effort est dans l'Éthique (Partie III, Proposition VI)

Pour bien philosopher selon Spinoza il faut préalablement décrire en face de quels corps nous nous trouvons, quels affects s'y rapportent, quels sont les rapports de ce corps avec le reste de la substance (ou dit autrement comment la substance est modulée en ce corps, ou quels sont les rapports de cause et d'effets entre les autres modes finis et le corps considéré). Ici nous considérons donc un corps humain. Mettons-nous dans l'esprit l'idée de son fonctionnement physiologique et que celui-ci peut se comprendre comme une norme biologique. Le fait pathologique est une modification de sa norme biologique. Comment ce fait pathologique advient-il ? Si on considère le fait pathologique comme une autre norme biologique de ce corps humain, il doit exister quelque chose qui le fait passer d'une norme à une autre, d'un état à un autre. D'un point de vue spinoziste l'opérateur dont on parle est un affect. Donc le fait pathologique est causé par un affect. Nous disions précédemment que nous voyons habituellement une valeur dans cette affection du corps et nous cherchions quel concept spinoziste pouvait englober cela. Ici le concept de Puissance permet de comprendre la valeur attachée au fait pathologique. Le fait pathologique peut se considérer comme une norme biologique alternative, ce

qui fait qu'on peut, en pensée, lui associer une modification de la Puissance d'un individu. Une norme biologique alternative peut également être, toujours en pensée, une diminution, une augmentation ou une neutralité vis à vis de la Puissance d'agir d'un individu vivant.

Du point de vue du corps humain considéré et de son Conatus une diminution de sa Puissance d'agir peut s'interpréter comme ayant une valeur négative. En tant que corps humain s'efforçant par son Conatus de persévérer dans son être on peut considérer qu'une diminution de sa Puissance d'agir consiste en un mal selon la définition de Spinoza. En effet un corps humain désire persévérer dans son être et donc éviter d'être diminué dans sa Puissance d'agir. C'est la définition affective de quelque chose de mauvais selon Spinoza. C'est dans ce passage de l'Éthique que Spinoza expose cette idée (Partie III, Proposition IX, Scolie) : nous jugeons qu'une chose est **bonne**, parce que nous faisons effort vers elle, que nous la voulons, l'appétons et la désirons ». Et plus loin (Partie III, proposition XXXIX, Scolie) : « par **mal** [j'entends] tout genre de tristesse ». Ce qui nous demande de reprendre la définition de la tristesse chez Spinoza :

**La tristesse est** : « la passion par laquelle [l'esprit] passe à une perfection moindre » (Éthique Partie III, Proposition XI Scolie). Ici le terme « passion » est équivalent à celui d'affect et celui de « perfection moindre » à celui de diminution de Puissance. Il est associé à la tristesse, la mélancolie, qui se rapporte et au corps et à l'esprit.

On pourrait donc définir une **maladie** de manière spinoziste comme un fait pathologique qui englobe une diminution de la Puissance d'agir d'un corps ou d'un individu. D'où il suit certaines propriétés. Chaque corps a une Puissance d'agir et s'efforce de persévérer dans son être (c'est le concept du Conatus). Donc un affect qui modifie la Puissance d'agir d'un corps rencontre le Conatus. Pour passer d'une norme biologique à une autre il faut qu'il soit donné une cause de ce passage et donc un affect. Je fais ici un détour pour pouvoir se mettre d'accord avec le lecteur sur une représentation de ce concept d'affect : on peut s'imaginer ceci comme des forces qui se rencontrent, et pour des esprits mathématiques comme des vecteurs par exemple. Les vecteurs se rencontrent, ce qui entraîne une

modification de la Puissance d'agir du corps concerné (mathématiquement cela pourrait se représenter en produit scalaire de vecteurs et donc consister en la modification d'une direction, d'un sens et d'une amplitude). Pour être très rigoureux dans notre raisonnement il faut définir un concept. Nous avons défini ce qu'était une norme biologique, un fait pathologique et une maladie. Ces concepts se considèrent comme des états. Il nous manque à définir l'affect qui fait passer de l'état de norme biologique à celui de maladie. Nous le nommerons affect pathologique. C'est donc la rencontre en le Conatus et l'affect pathologique qui cause la maladie.

## **II. 2. 2 De la maladie au raisonnement médical**

### II. 2. 2. a La médecine comme Puissance du Conatus

On a donc pu par le début de notre développement, définir la maladie comme une diminution de la Puissance d'agir d'un individu vivant. Nous allons parler d'un individu humain ici. En tant que cet individu se considère comme ayant un Conatus, c'est-à-dire comme animé d'un effort pour persévérer dans son être, il résulte nécessairement de la rencontre entre l'affect pathologique et le Conatus une conflictualité. Le Conatus est conçu par Spinoza comme un effort conscient, pour un corps humain en tout cas. On considèrera donc que cet effort, ontologiquement, définit ce qui est la médecine.

On considère également selon Spinoza l'individu comme pouvant se percevoir sous l'attribut de l'étendue et sous celui de la pensée. Pour poursuivre notre raisonnement concernant la médecine, il faut ici préciser la philosophie de Spinoza concernant le concept d'attribut, et par suite concernant les concepts d'esprit et de corps.

### II. 2. 2. b Le raisonnement médical comme Puissance du Conatus sous l'attribut de la pensée

#### **Attribut :**

Dans la philosophie classique, on retrouve le concept d'attribut comme associé à celui de substance. Spinoza là aussi suit cette conception philosophique. Il définit un attribut comme « ce que

l'entendement perçoit de la substance comme constituant son essence » (Ethique Partie I, Définition IV). Selon Spinoza, il existerait une infinité d'attributs à la Nature dont seulement deux nous seraient perceptibles : l'Étendue et la Pensée.

Il existe un débat philosophique au sujet de l'interprétation du concept d'attribut chez Spinoza. On peut en avoir une interprétation subjective qui découle de la définition littérale de l'attribut dans l'Ethique. L'attribut serait une perception de la substance par un entendement. L'attribut se définirait intérieurement à la substance par une subjectivité. Autre interprétation possible, l'attribut serait une structuration de la substance. Ainsi le concept d'attribut se rapprocherait plutôt d'une propriété de la substance. La question dans cette thèse n'est pas de débattre de ces deux thèses d'un point de vue philosophique. Nous les présentons pour donner à voir plus intelligiblement la philosophie de Spinoza. Cependant nous considérerons plutôt la seconde thèse, l'interprétation de l'attribut comme structuration de la substance. Nous justifions cette position en accord avec un relecteur de Spinoza, Pierre-François MOREAU (16), (17)(à 1h et 15min). Nous admettrons donc quant au concept d'attribut que : les attributs sont des propriétés de la substance qui en marquent une différenciation. Cette différenciation rend la substance perceptible. Un attribut n'est pas un mode, c'est une structuration par propriété de la substance. Un mode se définit par une propriété particulière de la substance sans la structurer. C'est le caractère structurant pour la substance qui donne sa définition à l'attribut. Un mode peut se percevoir sous deux attributs en même temps. Sa perception sous un attribut en particulier ne modifie pas l'essence de ce mode, et ne modifie donc pas la perception qu'on peut en faire sous un autre attribut.

J'ai voulu développer ce point pour me permettre, dans le cadre de l'ontologie spinoziste, de préciser les rapports du corps et de l'esprit. Maintenant, nous avons des concepts pour approcher les notions d'étendues et de pensées. Il reste à les explorer d'un point de vue subjectif, en tant que modes finis de la substance, c'est-à-dire en tant qu'humains corporels et spirituels.

D'après ce que nous avons exposé, toute modification de la Puissance d'agir d'un individu (Puissance sous l'attribut de l'étendue) est associée à une modification de la Puissance de penser (Puissance sous l'attribut de la pensée). Par le Conatus il va donc advenir dans la pensée de l'individu certaines idées dans l'état de maladie, de la même manière qu'il existera dans le corps des modifications. C'est ainsi qu'on peut établir l'origine, d'un point de vue ontologique, du raisonnement médical. Le raisonnement médical est l'effort conatif (ou la Puissance conative), perçu sous l'attribut de la pensée, qu'un individu humain produit dans le cadre d'une maladie.

### II. 2. 2. c Application des concepts précédents concernant l'exemple du diabète

Au vu de l'exemple du diabète envisagé plus tôt, de quoi ce raisonnement médical, cette réaction à un affect pathologique se constitue ? Le corps de l'individu, perçu sous l'attribut de l'étendue, va être modifié en une normalité biologique alternative. Via ses organes sensoriels, celui-ci peut percevoir les conséquences à l'intérieur de son corps de ces modifications. De ces perceptions, qui sont donc, sous l'attribut de l'étendue, les conséquences corporelles des modifications liées au fait pathologique, va se former ce que Spinoza appelle des images. Arrêtons-nous quelques instants sur cette idée de la philosophie de Spinoza.

**Les images des choses sont** : « les affections du corps humain dont les idées nous représentent les corps extérieurs comme présents » (Ethique Partie II, Proposition XVII).

Les images des choses sont donc dans le corps, ce qui est détaillé plus loin dans l'Ethique. Spinoza utilise cette définition pour définir par suite un mode de pensée qui est l'imagination. L'imagination est la pensée qui se constitue des idées des images des choses. Associées à ces images, dans le corps, vont être données, nécessairement, des idées dans l'esprit, c'est-à-dire dans l'individu perçu sous l'attribut de la pensée. Donc pour le diabète, l'individu affecté pourra ressentir des sensations (fatigue, soif ...). Associées à ces sensations des images dans son corps seront nécessairement données et également des idées dans son esprit.

Nous avons évoqué plusieurs cas que nous allons reprendre avec les concepts de la philosophie de Spinoza que nous avons développés. On suppose que le corps puisse ne pas percevoir les modifications entraînées par le diabète. On peut imaginer qu'il ne soit donné aucun symptôme dans le corps par le diabète. Dans ce cas on peut dire, selon Spinoza, que les sens sont impuissants à être affectés dans l'état de diabète. Il suit qu'un corps ainsi constitué, se considère, dans la philosophie de Spinoza comme moins puissant qu'un corps dont les sens seraient affectés à ressentir des symptômes par le diabète. En effet selon L'Éthique (Partie IV, Propositions XXXVIII et XXXIX), un corps susceptible d'être affecté d'un moins grand nombre de façon est moins utile à l'homme. Cette notion d'« utile » peut se superposer avec le concept de Puissance ici. Par passage dans l'attribut de la pensée, un corps moins puissant est associé à un esprit moins puissant. Il sera donc donné dans l'esprit moins de Puissance à former des idées. En particulier l'esprit pourra ne pas former l'idée d'une modification de la Puissance d'agir de son corps.

En termes de Conatus, que peut-on dire de cette situation dans laquelle ni le corps ni l'esprit ne perçoivent une modification de leur Puissance ? On peut probablement dire que le Conatus ne développera pas sa Puissance de persévérer dans l'être.

#### II. 2. 2. d Justification de la définition de la médecine comme Conatus en rapport avec un affect pathologique

Ensuite nous avons proposé que si le corps perçoit bien ces modifications en son sein, alors il est possible que la personne « diabétique », rattache ces perceptions à une anomalie. Cela voudrait dire, en reprenant l'interprétation spinoziste proposée, qu'il serait donné dans l'esprit une idée selon laquelle les sensations perçues dans le corps, ainsi que les images qui y sont ainsi données, soient associée à l'idée d'une « anomalie ». On a dit que cette « anomalie » est une norme biologique alternative pour l'individu. Donc il y aurait dans l'esprit de cet individu l'idée qu'il existe dans son corps des sensations et qu'il existe une modification de sa normalité biologique. Cet esprit pourra considérer ces deux idées en même temps et les associer. Dans la philosophie de Spinoza il n'est absolument pas

détaillé de concepts de physiologie humaine. Il faudrait donc associer dans la phrase précédente le concept de Puissance au concept de normalité biologique. Il serait donc donné dans l'esprit l'idée que des sensations sont présentes dans le corps et l'idée qu'il existe une diminution de la Puissance de l'individu, considérable par ailleurs, par une norme biologique alternative. Par la formation de cette idée dans son esprit, l'individu, par Conatus, s'efforcera de maintenir une Puissance d'agir identique. Dans ce paragraphe nous avons donc vu qu'une maladie (modification de la norme biologique avec diminution de la Puissance d'agir d'un individu) peut causer des sensations dans le corps et des idées dans l'esprit qui peuvent consister en l'identification d'une modification de la Puissance d'un individu. Ces idées peuvent entraîner les idées d'une mise en mouvement de l'individu. Par suite il pourra être associé, sous l'attribut de l'étendue, à un mouvement effectif du corps.

Dans la pensée d'un individu, donc, il pourra y avoir l'idée de la modification de sa Puissance associée à l'idée de ses sensations corporelles. Nous retrouvons ainsi ce que nous avons dit précédemment en ce qui concerne la définition de la médecine. La médecine c'est donc l'effort de persévérer dans son être, en tant qu'on considère le corps comme étant affecté d'une diminution de sa Puissance d'agir. Spinoza écrit dans l'Éthique (Partie V, Préface) que l'art dont il faut prendre soin du corps pour qu'il puisse convenablement s'acquitter de sa fonction [...] regarde la Médecine ». Cette phrase n'est pas en soi une définition de la médecine. Elle propose par contre que cet « art » soit inclus dans la médecine, qu'il soit une partie de celle-ci. Il nous semble qu'il n'y ait ici pas de contre sens avec la définition que nous avons proposée. On voit bien que notre proposition de définition est extrêmement large et qu'elle permet d'inclure de larges domaines de la médecine.

#### II. 2. 2. e Validation de la définition en regard d'exemples.

Avant d'aller plus loin nous voudrions tester notre définition de la médecine en regard de pratiques de la médecine variées. Dans un premier temps pensons aux pratiques de la médecine antique. Nous avons évoqué le fait que dans certaines médecines antiques il semblait exister un système de pensée semblable à notre médecine moderne. Dans la médecine Egyptienne, il semble que le raisonnement

en observation, méthode d'examen, diagnostic et traitement soit réalisé. De nombreux écrits sont rédigés selon ce schéma (18) (19). Les méthodes d'examen auraient été constituées par la palpation, la percussion, l'inspection, la prise de pouls et selon certaines sources, par l'auscultation également. Il existait des spécialisations. La démarche médicale était souvent résumée en quatre propositions : signes ou symptômes, diagnostic, pronostic, thérapeutique. Il existait des « maisons de vie », lieux dédiés à la pratique médicale (plus particulièrement à la pharmacie). La médecine babylonienne fonctionnait selon un raisonnement qui semble proche. On y trouvait également un réel raisonnement étiologique. En Inde antique une médecine s'était également développée. Il existait également une classification des maladies en huit branches (20). Des opérations chirurgicales étaient pratiquées. L'enseignement était réalisé dans les livres et auprès des malades. La médecine grecque est notamment connue pour la médecine hippocratique. Cette médecine se basait sur la théorie des humeurs selon laquelle la maladie était causée par l'excès ou l'insuffisance d'une de ces humeurs dans le corps. Il est intéressant de noter, que dans les médecines antiques, il existait une grande proximité avec les religions. Ceci n'est par contre pas vrai pour la médecine grecque antique. Cet élément doit probablement être considéré comme significatif de la place que la médecine a d'un point de vue anthropologique.

Il est notable dans ces éléments, que l'on retrouve la décomposition du raisonnement médical selon un plan proche de celui de notre médecine. Nous voulions donc nous interroger sur le fait de savoir si ces médecines peuvent s'inscrire dans le cadre de la définition que nous avons proposée. Il semble donc bien que ces médecines participent à la persévérance dans l'être d'un individu dont la Puissance d'agir a été diminuée. On voit dans ces médecines antiques que la pratique de la démarche médicale est extrinsèque à l'individu atteint dans sa Puissance d'agir, nous reviendrons sur ce point.

#### II. 2. 2. f Synthèse des concepts définis de la médecine et du raisonnement médical

Nous avons donc proposé une définition de la médecine dans une optique ontologique et d'un point de vue spinoziste. Nous avons poursuivi ce cadre en allant jusqu'à proposer une ontologie du



raisonnement médical. Gardons à l'esprit les éléments que nous avons rapportés sur une certaine similarité du raisonnement médical dans certaines médecines Antiques. Nous avons également, par expérience de pensée, fait comme si la médecine et le raisonnement médical s'appliquait à partir de l'individu qui considère son corps comme étant affecté d'une diminution de sa Puissance d'agir sur lui-même, soit comme Conatus de l'individu en lui-même. Nous proposerons une vision différente un peu plus loin. La médecine est donc l'effort de persévérer dans l'être en tant qu'on considère le corps comme affecté d'une diminution de sa Puissance d'agir. On a pu donc proposer une définition du raisonnement médical comme la médecine en tant qu'elle est perçue sous l'attribut de la pensée. On peut alors, selon la définition de la médecine, décrire le raisonnement médical comme effort de la pensée de faire persévérer un individu dans son être en tant qu'elle considère son corps comme affecté d'une diminution de Puissance d'agir.

### **II. 2. 3 Définition d'une axiomatique de la pensée médicale**

#### II. 2. 3. a Justification de l'utilisation d'une conception axiomatique pour le raisonnement médical

De ce point de vue, comment considérer les étapes du raisonnement médical proposé en partie I ? Le motif de recours aux soins se définirait en termes spinozistes par la modalité d'expression de la reconnaissance d'une diminution de la Puissance d'agir du corps. Le mode de vie, en tant qu'élément de contexte, permet d'appréhender le corps en rapport avec son environnement. Les antécédents personnels constituent les états passés du corps considéré. Les antécédents familiaux sont plus à rapprocher du mode de vie, en ce qu'ils décrivent le corps en rapport avec son environnement (ici environnement familial, génétique...). On a dit que l'histoire de la maladie pouvait se concevoir comme description des signes fonctionnels présents chez le patient. Pour mieux aborder la question des signes fonctionnels, il faut introduire ici l'idée que le raisonnement médical peut se considérer comme une pensée axiomatique. En effet, ce que dit le patient ne produit pas lui-même des signes fonctionnels. De lui-même il pourra avoir l'idée des sensations de son corps. Il pourra partager ses idées aux personnels soignants. C'est-à-dire qu'il pourra exprimer des idées quant aux affections de son corps,

sous l'attribut de l'étendue. Le médecin lui demande, ou l'aide à décrire ses sensations et les interprète. C'est donc ce phénomène d'interprétation qu'il faut conceptualiser plus en détail. Nous allons, pour ce faire, proposer une vision du raisonnement médical comme pensée axiomatique.

Que veut-on dire quand on parle de pensée axiomatique ou d'activité axiomatique ? Il faut déjà discuter de ce qu'est un axiome. Un **axiome** est une proposition qui est non-démontrée, car considérée comme évidente. Mais cette proposition se considère en tant que fondement d'un raisonnement ou d'une théorie. Ici la définition en elle-même se formule d'une manière spinoziste. En effet, on considère l'idée de la réalisation d'un raisonnement comme participant de l'essence de l'axiome. On retrouve ici aussi le principe dynamique et ontologique de la philosophie de Spinoza (8). Il semble donc qu'on ait ici un concept qui correspond bien au système spinoziste. Une pensée axiomatique c'est donc une manière de penser. Une manière de penser qui se base sur la définition de certains axiomes et qui les combine pour former de nouvelles propositions. Ces modalités de combinaison sont des règles qui doivent être toujours respectées. Ici le parallèle avec les mathématiques est encore une fois prédominant. Cela correspond donc à établir un certain nombre de propositions jugées évidentes que l'on peut associer pour en former d'autres. Les règles d'associations des axiomes sont, en mathématique, celles de la logique. On considérera ici qu'en philosophie les mêmes règles logiques s'appliquent aux propositions. Nous avons fait ce détour pour pouvoir considérer le raisonnement médical comme un raisonnement axiomatique.

### II. 2. 3. b Définition du langage du raisonnement médical dans le cadre de la philosophie de Spinoza

Dans le cadre d'un raisonnement axiomatique il faut préalablement définir un langage. On définit donc les signes comme les manifestations du corps affecté d'une diminution de sa Puissance d'agir et données à percevoir à la Puissance de penser du raisonnement médical. Les signes fonctionnels sont des signes qui se définissent comme l'expression par le corps affecté de maladie de ce qui est perçu comme une diminution de sa Puissance d'agir. Les signes cliniques se définissent comme perceptions de la façon d'être du corps sous l'attribut de l'étendue. Les signes paracliniques sont les perceptions

de la façon d'être du corps sous l'attribut de l'étendue, par l'intermédiaire d'outils. Dans la démarche médicale il est essentiel de parler de causes (et d'étiologies). Si on considère une façon particulière pour le corps d'être affecté d'une diminution de sa Puissance d'agir, alors selon les principes de causalité dans la philosophie de Spinoza, il est nécessaire qu'il existe une cause spécifique à cette façon particulière (ou éventuellement commune à d'autres). On entend particulière sous l'attribut de l'étendue. On définira alors une étiologie comme l'idée de cette cause. Donc la causalité sous-tendant une maladie en particulier se conçoit comme réalité, en Puissance, sous l'attribut de l'étendue. De ce point de vue on peut donc dire qu'une étiologie est en lien étroit avec la physiopathologie, nous y reviendrons. Une étiologie est donc perceptible sous l'attribut de la pensée.

Nous allons également définir ce qu'est un traitement. Un traitement est la mise en mouvement d'un corps dans son effort conatif dans le cadre d'une maladie.

### II. 2. 3. c Proposition d'un système axiomatique au raisonnement médical

Ainsi on pourrait proposer d'établir le raisonnement médical sur une base axiomatique. Nous proposons donc :

- Qu'il existe des signes fonctionnels qui peuvent être perçus par l'interrogatoire avec le patient
- Qu'il existe des signes cliniques qui peuvent être perçus par l'examen
- Qu'il existe des signes paracliniques pouvant être perçus par les examens complémentaires
- Que les signes peuvent s'associer entre eux pour former des syndromes.
- Que les signes ou les syndromes sont des effets de causes.
- Que les étiologies sont les idées des causes des signes ou des symptômes.
- Que toutes les étiologies ne sont pas connues.
- Qu'un signe ou un syndrome peut avoir une ou plusieurs causes et qu'inversement une cause peut avoir pour effet un ou plusieurs signes ou syndromes.

- Qu'étant donné une étiologie un certain nombre d'idées de traitements pourront être envisagées.
- Que chaque traitement, pour une cause donnée, sera plus ou moins puissant à faire persévérer un corps dans son être.

Nous avons proposé ici un système d'axiome pour le raisonnement médical. Nous avons initié cette démarche devant la nécessité de mieux concevoir ce qu'était un signe fonctionnel. Dans le système proposé un signe fonctionnel fait partie des signes en général, qui sont les éléments élémentaires des axiomes de la démarche médicale. Nous voyons donc que similairement à la conception de ce qu'est un signe fonctionnel, nous avons conçu ce qu'est un signe clinique et un signe paraclinique, dans le cadre de notre système d'axiome.

En quoi définir le raisonnement médical comme une pensée axiomatique permet-il de mieux concevoir ce qu'est un signe fonctionnel ? Nous avons dit qu'un signe fonctionnel était une synthèse issue de l'interrogatoire du patient. Il s'agit donc d'une idée concernant ce que dit le patient. Notre problématique dans cette thèse étant de concevoir le raisonnement médical selon le principe de la Puissance, et donc du point de vu spinoziste selon celui de la Vérité, il est plus aisé de concevoir dans un premier temps, un signe fonctionnel comme un axiome. Ainsi la question ne se pose pas à ce moment du raisonnement de savoir si l'interprétation de ce que dit le patient est vraie ou non. Nous disons ici que de ce qu'exprime le patient, nous formons l'idée que le patient présente tel ou tel signe fonctionnel. Un signe fonctionnel n'est ainsi qu'un élément de langage dans un système axiomatique. Dans le cadre d'un raisonnement axiomatique la question n'est pas de savoir si les axiomes sont vrais, mais en quoi la combinaison de ceux-ci peut être incohérente et fausse. Nous avons donc évacué la question de la Vérité dans l'étape de l'interprétation du discours du patient, c'est-à-dire l'interrogatoire. Cela nous permet de ne pas nous poser la question de savoir si réellement le patient présente tel ou tel signe, et en particulier tel signe fonctionnel. Nous disons que par l'interrogatoire nous retenons un signe fonctionnel quand nous considérons comme remplies les conditions de sa

définition. Nous avons donc repoussé notre réflexion sur la Vérité pour plus tard dans le raisonnement médical et dans notre développement.

Nous voyons donc ici quel est l'intérêt de concevoir le raisonnement médical comme une pensée axiomatique. Cela permet de ne pas se questionner a priori, avant raisonnement médical, sur le bien-fondé des axiomes, c'est-à-dire, de la définition des signes en général. C'est seulement en ce que ce mode de pensée formera des idées vraies ou non que nous pourrons le juger et c'est ce que nous verrons lorsque nous parlerons de la Puissance du raisonnement médical.

#### II. 2. 3. d Interprétation conceptuelle de la formalisation du raisonnement médical en système axiomatique

Pourquoi utilisons-nous ici le modèle d'un système axiomatique alors que nous tentons de concevoir le raisonnement médical à l'aide de la philosophie de Spinoza ? Nous avons dit que cela permettait de ne pas se questionner sur la question de la Vérité pour l'instant. On peut également proposer comme réponse à cette question que la philosophie de Spinoza (dans l'Éthique en tout cas) est écrite d'une manière axiomatique. L'Éthique se veut en effet être une démonstration *more geometrico*, selon le modèle « géométrique ». Ce qui est en fait proposé est un système axiomatique, dont les axiomes principaux associés les uns aux autres débouchent sur les propositions de l'Éthique. Les démonstrations que propose Spinoza, sont la description des termes de la mise en rapport des différents axiomes ou propositions préalablement démontrées. Et quand on dit « description des termes de la mise en rapport » il faut comprendre cela comme des opérateurs logiques. Donc le modèle de Spinoza dans l'Éthique est un modèle axiomatique. Comme nous reprenons à notre compte son ontologie nous considérons comme démontrées les propositions utiles à notre raisonnement. Le travail que nous avons commencé, et que nous allons poursuivre, consiste en fait à prolonger l'ontologie spinoziste, pour le domaine de ce qui est médical. Donc nous proposons une modélisation axiomatique du raisonnement médical pour être le plus proche de la forme du raisonnement de

Spinoza et pour ainsi y appliquer plus simplement les propositions qu'il démontre notamment dans l'Éthique.

Pour faire fonctionner ce système d'axiome il faudrait donc définir les signes un par un en suivant l'ontologie spinoziste et notamment son mouvement de la troisième partie de l'Éthique. Dans celle-ci Spinoza propose une définition d'un certains nombres de sentiments selon son système philosophique.

### II. 2. 3. Exemple de définition d'un signe fonctionnel

Prenons par exemple le signe fonctionnel de la dyspnée. La définition selon le polycopié de sémiologie (2) est introduite ainsi dans le chapitre « appareil respiratoire » : « on parle de dyspnée quand le patient rapporte une sensation d'essoufflement ». On retrouve une autre définition dans le chapitre « asthénie » comme signe fonctionnel à ne pas confondre avec (comme signe fonctionnel différentiel) l'asthénie : « dyspnée : sensation d'essoufflement ou de respiration pénible ». Ici l'étymologie est plus précise que la traduction en termes courant. Dys- est un préfixe d'origine grecque qui apporte un sens d'anomalie, de difficulté, de douleur, de mauvais état ou de mauvais fonctionnement (21). Il est attaché à la racine-pnée qui signifie respiration. Cette définition est donc très large : il peut s'agir donc d'une gêne subjective à la respiration, mais la définition n'exclut pas la définition objective ou extrinsèque d'une dyspnée. On pense par exemple aux dyspnées de Kussmaul et de Cheyne-Stokes. Etant dues à des modifications organiques, et ayant des caractéristiques spécifiques on peut se passer de la subjectivité du patient pour les définir et les constater par l'examen. Dans ce cas on peut cependant considérer, selon la définition de nos axiomes, que ces « dyspnées » se rapprochent plus de signes cliniques que de signes fonctionnels.

Comment traduire en termes spinozistes cette idée de dyspnée ? Il s'agit donc de l'idée d'une affection du corps en tant qu'affection diminuant sa Puissance d'agir associée à l'idée du phénomène respiratoire comme sous-partie du corps affecté. Pour parvenir à reconnaître ce signe fonctionnel on voit donc qu'il faut au préalable avoir l'idée de la respiration comme processus corporel, comme norme

biologique. Il faut également que l'esprit soit capable d'être affecté par l'idée de l'existence d'une diminution de Puissance d'agir d'un corps dans sa fonction respiratoire. On pourrait définir ainsi tous les signes fonctionnels en reprenant le mouvement de Spinoza dans la partie III de l'Ethique. Ce n'est pas le but de notre thèse d'établir ce catalogue. Nous formulons cependant certaines remarques. Il semble que tous les signes fonctionnels nécessitent d'avoir l'idée d'une structure corporelle, d'un élément physiologique, c'est-à-dire d'une norme biologique, pour pouvoir être formés. On peut donc dire que les signes fonctionnels nécessitent d'avoir des idées concernant les normes biologiques. A ces idées d'anatomie, de physiologie, seront associés certains caractères et c'est ce qui définit les signes fonctionnels.

#### II. 2. 3. f Exemple de définition d'un signe clinique et implications conceptuelles

Nous allons donner un exemple de signe clinique et d'un signe paraclinique. Pour rester dans la pneumologie nous proposons comme signe clinique le tirage sus-sternal. Le tirage sus-sternal se définit comme un creusement anormal localisé au-dessus du sternum lors d'un mouvement inspiratoire (22). En reformulant selon Spinoza cela donnerait : une modification de la Puissance d'agir du corps constitué par un creusement sus-sternal pendant l'inspiration. Ici la réinterprétation spinoziste n'apporte que peu d'élément supplémentaire à la définition usuelle. L'élément modifié est de traduire « anormal » en modification de la Puissance d'agir du corps.

On pourrait ici faire une remarque pour discuter de la cohérence de notre proposition spinoziste en reprenant l'exemple du tirage sus-sternal. On dit que le tirage sus-sternal est une modification de Puissance d'agir du corps. On dit cela par le fait que l'on reconnaisse une anomalie, et selon le développement des concepts de Canguilhem repris sous une vision spinoziste nous aboutissons à l'idée de Puissance d'agir du corps. Mais est-ce que cela est cohérent si l'on considère un même corps présentant un tirage mais sans l'idée d'anomalie ? Est-ce-que la norme biologique alternative que constitue le tirage sus-sternal peut se concevoir comme une diminution de la Puissance d'agir du corps autrement qu'en considérant qu'elle est alternative ? Il faut considérer de plus près l'idée du tirage

sus-sternal pour répondre. De quoi est-elle composée, de quoi est-elle l'expression ? L'idée du tirage sus-sternal est composée d'idées anatomiques : la cage thoracique est formée par des os entre autres le sternum, il existe des muscles respiratoires autour de ces os qui permettent le mouvement de l'air dans les poumons. Elle est également composée d'idées fonctionnelles : il existe un creusement sus-sternal car il existe une contraction des muscles inspiratoires localisés au niveau du cou (scalènes et sterno-cléido-mastoïdiens dans ce cas). L'idée du tirage sus-sternal est donc composée d'idée anatomique en les considérant fonctionnellement. Donc un corps dont les muscles inspiratoires accessoires se contractent est-il différemment puissant qu'un corps dont ces mêmes muscles sont au repos. Si on considère le critère de la Puissance d'agir comme la capacité à affecter on peut proposer qu'un ou des muscles au repos soient plus puissants que des muscles en action car ils portent une capacité à se mettre en mouvement plus importante que s'ils l'étaient déjà. Ils portent une potentialité d'action, d'où une potentialité à affecter, plus importante. Le terme potentialité d'action me semble ici précisément bien choisi car il peut faire référence à la physiologie d'un muscle. La contraction musculaire est sous tendue par des phénomènes ioniques de libérations de calcium entraînant la contraction des fibrilles musculaires. Donc on peut considérer que pour un muscle, être en repos c'est être plus puissant, ou avoir une « réserve » de Puissance d'agir plus importante. Et est-ce que cette idée fonctionne également en tenant compte non pas simplement du tirage en soi, mais en ce qu'il est l'expression d'une activité inspiratoire, et toujours sans idée d'anomalie ?

On peut proposer qu'un corps considéré en tant qu'il respire porte également une plus grande potentialité si certains de ses muscles respiratoires sont au repos c'est-à-dire ayant une potentialité de se contracter et donc d'agir et donc d'affecter plus importante que dans le cas inverse. Mais si l'on considère le corps dans son activité respiratoire il faudra par suite également le considérer dans son activité toute entière. Dans ce nouveau contexte sa Puissance d'agir, ne peut se déduire seulement de son activité intrinsèque, mais doit nécessairement englober l'idée de ses rapports et ses affections avec tous les autres modes finis. Ainsi on voit qu'on peut proposer, dans ce cas très particulier, que le tirage emporte en lui-même une modification de Puissance d'agir, mais que cette modification-ci n'est



pas significative du point de vue du corps dans son ensemble et dans ses rapports avec son environnement. Un corps dont la norme biologique est d'avoir un tirage sus-sternal n'est pas en soi moins puissant en tant qu'il est considéré comme au sein d'un environnement, d'une temporalité, d'une causalité.

### II. 2. 3. g exemple de définition d'un signe paraclinique

Nous avons parlé de proposer un exemple de signe paraclinique. Nous restons encore dans la pneumologie pour proposer le signe de syndrome de condensation alvéolaire sur une radiographie thoracique. Le syndrome de condensation alvéolaire est une opacité à bords flous au sein de laquelle existe le signe du bronchogramme aérien (clarté ronde au sein d'une plage d'opacité). On justifie que l'on parle de syndrome ici car la définition de la condensation alvéolaire ainsi proposée se base sur les termes opacités et clarté notamment. Ces deux termes peuvent se considérer comme signes élémentaires en sémiologie radiologique. Il semble difficile de proposer une interprétation spinoziste ici. Si l'on voulait le faire il faudrait prolonger l'ontologie spinoziste dans la technique de la radiologie. Il s'agirait donc d'un cours sur la radiologie, puis un cours de sémiologie radiologique pulmonaire. La question intéressante pour ce point du signe paraclinique reste celle qui nous anime pour tout le raisonnement médical : quel intérêt un signe paraclinique a-t-il en termes de Puissance de penser ?

Nous avons proposé une définition des signes dans le raisonnement médical en général et des signes fonctionnels, cliniques et paracliniques en particulier. Nous avons vu que pour former les idées des signes, et en particulier des signes fonctionnels, il était souvent nécessaire d'avoir l'idée de la constitution ou du fonctionnement du corps humain. Il faut préciser ici qu'on peut classer les signes fonctionnels en deux ensembles, non-exclusifs l'un de l'autre. Il existe des signes fonctionnels définis comme subjectifs (dyspnée, douleur, asthénie, nausée...) et des signes fonctionnels dont la subjectivité ne fait pas partie de l'essence. En effet une toux peut s'observer de manière extrinsèque sans avoir recours à la subjectivité du patient. Il existe donc des signes fonctionnels dont la définition implique qu'ils soient considérés comme une affection du corps qui reconnaît intrinsèquement une modification

de sa Puissance d'agir. Par contre nous avons proposé que ces signes fonctionnels se définissent tous par le fait qu'ils étaient descriptibles par le patient. Donc les signes reposent sur des idées de ce que constitue la norme biologique d'un corps. En reprenant notre point de vue ontologique, comment pouvons-nous donc concevoir l'appréhension de ces idées ?

## **II. 2. 4 Des signes aux connaissances vraies concernant le corps humain.**

Nous nous posons donc la question de la place des connaissances des normes biologiques des corps humains dans l'ontologie spinoziste que nous utilisons. Les connaissances des normes biologiques sont appréhendées par la physiologie, l'anatomie, l'histologie, la biologie, éventuellement combinées avec les connaissances issues d'autres sciences (physique, chimie...). Dans le cadre de notre problématique il faut poser la question de savoir si ces idées, apportées par les sciences dont nous avons parlé, et concernant les normes biologiques des corps humains, peuvent être dites vraies. Concernant les domaines de la physiologie, de l'anatomie, de l'histologie il existe des disciplines associées qui s'occupent du versant pathologique (physiopathologie, anatomopathologie, histopathologie). Que peut-on dire de ces disciplines en termes d'idées vraies ?

### II. 2. 4. a Des signes aux connaissances vraies concernant le corps humain.

D'abord reprenons notre définition du pathologique. Le pathologique c'est une norme biologique alternative et, en tant que celle-ci représente une diminution de la Puissance d'agir d'un corps vivant, il s'agit d'une maladie. La question que nous nous posons est donc de savoir quelles idées nous pouvons former du pathologique mais également quelles idées nous pouvons former des normes biologiques. Dans la visée qui est la nôtre de discuter de l'apport en termes de Puissance de penser du raisonnement médical il faut garder en tête ce dit Spinoza de la Puissance de penser : « Il n'est donné aucune Puissance de l'esprit que celle de penser et de former des idées adéquates » (Ethique Partie V, proposition IV, Scolie). On peut proposer un parallélisme entre le concept d'idée adéquate et celui de Vérité chez Spinoza (Ethique Partie II, définition IV). Donc nous devons nous demander en quoi les

connaissances que nous avons du pathologique et des normes biologiques sont des idées vraies au sens de Spinoza. Mais avant d'explorer cette problématique, arrêtons-nous quelques instants sur la question de la Vérité dans la philosophie de Spinoza.

#### II. 2. 4. b Exposition de la notion de Vérité et d'idée adéquate chez Spinoza

**Vrai** : ce qui est réellement. C'est l'affirmation de la substance en elle-même.

Deux œuvres principales exposent la philosophie de Spinoza concernant l'idée vraie. La première est le traité de la réforme de l'entendement (TRE) (8), la deuxième L'Éthique (9). Dans le TRE Spinoza se pose la question de savoir comment rechercher les idées vraies. Synthétiquement les idées vraies sont, dans ce traité, les idées qui conçoivent un objet de manière cohérente avec sa façon d'être. Dans le cadre de la philosophie de Spinoza cela veut dire qu'une idée est vraie si elle considère son objet correctement du point de vue de l'enchaînement déterminé des causes et des effets dans lequel il est déterminé. D'une autre manière une idée vraie c'est comprendre (*intelligere*, rendre intelligible) la substance dans son existence actuelle. La définition du vrai chez Spinoza est donc assez simple. Par contre ce qui est compliquée dans sa philosophie c'est le critère du vrai. Comment savoir si une idée est vraie ?

Pour synthétiser cette démonstration dans la philosophie de Spinoza, il faut d'abord dire que l'on peut avoir des idées vraies car on est déjà en possession d'autres idées vraies. La démonstration de l'existence nécessaire d'idées vraies dans l'esprit se trouve dans l'Éthique (Partie II, Proposition XXXVIII). L'idée de cette démonstration est que le corps humain est affecté par d'autres corps. Etant affecté il va apparaître dans le corps des images de ces affections. Au vu de la définition de la pensée humaine il va nécessairement être donné des idées, du fait qu'il existe des images dans le corps. Lors de la rencontre de corps ayant certaines « choses » communes avec le corps humain il existera nécessairement l'apparition d'idées concernant des propriétés communes au corps affectant et au corps humain affecté. Un corps est affecté selon sa nature à soi et non pas selon la nature du corps

affectant. Ces propriétés étant communes au corps humain et au corps affectant elles seront perçues selon la constitution du corps humain concerné (donc en partie selon cette propriété commune avec le corps extérieur). Donc la propriété extérieure commune au corps humain sera perçue selon l'ordre de cette même propriété par le corps affecté et donc selon le bon enchaînement de causes et d'effets, ou, dit autrement, de manière adéquate. On peut résumer cette démonstration en disant que si deux corps conviennent par une propriété alors l'idée de cette propriété sera adéquate dans l'esprit du corps affecté.

La manière d'aboutir à des idées vraies à partir d'autres idées vraies est exposée dans le traité de la réforme de l'entendement. Pour établir des idées vraies il faut comprendre l'enchaînement des causes et des effets. Cela est possible grâce aux idées vraies déjà en notre possession et à la capacité de réflexivité de « l'Entendement ». C'est en mettant en rapport dans notre esprit, des idées avec des idées vraies que nous pouvons savoir si ces idées sont vraies. C'est-à-dire qu'ayant la connaissance vraie de l'enchaînement de certaines causes et de certains effets nous pouvons évaluer si certaines autres idées peuvent être cohérentes avec ces enchaînements de causes et d'effets. Ce qui est intéressant sur ce point, c'est que, du point de vue spinoziste, une idée est vraie associée à l'idée d'enchaînement de cause et d'effet. Ainsi, si l'on considère une proposition, sans être en possession de la connaissance de l'enchaînement des causes et des effets qui justifie la cohérence de cette proposition, on ne peut pas dire si l'idée est vraie.

#### II. 2. 4. c Exemple historique pour la conceptualisation de la perception d'idées vraies concernant le corps humain.

Comment donc conceptualiser les disciplines évoquées plus haut ? En quoi celles-ci nous permettent d'avoir des connaissances vraies ? D'abord proposons un exemple historique. Nous avons déjà dit que dans l'Égypte antique il semblait y avoir un raisonnement médical assimilable au notre. Mais que peut-on retrouver comme connaissance des normes biologiques, est-ce que celles-ci nous paraissent vraies avec notre regard contemporain ? D'abord remarquons que nous considérerons avec notre idée de

norme biologique des idées antérieurement datées sans supposer de la disposition de cette idée de norme biologique à cette époque-là. Cela est une précision nécessaire car il ne faudra pas lorsque nous observerons des éléments historiques, supposer que l'idée de la norme biologique était disponible antérieurement. Il faudra percevoir les idées qui peuvent se dégager des éléments historiques que nous allons développer, et éventuellement nous pourrons secondairement les mettre en rapport avec l'idée de la norme biologique.

D'un point de vue historique donc, il existe effectivement des papyrus retrouvés qui font état d'un regard anatomique sur le corps humain (18). Par exemple on peut trouver dans le Papyrus Edwin Smith des éléments anatomiques. Le papyrus Edwin Smith est daté du XVI<sup>ème</sup> siècle avant notre ère et constitue un traité que l'on considère comme chirurgical. Il décrit des observations non pas individuelles mais de cas généraux. Il s'agit probablement de synthèse de plusieurs cas semblables. On y retrouve également des descriptions anatomiques dont une description du cerveau et l'association à l'idée qu'il commande la motricité. Sont également décrits les sinus de la face, les vertèbres. On retrouve également la description de l'existence d'un cœur associé à des conduits allant dans tout le corps. Que peut-on penser de ces éléments concernant la connaissance du corps humain ? Quelles idées semblent être nécessaires pour former ces descriptions et constatations ? Prenons la description du cerveau dans le papyrus Edwin Smith. Il est décrit comme « moelle du crane », constitué en deux hémisphères, avec des circonvolutions, entouré de membranes et sécrétant un liquide. Le fait qu'il soit décrit avec deux hémisphères, des circonvolutions et entouré de membranes témoigne de l'idée de la constitution physique, matérielle de la « moelle du crane ». De quoi semble constituée cette idée ? Elle semble constituée par l'idée de la constitution de ce qui est dans le crane (« moelle du crane »). L'idée du crane est d'être l'élément solide (l'os) de la tête. Il semblerait que l'idée des os était connue des Egyptiens. L'idée de la « moelle du crane » est probablement également constituée de l'idée d'une similitude avec « la moelle ». Il faudrait poser la question de savoir si ce rapport entre la « moelle du crane » et la moelle épinière était pensé et si oui de quel nature il était. Selon les sources (18) (19), il semble qu'il existait également une idée de la moelle osseuse et que ces trois idées étaient

rapprochées par le fait d'être « moelle ». Il est possible que les anciens Egyptiens aient considéré la « moelle » comme contenu dont le contenant est un os. Donc l'idée de la « moelle du crane » était probablement constituée par l'idée qu'il s'agissait du contenu du crâne, et par l'idée d'une morphologie particulière.

Donc nous avons postulé à partir des connaissances des anciens Egyptiens qu'ils possédaient certaines idées que nous avons essayé de définir, non pas de notre point de vue, mais du leur, en fonction de ce que les traductions de leurs textes nous disent. En termes spinozistes nous avons donc des idées concernant les idées des anciens Egyptiens. Que dire, toujours en termes spinozistes, des idées des anciens Egyptien telles que nous les avons perçues ? Les anciens Egyptiens avaient l'idée du corps comme étant constitué d'une certaine manière. Cette manière se conçoit comme étant perceptible sous l'attribut de l'étendu avec les caractéristiques que nous avons précisées. Premièrement il semble donc que ce papyrus rapporte des éléments synthétiques. Nous l'avions évoqué en première : partie la question de la synthèse est au cœur de la démarche médicale. Ici nous nous posons la question de cette démarche en tant qu'elle est puissante ou non à nous faire percevoir des connaissances vraies. En quoi, dans notre exemple historique, peut-on considérer qu'il y a eu une synthèse ? En quoi cette synthèse peut-elle exposer des idées vraies ?

On imagine donc que les anciens Egyptiens qui ont élaboré le papyrus Edwin Smith ont été confrontés à plusieurs corps humains dont ils ont été affectés d'une manière semblable. Peut-être les anciens Egyptiens ont-ils perçus des maladies (au sens de la définition proposée dans cette thèse) dont les propriétés étaient semblables, peut-être que dans le cadre de blessures en particulier ils ont effectué des observations semblables. C'est dans le fait de rapporter dans le texte non pas chaque cas en particulier mais des cas génériques, qu'il semble y avoir une synthèse. Nous faisons ici appel à la philosophie de Spinoza pour expliciter cette notion de synthèse. Ce que Spinoza dit des « notions communes » (Ethique Partie 2, Proposition 40, scolie) permet d'appréhender le concept de synthèse dans sa philosophie. Celles-ci sont formées par le fait que le corps (d'un individu humain), peut être

affecté par des propriétés communes de différents corps. On peut ainsi définir la synthèse selon Spinoza comme la définition d'une idée, constituée par des propriétés communes à plusieurs corps différents. Il semble donc bien que dans notre exemple historique il y ait eu synthèse de plusieurs cas, c'est-à-dire, la perception de propriétés communes à plusieurs individus humains.

Que peut-on donc dire de cette synthèse en termes de Vérité et donc de Puissance de penser ? Selon Spinoza être capable de percevoir des propriétés communes à des choses différentes est une des modalités de perception d'une idée vraie. Il s'agit en effet du deuxième genre de connaissance dans l'Éthique ou du troisième mode de perception dans le TRE. C'est le raisonnement par propriétés communes. Donc notre exemple historique, nous permet de justifier qu'il soit possible de percevoir des idées vraies concernant les corps humains. Nous considérons encore aujourd'hui que les caractéristiques anatomiques du Papyrus Edwin Smith sont vraies.

Nous souhaitons apporter ici une remarque concernant la perception d'idées vraies concernant le corps humain. Au vu de nos concepts préalables de norme biologique, de pathologique, de maladie, on peut justifier par notre exemple que des idées vraies sont possiblement perçues concernant chacune de ces entités. En effet ces trois concepts sont englobés dans celui de norme biologique. Il n'est pas incohérent, de par notre définition de la norme biologique, qu'il existe des propriétés communes à différents corps, à différentes normes biologiques et par là, à différentes pathologies ou maladies.

Donc il semble que dans cette partie nous avons justifié que l'on pouvait avoir certaines idées vraies à propos du corps humain du fait que nous sommes capables d'être affecté selon des propriétés communes, par différents corps. Par conséquent il est possible que nous ayons des idées vraies concernant les normes biologiques et donc également concernant les faits pathologiques et les maladies. Il nous reste à justifier en quoi le raisonnement médical est un mode de pensée permettant de percevoir de telles idées vraies, de telles perceptions de propriétés communes aux choses.

#### II. 2. 4. d Remarque sur les idées non-vraies et leur distinction d'avec les idées vraies

Dans le paragraphe précédent on rapporte le mécanisme qui permet de forger des idées communes. Mais Spinoza décrit un peu plus loin, dans le même scolie, la cause qui fait qu'il est possible de forger des idées fausses ou confuses. En effet, on peut justifier cela, en reprenant le raisonnement de Spinoza. Des idées sont formées en parallèle de la production d'images dans le corps, et en étant affecté de différents corps nous pouvons former des images de ces différents corps. Et si nous sommes affectés de différents corps en même temps alors nous pouvons associer les images de ces corps. En considérant alors une image, notre esprit considérera également les autres images, qu'il a l'habitude de percevoir simultanément. Nous associons donc des images, mais les images ne sont pas la même chose que les modes finis eux-mêmes, et ne se comportent pas selon les mêmes propriétés et rapport de cause à effet. C'est par le fait que l'on percevra les choses en fonction des idées des images des choses, et non pas par l'existence ou l'absence de propriété commune, ni par la perception adéquate des essences formelles des choses ou de leurs causes prochaines (8), qu'alors nous pouvons percevoir des idées fausses. Ces trois modes de pensée sont respectivement nommés par Spinoza comme premier, deuxième et troisième genre de connaissance. En particulier Spinoza nomme ce mode de pensée **Imagination**. Il faut donc utiliser d'autres modes de connaissances pour déterminer les rapports vrais de cause à effets, existant en Puissance, entre les modes finis. Le premier genre de connaissances mêle des idées qui ne dépendent pas du même enchaînement de cause et d'effets, du même déterminisme.

Nous nous demandions donc comment nous pouvions concevoir les connaissances produites par les sciences rapportés à la médecine (physiologie, biologie, anatomie, histologie) et leurs équivalents pathologiques. Nous avons donc pu par un exemple historique, justifier de la possibilité qu'il existe des connaissances vraies dans ces sciences et comment les percevoir. Spinoza approfondit, notamment dans l'Éthique et le TRE, la façon de différencier les idées vraies des idées non-vraies. Mais comme ce qui nous concernait était de savoir en quoi nous pouvions avoir des connaissances vraies sur les corps humains et donc sur les normes biologiques nous n'approfondirons pas ce point. Nous notons



simplement que ces distinctions entre idées vraies et idées non-vraies peuvent avoir un intérêt en pratique lorsque se pose la question de savoir si un raisonnement est vrai.

#### II. 2. 4. e Approche théorique pour la conceptualisation de la perception d'idées vraies concernant le corps humain.

Nous pouvons également proposer un abord abstrait, conceptuel, pour répondre à la question de la constitution de connaissances vraies concernant les normes biologiques. Repartons donc du concept de norme biologique. Il s'agit d'une propriété du vivant par laquelle il est structuré de manière plus ou moins en équilibre, selon des processus d'homéostasie. Mais ceci est à comprendre d'un point de vue dynamique. Le vivant se normalise biologiquement, le vivant est normatif. Par extension en termes spinozistes, c'est la Puissance d'agir du vivant qui affecte à la constitution de normes biologiques. Nous avons largement évoqué la question de la place du pathologique dans une ontologie spinoziste. Mais maintenant nous nous intéressons plus particulièrement au concept de norme biologique. Nous l'avons vu, puisque le pathologique est une normalité biologique alternative, alors le pathologique est inclus dans l'essence de l'idée de norme biologique, et c'est le même raisonnement pour la maladie. Donc ici nous nous intéressons plus largement à ce concept mais afin d'établir des propriétés vraies communes à ces différentes idées (normes biologiques, fait pathologique, maladies). Donc en remplaçant le concept de norme biologique dans l'ontologie spinoziste que peut-on en dire ? Le concept de norme biologique peut s'appréhender comme une définition du vivant : ce qui est vivant c'est ce qui par sa Puissance d'agir, produit des normes biologiques. Remarquons que cette vision d'une définition est en accord très étroit avec la philosophie de Spinoza qui souhaite avoir pour principe d'une définition un point de vue dynamique, génétique, ce qui est clairement le cas ici. Le principe de la norme biologique peut-être une proposition de définition du vivant. Maintenant reformulons la question : que peut-on avoir comme idées vrais concernant ces normes biologiques pour le corps humain ?

Nous avons donc dit que pour avoir des idées vraies, selon Spinoza, il était nécessaire de percevoir les choses selon des rapports de propriétés (deuxième genre de connaissance) ou selon la perception « adéquate de l'essence des choses » (Ethique, Partie II, Proposition XL, Scolie II, troisième genre de connaissance). Nous ne nous attarderons pas dans cette thèse sur le troisième genre de connaissance. D'abord parce sa définition est complexe, et ensuite, même en l'admettant comme justifiée, cette notion est plus difficile à mettre en pratique. En effet la démarche de la recherche connaissance dans les sciences repose le plus souvent sur la mise en lumière de certaines propriétés, via certaines observations, et moins sur des intuitions, en tout cas dans leur développement formel. Donc nous considérons uniquement la perception des choses par leurs propriétés comme le moyen d'obtenir des idées vraies.

Pour répondre à la problématique de cette sous-partie, nous pourrions être tentés de partir du concept de norme biologique et de le mettre en rapport avec l'idée des propriétés communes des corps humains. Mais en optant pour une telle démarche il semble impossible de prouver, par simple enchaînement de cause et d'effet, en quoi les différents corps humains conviennent. En effet il faudrait pour ce faire être capable de définir précisément les propriétés que contient le concept de norme biologique. Et de plus il faudrait que nous sachions rapporter ces propriétés à d'autres que nous savons enchaîner « selon l'ordre adéquat » c'est-à-dire par les principes de la Logique. Approfondissons ce point.

Pour ce faire nous avons besoin d'explorer le concept de norme biologique plus en détail. Le concept de norme biologique est donc proposé par Canguilhem (1) comme définition du vivant, en tant qu'il en est une propriété. Mais ce concept repose sur la notion de norme, d'un point de vue philosophique plus que scientifique. La notion de norme dans la définition de la norme biologique a été définie en fonction de concepts (d'idées selon Spinoza) sans lien avec leur objet (soit avec les corps dont ils sont les idées), c'est-à-dire de manière abstraite. Cependant, comme nous l'avons proposé, nous sommes capables d'appréhender les idées vraies concernant les corps humains en particulier par la recherche

de propriétés communes à différents corps. Pour pouvoir opérer strictement avec le concept de norme biologique il faudrait donc pouvoir détailler de manière cohérente et logique (et donc adéquate ou vraie), le lien entre l'idée de norme, et les rapports de causes et d'effets entre certains corps conceptualisables sous cette idée. Ce travail n'est pas fait en détail dans « Le normal et le pathologique » par Canguilhem, et il n'entre pas dans le cadre de cette thèse de le faire. Nous constatons donc qu'il nous manque une conception détaillée en termes de propriétés communes aux corps de ce qu'est la norme biologique. Donc nous ne savons pas, avec ce seul concept, raisonner par le deuxième genre de connaissance, sur les idées à propos des corps vivants.

Par contre c'est là l'enjeu des sciences au sens large. Le but des sciences, leur Puissance, est d'établir des connaissances, et d'un point de vue spinoziste, d'en établir des vraies. C'est donc par les méthodes des différentes sciences que nous pouvons avoir des connaissances vraies des choses, en tant que ces méthodes perçoivent les choses selon le principe des propriétés communes. Et dans le domaine médical ce sont les connaissances de propriétés communes des corps issues des sciences citées plus haut que nous considérons comme vraies. Une manière spinoziste de le dire est de proposer que c'est la Puissance de la pensée humaine qui, s'effectuant, aboutit à la perception de telles idées vraies. Ne connaissant pas toutes les propriétés de l'esprit humain de manière certaine d'une part, et de l'Univers (de la Nature ou de Dieu selon la lecture préférée) d'autre part, nous ne sommes pas capables de savoir jusqu'où pourra aller la perception d'idées vraies, en particulier concernant les corps humains. C'est par le raisonnement par propriétés communes aux choses que nous pouvons avancer pas à pas à la découverte d'idées vraies concernant les corps humains. De même en effectuant ce raisonnement nous pourrions être capable de définir quelles propriétés font partie du concept de norme biologique, et ainsi de préciser ce dernier. Il convient ici de formuler une distinction concernant deux classes de connaissances perceptibles concernant les corps humains. Nous pouvons donc distinguer les connaissances de l'ordre du physiologique, concernant le corps humain hors de l'état de maladie, et les connaissances de l'ordre du pathologique, concernant le corps humain dans l'état de maladie.

#### II. 2. 4. f La médecine expérimentale comme méthode de perception d'idées vraies concernant les normes biologiques

Nous avons donc justifié selon Spinoza que des connaissances liées à la médecine peuvent-être vraies et que le moyen de savoir si ces connaissances sont vraies est d'utiliser la Raison, dont le raisonnement par propriétés. Nous souhaitons prolonger ce point en analysant, avec les mêmes concepts, les apports aux connaissances médicales de conceptions plus modernes de la médecine.

Nous souhaitons donc maintenant aborder le point de vue de Claude Bernard sur l'établissement de connaissances en médecine (23). Nous choisissons cet auteur d'une part parce qu'il a été repris comme base de réflexion, avec d'autres, par Canguilhem dans sa thèse, d'autre part parce qu'il est considéré comme le grand formalisateur d'une médecine expérimentale qui donne sa base méthodologique aux fondements de notre médecine moderne. C'est donc en partie par les conceptions de Claude Bernard sur le vivant que Canguilhem a constitué les siennes. Notre démarche dans ces quelques paragraphes précédents était de discuter du caractère de Vérité des connaissances des normes biologiques. Nous disions donc que le concept de norme biologique se base sur certaines connaissances préalables et que celles-ci ont permis la définition de ce concept. Approfondir la pensée de Claude Bernard permet donc au moins en partie, de mieux comprendre certaines propriétés du concept de norme biologique. D'autre part comme nous l'avons dit dans la partie précédente, c'est par l'établissement de propriétés communes aux corps humains que nous pouvons avoir des idées vraies sur eux. La vision de Claude Bernard nous propose une méthodologie pour ce faire, voyons comment.

Claude Bernard donc a rédigé dans son « Introduction à l'Etude de la médecine expérimentale » (23) une ébauche de théorie. Il propose une vision scientifique de la médecine, basée sur un déterminisme certain. Sa vision d'une médecine aboutie serait de pouvoir proposer un déterminisme certain à toutes les maladies. De notre point du spinoziste des connaissances vraies en médecine que pouvons-nous dire de ces thèses ? On peut, avec nos concepts spinozistes, considérer qu'il existe une proximité entre la conception de la Vérité chez Spinoza et chez Claude Bernard. En effet il semble que Claude Bernard considère la Vérité comme les enchainements de causes et de conséquences logiques dans la Nature.

La Vérité revêt également chez lui une conception à prétention objective. Il semble bien que la conception de la Vérité chez Spinoza et Bernard soit similaire.

La spécificité de Claude Bernard est par contre de proposer la méthode expérimentale comme mode de pensée permettant d'établir des connaissances vraies. La méthode expérimentale de Claude Bernard est compatible avec l'idée de raisonnement par propriété commune. Lorsqu'il évoque le « déterminisme absolu » d'une part cela repose sur le même principe de causalité que l'on retrouve chez Spinoza, et par ailleurs, cela correspond parfaitement avec la métaphysique spinoziste. Ce déterminisme absolu chez Bernard peut se concevoir par « le rapport numérique de l'effet à sa cause ». On voit donc bien ici que Bernard souhaite faire un lien entre les sciences physico-chimiques, dont leur formalisme mathématique, et les sciences du vivant, dont les sciences des corps humains. A son époque on peut considérer que les sciences physico-chimiques étaient très capables d'établir des propriétés vraies concernant des corps non-vivants. Je prends simplement l'exemple des lois de Maxwell concernant l'électromagnétisme. Elles ont été publiées en 1865 la même année que la parution de « L'introduction à la méthode expérimentale ». Et en particulier Claude Bernard considère la mathématique comme un outil permettant d'exprimer ce déterminisme absolu. Sa vision d'une médecine expérimentale aboutie serait donc de proposer un formalisme mathématique décrivant précisément les propriétés des corps vivants, en tant que ceux-ci sont considérés comme des entités physico-chimiques.

Donc Claude Bernard nous permet de proposer la méthode expérimentale comme méthode permettant de percevoir des propriétés communes aux corps vivants. Nous ne détaillerons pas précisément sa vision concernant cette méthode, qui constitue en fait une certaine épistémologie. Nous la présentons comme exemple d'application de la Raison de Spinoza, et donc de notre Puissance à percevoir des idées vraies concernant les corps humains. Il existe bien sur des limites à cette méthodologie expérimentale. Ces limites sont mentionnées dans l'Epistémologie (24), en les reprenant des travaux de Canguilhem : on doit prendre en compte une différence entre les espèces dans

l'expérimentation, au sein d'une même espèce on doit prendre en compte une variété interindividuelle, il faut concevoir un organisme amputé d'une partie comme un autre organisme ( et nous rajoutons pour notre compte qu'une partie d'un organisme dans deux milieux différents est également un autre organisme), il existe une irréversibilité des phénomènes biologiques contrairement à ce qu'il se produit dans les sciences physiques et chimiques, une question éthique se pose nécessairement lorsqu'on parle d'expérimentation sur un être vivant et en particulier sur un humain. Ces limites sont à considérer (pour certaines d'entre elles) comme des difficultés pratiques à la réalisation de la démarche expérimentale. La dernière limite évoquée pourrait se reformuler selon le concept de Puissance d'agir de Spinoza, comme critère éthique principal de sa philosophie, afin de faire le lien avec notre travail.

Nous souhaitons aborder la vision de Claude Bernard pour la médecine en ce qu'il constitue encore aujourd'hui le cadre théorique de la médecine moderne occidentale. Nous avons donc dit en quoi cette méthodologie pouvait nous permettre d'appréhender des idées vraies. Et c'est ce que nous souhaitons dire à propos de la médecine que nous pratiquons aujourd'hui. Les parties de la médecine dont les connaissances se basent sur la Raison, c'est-à-dire, entre autres, sur un raisonnement basé sur l'existence de propriétés communes entre les corps, peuvent se considérer comme vraies.

## **II. 2. 5 Des idées vraies concernant les corps humains à la Puissance de penser du raisonnement médical.**

Nous avons donc montré dans les précédentes parties, en quoi nous pouvions avoir des connaissances vraies concernant les corps humains. Nous avons exposé la proposition de méthodologie pour ce faire par l'exemple de Claude Bernard. Il nous faut désormais revenir à notre raisonnement médical afin de savoir en quoi celui-ci peut percevoir des idées vraies, et donc en quoi celui-ci est une Puissance de penser. En effet le développement que nous avons fait concernant les connaissances des normes biologiques nous avait été rendu nécessaire par le fait que dans la définition des signes telle que nous l'avons proposée, il était nécessaire d'avoir des idées concernant les corps humains. Comme notre

problématique dans cette thèse était de nous positionner sur la Puissance de penser du raisonnement médical, et que ceci est équivalent à la faculté de notre esprit à percevoir des idées vraies lorsqu'il effectue le raisonnement médical, alors il nous faut maintenant mettre en rapport ce que nous avons dit de notre capacité à avoir des idées vraies concernant les corps humains avec ce que nous faisons lorsque nous appliquons le raisonnement médical.

Nous avons donc proposé que la définition des signes (fonctionnels, cliniques, paracliniques) nécessitait pour une partie d'entre eux, d'avoir des idées concernant les normes biologiques. Nous avons dit comment nous pouvions avoir des idées vraies concernant ces normes biologiques. Les signes étant des modifications des corps humains sous l'attribut de l'étendue il est nécessaire selon la philosophie de Spinoza qu'il existe une ou des causes entraînant ces modifications. Nous avons défini les idées de ces causes comme étant les étiologies. Le raisonnement médical peut percevoir des idées vraies concernant les étiologies, en tant que mode de pensée, uniquement selon le second ou le troisième genre de connaissance. Nous avons dit que nous considérerions dans cette thèse uniquement le second genre. C'est donc par la perception de propriétés communes ou distinctes entre les différents corps que l'on peut avoir des idées vraies concernant leurs modifications. Ainsi c'est par cette méthode de raisonnement que l'on peut avoir des idées vraies concernant les causes de ces modifications.

Donc en tant que le raisonnement médical est un mode de pensée qui est conduit par la Raison, alors celui-ci est puissant. La réponse à notre problématique générale de cette thèse est donc contingente. En effet celle-ci était de se demander en quoi la recherche étiologique pouvait être un gain de Puissance, ou encore en quoi le raisonnement médical étiologique pouvait percevoir des idées vraies. La réponse à cette question ne peut donc pas être valable dans l'absolu, pour tout raisonnement médical et pour toute étiologie, mais seulement pour des situations en particulier. Il faut, pour savoir si le raisonnement médical établit des idées vraies, se poser la question de savoir si les idées auxquelles il aboutit peuvent se comprendre comme un enchaînement adéquat de cause et d'effet, ou bien

comme un enchaînement logique de propriétés communes (ou différente) entre différents corps, en partant d'une ou plusieurs propriétés qui soient connues comme vraies. Cette question ne peut donc se résoudre conceptuellement mais seulement par les sciences qui recherchent des propriétés communes aux différents états des corps humains.

Nous voulions également reprendre un point qui a été évoqué à plusieurs reprises. Nous avons souvent dans le développement de cette thèse fait comme si le raisonnement médical s'appliquait de la personne malade sur elle-même. Dans notre pratique moderne ce n'est pas le cas, en théorie. En effet le raisonnement médical est effectué par un professionnel de santé, et le corps affecté d'une modification de sa Puissance d'agir est celui d'un patient. Il est donc nécessaire de pouvoir justifier que le médecin soit affecté par la modification de la Puissance d'agir du patient pour que le raisonnement médical s'effectue dans son esprit. Il existe plusieurs moyens de justifier cette possibilité dans la philosophie de Spinoza. Nous en proposerons un.

Considérons le professionnel de santé et le patient sous l'attribut de l'étendue. Le corps du professionnel de santé peut être affecté par celui du patient par ses sens. Mais le fait qu'il soit affecté ainsi ne nécessite pas à priori qu'il effectue le raisonnement médical. La question est donc de savoir ce qui cause l'initiation du raisonnement médical chez le professionnel de santé. Une vraie explication factuelle de cette question nécessiterait des développements sociologiques, psychologique, ou encore ceux d'autres disciplines. Nous donnerons simplement une justification conceptuelle, basée sur la philosophie de Spinoza et qui propose une explication de ce phénomène. On peut considérer qu'un humain considère un autre être humain comme semblable à lui. De ce fait, si celui-ci est affecté « de quelques sentiments, [il est] par cela affecté d'un sentiment semblable » (Ethique, Partie III, Proposition XXVII). Donc si un professionnel de santé considère un patient comme affecté d'une diminution de sa Puissance, alors il se considérera lui-même comme affecté d'une diminution de sa Puissance, et par Conatus, il s'efforcera de maintenir cette Puissance et donc, selon notre conception,



initiera le raisonnement médical. On peut considérer qu'il existe là un phénomène de composition affective entre le professionnel de santé et le patient.

On a donc proposé une justification de pourquoi il n'existait pas de difficulté conceptuelle majeure de considérer le raisonnement comme semblable dans le cas où celui-ci s'applique à l'intérieur d'un individu dont la Puissance d'agir est modifiée ou non. Par contre en approfondissant les rapports affectifs entre l'individu affecté d'une diminution de sa Puissance et celui dont l'esprit effectue le raisonnement médical, on pourrait probablement aboutir à des propriétés différentes selon les situations. Etablir un discours approfondi de ces différentes propriétés selon les rapports entre ces deux individus pourrait consister en une théorie spinoziste du rapport médecin-patient.

## **II. 2. 6 Exemple concret permettant d'aborder la problématique des idées vraies dans le raisonnement médical**

Nous avons proposé, avec l'aide de la philosophie de Spinoza, qu'il pouvait y avoir des connaissances vraies concernant les normes biologiques. Par la suite nous avons dit que si nous avions des connaissances vraies concernant les normes biologiques, et que nous définissions les signes en rapport avec ces connaissances des normes biologiques, alors nous pouvions percevoir des connaissances vraies par le raisonnement médical, concernant des corps malades en particuliers. Nous souhaitons pour expliciter notre raisonnement, évoquer l'exemple d'un patient, afin de discuter dans ce cas précis de la question des connaissances vraies, et donc de la Puissance du raisonnement médical.

### II. 2. 6. a Cas clinique de Mr F.

Mr F. est un patient que j'ai rencontré dans le service de médecine interne du CHU de Grenoble. Il était hospitalisé pour des diarrhées chroniques, des perturbations biologiques, notamment une cytolyse hépatique, et une altération de l'état général. De nombreux examens avaient déjà été réalisés par son médecin généraliste. L'examen initial n'avait pas montré d'anomalie orientant le diagnostic. Les premiers examens complémentaires prescrits ne retrouvaient pas non plus d'explication étiologique.

Au cours de l'hospitalisation l'état clinique et biologique du patient s'est dégradé jusqu'à ce qu'il arrive au stade d'hépatite fulminante. Le diagnostic fut finalement posé par une biopsie hépatique. Pour complexifier encore plus la situation la première lecture anatomopathologique orientait plutôt vers une étiologie soit toxique soit infectieuse, les autres examens complémentaires étaient plutôt en défaveur de ces hypothèses diagnostiques. Ce n'est que grâce à des techniques approfondies de lecture anatomopathologique qu'une population clonale lymphocytaire a pu être identifiée. Le diagnostic de lymphome a donc été posé. Le patient a alors été transféré en hématologie. Je ne dispose pas de la suite de l'histoire.

#### II. 2. 6. b Problématisation de la situation

Dans cet exemple où se situe donc notre problématique ? Nous reprenons notre définition d'étiologie comme idée d'une cause de maladie. Notre problématique est de savoir : est-ce que le diagnostic étiologique de lymphome peut se considérer comme une idée vraie de ce qui arrive au patient ? Pour explorer cette problématique il faut la décomposer en sous-problématiques : de quels effets le diagnostic de lymphome peut-il être la cause ? Si le lymphome est une idée d'une cause de quelque effet, cette même cause est-elle adéquate à cet ou ces effets ? Si oui, alors on peut dire selon Spinoza que le lymphome en tant qu'idée d'une cause de tels effets est vrai ? Sinon, est-ce que le fait qu'une cause soit inadéquate implique nécessairement que l'idée de celle-ci soit fautive ? Les signes que nous percevons par le raisonnement médical sont-ils bien des effets de cette cause dont l'idée est le lymphome ? Que pouvons-nous percevoir par le raisonnement médical comme effets, et que pouvons-nous fournir comme diagnostics étiologiques, qui pourraient se rapprocher d'idées vraies et dont les objets seraient des causalités adéquates ? Ensuite si le diagnostic de lymphome est l'idée de la cause (adéquate ou non) de quelque effet, quelle peut-être l'interprétation en termes de Vérité et de Puissance de la situation ?

Avant d'explorer ces problématiques il faut préciser la définition du concept de cause adéquate chez Spinoza. Nous l'utilisons à ce stade du raisonnement pour préciser les rapports entre idée d'une cause (et donc pour nous, l'idée d'étiologie) et le concept d'idée vraie.

Une **cause adéquate** : est une cause « dont on peut percevoir clairement et distinctement l'effet par elle-même » (9) (Ethique Partie III, Définition I)

Une **cause inadéquate** ou **partielle** : est une cause par laquelle on ne peut percevoir clairement et distinctement l'effet par elle seule. Donc selon notre développement préalable l'idée d'une cause adéquate est nécessairement vraie en tant qu'elle est claire et distincte. L'idée d'une cause inadéquate n'est pas nécessairement vraie. Dans la logique de la philosophie de Spinoza cela ne veut pas dire qu'une telle idée est fautive mais qu'il sera nécessaire pour en connaître le caractère de Vérité, d'y appliquer le deuxième ou le troisième mode de connaissance.

#### II. 2. 6. Analyse de la situation

Nous nous plaçons dans la situation concrète où la démarche médicale s'est effectuée, qu'elle a récolté des connaissances, qu'elle a été amenée à en récolter via des examens complémentaires poussés, et qu'elle a abouti à un diagnostic. Nous parlons de connaissance sans préjuger de savoir si celle-ci sont vraies, confuses, fictives ou fausses. La démarche médicale effectuée ici a récolté des connaissances. Certaines de ces connaissances n'ont pas été perçues toutes dans le même moment chronologiquement parlant. Dans cette situation les connaissances initialement rapportées sont cliniques (interrogatoires, examen clinique) mais également paracliniques (examens complémentaires déjà réalisés). Celles-ci ont été complétées par d'autres connaissances cliniques et paracliniques. La démarche médicale s'est effectuée en se basant sur la structure théorique présentée en partie 1. Les examens complémentaires prescrits au cours de l'hospitalisation avaient pour but de compléter la recherche de causes connues des cadres symptomatiques et syndromiques perçus. Par exemple dans le cadre de l'altération de l'état général du patient, un scanner thoraco-abdomino-pelvien a été réalisé

ce qui n'avait pas été le cas auparavant. La recherche des causes connues d'hépatites a été complétée. Certaines étiologies rares d'hépatites n'avaient pas été recherchées auparavant. C'est l'aggravation de l'état du patient, jugée en pratique, dans un premier temps sur des éléments paracliniques (insuffisance hépatique sévère), et en association avec l'absence de diagnostic étiologique, qui a conduit à proposer la réalisation d'une ponction biopsie hépatique, examen qui a abouti à un diagnostic précis.

#### II. 2. 6. d De la problématique du traitement probabiliste à une conception spinoziste des hypothèses

Avant d'obtenir le diagnostic de lymphome par la biopsie hépatique, la question s'était posée de réaliser un traitement probabiliste. L'objet de cette thèse ne portant pas sur la thérapeutique je veux juste noter quelques remarques qui éclairent la partie diagnostique du raisonnement médical. On se trouvait donc dans la situation où l'on avait des hypothèses diagnostiques, mais des arguments contradictoires n'orientant pas vers une hypothèse en particulier. Avant le résultat de la biopsie donc on retenait plusieurs hypothèses principales : hypothèses infectieuses, néoplasiques, auto-immunes notamment. La question qui se posait était donc de savoir que faire en fonction de l'incertitude de ces hypothèses. En termes spinozistes comment peut-on traduire cela ? D'abord nous pouvons dire que Mr F. était affecté d'une diminution de sa Puissance d'agir. D'autant la situation clinique et les paramètres paracliniques s'aggravaient, d'autant on considérait que sa Puissance d'agir était diminuée. Par Conatus il devenait d'autant plus nécessaire, d'effectuer le raisonnement médical avec plus de Puissance. Ceci explique pourquoi d'autres examens ont été nécessaires, mais pas lesquels. Cette question repose logiquement, au regard des axiomes que nous avons proposé pour le raisonnement médical, sur l'évaluation des hypothèses diagnostiques étiologiques. Comment donc traduire en spinoziste ce qu'est une hypothèse diagnostique ? L'hypothèse diagnostique est en fait une hypothèse étiologique (ou parfois syndromique) ou un groupe d'hypothèses étiologiques. Nous avons dit qu'une étiologie était l'idée d'une cause (donc d'une façon particulière du corps d'être affecté d'une diminution de sa Puissance d'agir). La question se pose donc de ce que peut vouloir dire

une hypothèse au sens de Spinoza. Ici on se réfère au TRE (paragraphe 57 de la numérotation de Caillois). Spinoza évoque l'utilisation d'idées fictives dans un raisonnement et prend deux exemples. Premièrement il prend l'exemple d'une chandelle qui brule et dont on crée une idée fictive dans laquelle elle ne brule pas. Deuxièmement il évoque directement le concept d'hypothèses utilisées en astronomie pour décrire le mouvement « des corps célestes ». Il dit de ces hypothèses qu'elles sont de même nature que les idées fictives utilisées dans un raisonnement. Donc on pourrait définir une hypothèse selon Spinoza comme une idée fictive utilisée dans un raisonnement. Donc une hypothèse diagnostique étiologique est une idée fictive concernant une façon particulière dont est modifiée la Puissance d'agir d'un corps humain.

#### II. 2. 6. e Des hypothèses étiologiques aux hypothèses concernant les propriétés des maladies

Concernant Mr F., donc, nous étions dans la situation où nous avons plusieurs idées fictives possibles pouvant correspondre aux causes de la modification de Puissance d'agir de Mr F. En fonction de ces idées fictives et au vu des syndromes présentés par Mr F. nous pouvions déduire des premières idées fictives, d'autres idées dérivées. Par exemple nous pouvions avoir une idée concernant le pronostic. Ayant seulement l'idée d'une hépatite fulminante que pouvons-nous évoquer comme pronostic ? L'idée de l'hépatite fulminante en elle-même consiste en la présence d'une hépatite et d'une diminution du facteur V. Cette idée est donc associée à l'idée d'une insuffisance du foie à assumer ses fonctions : production de facteurs de coagulation, production protéique en général, détoxification. Mais l'idée de l'hépatite fulminante en elle-même ne comporte pas l'idée de son évolution dans l'intensité et dans sa chronologie. Par exemple on pourrait proposer une idée fictive que nous pouvons énoncer ainsi : considérons un virus hépatotoxique. Ce virus hépatotoxique pourrait causer une cytolysse hépatique dont le pic d'effet en termes de troubles de la fonction hépatique serait en accord avec la définition de l'hépatite fulminante. Nous pouvons considérer que ce pic est régressif spontanément (sans thérapeutique étiologique, par exemple antivirale) et permettant un retour à des fonctions hépatiques soutenant la vie. Nous pouvons donc forger une idée fictive décrivant la cause

d'une hépatite fulminante spontanément résolutive (15% des hépatites fulminantes ne sont pas spontanément létales) (25). Ainsi c'est seulement par les étiologies, et par substitution, par les idées fictives concernant les étiologies, que l'on peut établir des hypothèses concernant les propriétés des maladies, dont les évolutions et les pronostics.

Nous avons donc dans l'esprit, certaines idées fictives concernant l'étiologie de la modification de Puissance de Mr F. Concernant chacune de ces idées fictives nous pouvions envisager, par raisonnement logique à partir de ces idées fictives, des pronostics, et, en fonction de l'étiologie envisagée dans chaque idée fictive, des propositions thérapeutiques associées. La question du traitement probabiliste se pose en termes de « bénéfice » du traitement dans chaque cadre fictif, par là du bénéfice en dehors du cadre fictif. Dans notre exemple nous nous situons dans un cas d'hépatite fulminante. Dans ce cadre nous connaissons certaines étiologies pouvant être les idées de causes d'hépatites fulminantes. Nous avons des connaissances concernant le pronostic selon chaque étiologie et nous avons des connaissances également sur le pronostic sans idée de l'étiologie (85% de mortalité selon l'évolution naturelle). Nous avons dans notre cas « éliminé » certaines idées fictives concernant les étiologies (certaines hypothèses diagnostiques). Par exemple les sérologies virales étaient négatives concernant les hépatites. Nous avons donc considéré ces hypothèses comme peu probables. Dans le cas de notre exemple, nous n'avons pas décidé d'un traitement probabiliste car nous avons eu un diagnostic étiologique par les résultats anatomopathologiques avant que la nécessité d'un traitement probabiliste ne s'impose dans la prise en charge du patient.

Dans cette sous-partie, nous avons donc montré que nous pouvions partir d'hypothèses, d'idées fictives selon Spinoza. A partir de ces idées fictives nous pouvons former des idées, fictives également, concernant les propriétés des maladies. Nous en revenons donc à un stade du raisonnement que nous avons décrit par la philosophie de Spinoza, le raisonnement par propriété, ou connaissance du deuxième genre. Il nous reste à suivre ce raisonnement pour tenter de faire un lien avec le caractère de Vérité de ces idées fictives.

## II. 2. 6. f Impossibilité, possibilité et certitudes des hypothèses diagnostiques

Nous avons dit au paragraphe précédent que nous avons éliminé certaines hypothèses diagnostiques. Puis la phrase suivante nous avons dit que nous avons considéré ces hypothèses comme peu probables. Comment considérer ces énoncés dans un cadre conceptuel spinoziste ? Nous sommes donc dans le cadre du raisonnement médical axiomatique. Nous avons pris connaissances de signes et symptômes. Nous les considérons comme effets. Nous recherchons la cause à ces effets. Certaines associations de signes et de symptômes ont pu conduire à la reconnaissance de certains syndromes. Considérons celui de la cytolyse hépatique. Cette cytolysse hépatique était initialement seulement une cytolysse hépatique. L'aggravation de celle-ci, l'association à des marqueurs d'insuffisance hépatique et l'apparition de signes neurologiques a défini le syndrome d'hépatite fulminante. Nous recherchons donc la ou les causes du syndrome « hépatite fulminante ». Nous avons des connaissances qui nous permettent de dire que dans le cadre du syndrome d'hépatite fulminante plusieurs éléments peuvent-être considérés comme étiologiques (25) (étiologies toxiques, infectieuse, auto-immune, ischémiques, vasculaires, néoplasiques, métaboliques). Nous reprendrons plus loin dans la discussion de notre cas, l'explication de ce point, ce qui recoupe ce que nous avons dit de la constitution d'idées vraies concernant les normes biologiques. Nous savons également, que dans certains cas nous ne pouvons pas découvrir d'étiologie à ce syndrome qui est censé être un effet. Plusieurs points sont à soulever de ce développement. Par les examens complémentaires nous obtenons d'autres connaissances quant à la norme biologique dans laquelle se trouve le patient. Nous parlions des sérologies des hépatites virales. Ces examens nous informent sur la présence d'anticorps dirigés contre certains antigènes spécifiques des virus des hépatites. Ces examens ayant été retrouvés négatifs dans le cas de notre patient nous pouvions en tirer des conclusions logiques. On garde ici à l'esprit que les résultats de ces tests se décrivent selon les concepts probabilistes évoqués dans la partie I. Le résultat négatif ou positif de ces tests ne vaut pas pour une réponse univoque. De plus en pratique les sérologies rendent souvent leur résultat en valeurs chiffrées avec une valeur seuil de positivité établi par ailleurs. En pratique les sérologies des hépatites ont des valeurs diagnostiques très importantes (sensibilité et spécificité

supérieures à 99%)(26). Du fait de la normalité des sérologies des hépatites virales nous pouvions donc dire que les idées fictives qui correspondent au fait que la sémiologie présentée par le patient est causée par les hépatites virales ont une probabilité très faible, sans considérer l'idée de fenêtre sérologique. Nous ne pouvons pas dire que ces idées sont fausses. Par contre il est vrai, selon une méthodologie probabiliste, que ces idées sont très improbables. C'est au moment où l'on considère une hypothèse très improbable qu'on la considère comme éliminée. Comme dit en partie 1, il est théoriquement envisageable de considérer un seuil de probabilité au-dessous duquel on peut ne plus retenir l'hypothèse.

Donc j'ai expliqué en quoi il était justifié de parler d'éliminer une hypothèse ou de la considérer comme très improbable. Je voulais revenir dans notre exemple au moment où l'on a dit que nous avions considéré comme établi le diagnostic de lymphome. Celui-ci a donc été établi par une technique spécifique. Cette technique a nécessité une interprétation humaine des résultats. Il a été considéré comme vrai par cette interprétation humaine que les anomalies, sous l'attribut de l'étendue, présentes dans la biopsie hépatique ne pouvait s'expliquer que par un lymphome. On voit ici que cette intervention ne s'évalue pas aussi simplement en termes de sensibilité et spécificité qu'un résultat de prise de sang, par exemple. Le diagnostic de lymphome est posé sur des critères d'observations techniques. Donc en considérant comme vraie l'hypothèse de lymphome on peut effectuer une réflexion qui va de la cause aux effets, ce qui permet de vérifier la cohérence du diagnostic. Ainsi en partant de l'idée de lymphome on peut considérer effectivement que le syndrome d'hépatite fulminante en est un effet. De manière générale cette recherche de cohérence de la sémiologie avec l'étiologie permet plusieurs choses. D'abord cela permet de vérifier la plausibilité de l'étiologie en tant qu'idée vraie. Ensuite cela permet d'envisager si certains signes ne sont pas des effets de l'objet de cette étiologie et qu'il peut exister plusieurs étiologies et donc plusieurs maladies chez un patient. Enfin l'objet d'une étiologie ne cause pas toujours les mêmes effets, c'est-à-dire ne produit pas toujours les mêmes signes. C'est donc par ce mode de pensée que l'on peut dire si l'étiologie est bien l'idée d'une cause adéquate d'un signe (qui est son effet), ce qui répond à une des sous-



problématiques soulevées par la situation. Revenir sur la sémiologie permet également de préciser les caractéristiques de la maladie ce qui peut avoir un intérêt sur le plan thérapeutique par exemple. Dans l'exemple du lymphome c'est la dissémination ainsi que le type des lymphomes qui sont des facteurs permettant d'orienter vers tel ou tel traitement.

#### II. 2. 6. g Vision épistémologique des connaissances pathologiques

Reprenons dans notre exemple un élément parallèle pour discuter d'une des questions posées. Nous nous demandions donc de savoir, si dans le cadre du raisonnement médical nous pouvions avoir l'idée d'étiologies dont les objets soient bel et bien des causes des signes, considérés comme effets. Puis nous nous demandions si ces idées pouvaient être dites vraies au sens spinoziste. Nous nous replaçons donc dans la situation où nous sommes en face de ce qui définit sémiologiquement un syndrome d'hépatite fulminante. Nous avons donc rapporté les étiologies dont les objets étaient reconnus comme étant des causes potentielles de ce syndrome. La question de la Vérité de ces idées se formule donc par la problématique suivante : comment est-on parvenu à l'idée d'étiologies toxiques, infectieuses et autres pour le syndrome d'hépatite fulminante ? En quoi ces étiologies peuvent également se considérer comme idée de causes d'un point de vue spinoziste ? Ces causes sont-elles adéquates ? Ces étiologies comme idées de causes de maladies peuvent-elle se considérer comme vraies d'un point de vue spinoziste ?

La première problématique consiste en une sorte d'épistémologie de la physiopathologie. C'est par le même raisonnement que celui présenté dans les parties II. 2. 4. e. et f. que nous pouvons justifier en quoi certaines connaissances physiopathologiques peuvent être vraies. Nous avons en effet montré que le raisonnement par propriété des choses et comparaison entre leur communauté ou leur distinction selon les corps, ou deuxième genre de connaissance, permettait d'avoir des idées vraies concernant les normes biologiques. Le fait pathologique étant une norme biologique alternative alors il peut également exister des idées vraies concernant ces états. Les disciplines rattachées aux états

pathologiques que sont les sciences du pathologique (physiopathologie, anatomopathologie, histopathologie...) permettent de percevoir de telles idées vraies.

Nous nous interrogeons en particulier sur la connaissance des causes des maladies, soit sur les idées que sont les étiologies. Je vais donner un exemple tiré de notre situation que nous allons justifier. Comment pouvons-nous dire qu'il existe une étiologie toxique aux hépatites fulminantes ? D'un point de vue clinique c'est probablement parce que nous sommes capables de percevoir, partant d'un individu étant affecté de maladie, dont l'état entre dans la définition de l'hépatite fulminante, qu'il existe un certain nombre de cas dans lesquels il a existé l'ingestion d'une substance exogène. Ce mode de pensée consiste en une imagination selon Spinoza et donc en une connaissance du premier genre. Par la suite, ayant cette imagination, nous pouvons être capables, par exemple avec une méthodologie expérimentale, de vérifier si une substance exogène en particulier est capable de causer un syndrome d'hépatite fulminante. Dans le cas où nous en sommes capables avec une méthodologie permettant de discuter des propriétés de phénomènes, nous forgeons alors des idées vraies par le deuxième genre de connaissance. Par contre si nous sommes incapables de percevoir des propriétés communes par nos méthodologies, alors nous restons dans une idée issue de l'imagination. Pour notre exemple d'intoxication nous pouvons citer le critère chronologique pour pouvoir dire qu'une substance exogène cause un état pathologique. De notre point de vue spinoziste, il s'agit là d'une propriété commune aux causes au sens large qui pourrait s'énoncer ainsi : les causes précèdent chronologiquement les effets.

#### II. 2. 6. h Les étiologies comme idées de causes adéquates ?

La seconde problématique consistait à savoir si les étiologies étaient des idées de causes adéquates. Repartons de notre exemple. Nous avons cité les groupes d'étiologies connues pour le syndrome d'hépatite fulminante. Dans le groupe des étiologies toxiques on peut trouver les intoxications au paracétamol, les intoxications par amphétamines (notamment MDMA), par champignons toxiques. Du point de vue spinoziste donc que voudrait dire qu'une intoxication au paracétamol est la cause de l'hépatite fulminante ? L'intoxication au paracétamol est-elle conceptualisable comme une cause

adéquate dans les termes de Spinoza ? La cause serait : « intoxication au paracétamol », l'effet serait « hépatite fulminante ». Définissons une intoxication (27). Une intoxication c'est : « une condition ou un état physique provoqué par ingestion, injection, inhalation d'un agent nuisible ou par exposition à celui-ci ». Dans notre cadre conceptuel, et dans notre vision axiomatique de la médecine, nous définirons « l'agent nuisible » comme une substance toxique. La définition proposée ne discute pas du rôle de la dose de substance toxique pour qu'il y ait intoxication. En termes spinoziste comment pouvons-nous traduire cette définition d'intoxication ? L'intoxication est une ingestion dans un corps individuel, d'un corps autre, appelé substance toxique, modifiant certains de ses rapports internes, et par cela sa Puissance d'agir. Ici on fait la retranscription la plus proche possible de la définition de l'intoxication rapportée. Dans la transcription spinoziste de la définition de l'intoxication, on voit que la notion de quantité de substance toxique n'est pas nécessaire, seule la notion de modification des rapports internes du corps et de sa Puissance d'agir est nécessaire. Prendre un comprimé de paracétamol peut se concevoir comme une modification des rapports internes du corps (ceci semble justifiable sur un plan pharmacologique), mais sans diminution de sa Puissance d'agir. Il faut par contre garder en tête qu'effectivement, dans la notion de substance toxique, sera contenue l'idée de quantité, ce qui est une autre problématique.

Nous souhaitons discuter maintenant du caractère adéquat de la cause « intoxication au paracétamol » en regard de l'effet hépatite fulminante. Une cause adéquate selon Spinoza est une cause qui suffit à expliquer entièrement un effet, de manière claire et distincte, et par elle seule. Pour discuter du caractère adéquat de la cause essayons de proposer l'enchaînement de causes et d'effet allant de l'ingestion de paracétamol à une dose toxique, jusqu'à l'hépatite fulminante. La physiopathologie nous dit que : il existe des toxiques fonctionnels et des toxiques lésionnels. Le paracétamol est un toxique lésionnel (28). Le paracétamol est métabolisé par le foie (le cytochrome P450 en particulier) en substances toxiques (N-acétyl-p-benzoquinone-imine (NAPQI)). Ces substances toxiques vont être détoxifiées par le glutathion et éliminées dans les urines. En cas de dépassement des capacités de détoxification du glutathion, le NAPQI va avoir un effet cytotoxique sur les cellules

hépatiques. Ce dépassement des capacités du glutathion peut survenir en cas d'excès de production de NAPQI, soit par induction enzymatique du cytochrome P450, soit par ingestion excessive de paracétamol. En cas d'effet cytotoxique important on peut entrer dans le cadre d'une insuffisance hépatique sévère et en cas de signes neurologiques dans le cadre d'une hépatite fulminante. Il semble donc qu'entre l'existence du mode fini « ingestion d'une substance toxique dans un corps » et celui de « syndrome d'hépatite fulminante » dans ce même corps il y ait bien une causalité. Par contre il semble également que d'autres causes puissent être associées et participer ou empêcher la survenue de l'effet « hépatite fulminante ». Donc la cause « intoxication au paracétamol » ne peut pas être considérée comme adéquate mais seulement comme partielle.

Nous avons donc montré par l'exemple que certaines étiologies médicales semblent bien être des causes des manifestations cliniques perçues par le raisonnement médical mais que celles-ci n'étaient pas forcément adéquates au sens spinoziste mais parfois seulement partielles. Que cela implique-t-il en termes d'idées vraies ?

#### II. 2. 6. i Les étiologies comme idées vraies

Nous avons donc répondu aux trois premières problématiques de la sous partie g. Il nous reste à discuter en quoi les étiologies sont des idées vraies d'un point de la vue spinoziste.

Nous avons donc dit que les étiologies pouvaient être des idées de cause inadéquates. Remarquons d'abord que dans le cas particulier dans lequel les étiologies sont les idées de causes adéquates alors celles-ci sont vraies, au vu de ce que nous avons dit suite à la définition de la cause adéquate. Mais dans le cas où les étiologies sont des idées de cause non-adéquates cela ne veut pas dire que ces idées sont fausses. Cela veut dire que l'on n'est pas capable de décomposer l'enchaînement de cause et d'effets en causes adéquates. Mais il peut exister à l'intérieur de cette cause inadéquate certaines parties que nous pouvons décrire en termes de cause adéquate.

Ainsi reprenons dans notre situation l'hypothèse toxique et en particulier celle de l'intoxication au paracétamol. On considère un individu qui ingère dix grammes de paracétamol. Cette ingestion cause un péristaltisme du tube digestif ce qui fait migrer l'ingesta le long du système digestif. Au sein de celui-ci le paracétamol sera absorbé, puis dans le reste de l'organisme il sera distribué, métabolisé et éliminé (selon les conceptions de la pharmacocinétique). L'ingestion de paracétamol ne cause pas l'absorption mais cause le péristaltisme dans cet exemple. L'absorption est causée par une disposition particulière du tube digestif en présence de paracétamol descriptible selon les concepts de la physiologie et de la physiopathologie. Les propriétés de cette absorption sont décrites par les connaissances issues de la pharmacocinétique. Il est donc visible qu'il existe une multitude de causes partielles dans un processus d'intoxication par exemple. Et cela pourrait se décrire de même manière pour un grand nombre d'étiologies.

Donc comment raisonner en termes de Vérité pour ces causes partielles ? De la même manière que pour toute autre idée, en effectuant un raisonnement par le deuxième genre de connaissances. Pour l'exemple proposé, le raisonnement par propriété permettant de décrire ces causes partielles permet d'élaborer des idées. Par exemple pour l'absorption du paracétamol on pourra obtenir grâce à la pharmacocinétique des rationalisations chiffrées. En effet on peut aboutir au résultat que le pic de concentration maximale de paracétamol dans le plasma se produit 30 à 60 minutes après l'ingestion du paracétamol (24). Il est à noter que cette proposition, au sens de Spinoza, est vraie si et seulement si on considère les conditions dans lesquelles cette valeur a été obtenue. On voit donc que dans les pathologies, nos connaissances requièrent souvent une certaine abstraction pour pouvoir aboutir à des idées vraies. Nous ne pouvons donc pas, dans la majeure partie de nos cas concrets, établir le déterminisme précis, pour un individu en particulier, qui décrit les effets dans son corps d'une cause en particulier, comme ce que souhaiterait Claude Bernard. Concernant l'intoxication par exemple nous ne pouvons pas prévoir pour un individu si une certaine dose de paracétamol entraînera ou non des effets. Nous ne pouvons qu'approcher ce déterminisme de plus ou moins loin grâce aux idées que nous possédons des sciences (en l'occurrence pharmacologiques). Il est intéressant de noter un point

concernant le nomogramme de Rumack-Matthew concernant les intoxications au paracétamol qui atteste de ce que l'on vient de dire dans notre développement (29). Celui-ci présente effectivement de manière chiffrée les seuils de concentrations de paracétamolémie en fonction du temps au-dessus desquels une toxicité hépatique est probable. Ce nomogramme repose donc sur des conceptions statistiques et probabilistes. Les idées issues de ce nomogramme sont donc vraies si et seulement si on considère dans l'esprit ces conceptions statistiques et probabilistes.

#### II. 2. 6. j Des hypothèses diagnostiques aux idées vraies.

Nous avons montré en quoi les étiologies pouvaient être des idées vraies. Il nous reste à évoquer la question du passage du mode de pensée qu'est le raisonnement médical à la perception des étiologies vraies.

On a dit que dans le raisonnement médical on utilisait des hypothèses diagnostiques. Celles-ci sont des idées fictives de causes de maladies. Nous nous demandons donc si par ce mode de pensée, nous pouvons arriver à faire correspondre une ou plusieurs idées fictives avec des étiologies vraies. Nous utiliserons encore une fois le second genre de connaissance de Spinoza pour discuter de cette problématique. En effet dans la pratique concrète, nous émettons des hypothèses diagnostiques en fonction des syndromes perçus sémiologiquement. En fonction d'autres perceptions (évolution, résultats d'examens complémentaires ...) nous pouvons considérer ces différentes hypothèses selon un critère de cohérence. Chaque hypothèse sera confrontée aux nouveaux signes perçus. En tant qu'un signe est une modification de la substance sous l'attribut de l'étendue, nous pouvons examiner les propriétés qu'il suit. Ainsi comme nous l'avons expliqué, nous pouvons former des idées vraies concernant l'enchaînement de cause et d'effets dans lequel ce signe se trouve. Nous pouvons en parallèle examiner les conséquences qui devraient suivre de nos idées fictives concernant les étiologies. C'est dans la comparaison entre, d'une part, les causes du signe, et d'autre part les conséquences logiques de notre idée fictive, que nous pouvons discuter d'une cohérence. Si l'idée fictive est cohérente avec le signe alors on peut dire que l'idée fictive est vraie. C'est l'adéquation d'une

idée avec son objet, ce qui pour Spinoza (Ethique Partie II, définition IV) est équivalent à dire que cette idée est vraie. C'est ce que l'on fait en pratique. Les hypothèses diagnostiques sont jugées plus ou moins probables, certaines, ou éliminées selon ce raisonnement. Et si l'on parle de probabilité, c'est parce que nos connaissances concernant certains signes englobent des notions de probabilité.

Prenons un exemple d'hypothèse diagnostique dans notre situation. Prenons celle du lymphome. Nous avons dit que nous avons considéré le diagnostic de lymphome certain car nous avons découvert une population lymphocytaire clonale sur la biopsie hépatique. Cela signifie que du point de vue de l'anatomopathologiste, seule l'hypothèse diagnostique du lymphome était cohérente avec l'observation faite sur la biopsie hépatique. Nous considérons cela comme vrai par le fait que nous avons justifié que les connaissances des normes biologiques, dont les connaissances anatomopathologiques pouvaient être vraies, et que nous reconnaissons les critères du vrai dans les rapports entre l'idée « lymphome » et l'objet « population clonale lymphocytaire dans la biopsie hépatique ». Ce rapport étant adéquat, l'idée en est nécessairement vraie. Par ailleurs le tableau clinique du patient était entièrement cohérent avec cette hypothèse diagnostique ce qui nous a fait conclure que le diagnostic était certain et que les autres hypothèses étaient exclues.

Dans cette partie nous avons donc montré en quoi nos idées fictives formées par le raisonnement médical, via les signes, concernant les étiologies pouvaient être dites vraies. C'est en suivant les règles de la Raison que nous pouvons y parvenir, telles que nous les avons explicités avec l'aide de la philosophie de Spinoza.

### **Partie III : Implications concrètes dans une pratique de médecine générale.**

Nous avons donc largement détaillé dans la deuxième partie de cette thèse en quoi le raisonnement médical était une Puissance de penser. Avant de conclure, je voulais évoquer brièvement les apports concrets que notre développement permet dans une pratique de la médecine et en particulier pour une pratique de médecine générale. Nous évoquerons d'une part les apports de notre travail pour la médecine, sans considérer un mode d'exercice particulier, puis nous en discuterons spécifiquement pour une pratique de médecine générale.

#### **II. 1 Apports concernant la médecine en général**

A la manière de Spinoza dans la partie V de l'Éthique nous souhaitons dans cette partie donner une direction, un sens, à notre action médicale. Notre discussion s'est centrée sur le raisonnement médical. Nous en avons conclu que celui-ci était puissant seulement en tant qu'il s'exerce selon la Raison. Cette conclusion est parallèle à celle que Spinoza propose dans la partie V de l'Éthique. En effet dans cette partie Spinoza énonce sa proposition éthique principale, c'est-à-dire vivre sous la conduite de la Raison. Il est donc cohérent que notre position dans cette thèse soit celle-ci : une bonne médecine est une médecine sous la conduite de la Raison. Il est donc maintenant nécessaire de développer ce que cela implique dans la pratique concrète.

##### **II. 1. 1 Recherche des connaissances vraies concernant les maladies**

Nous avons à plusieurs étapes de notre raisonnement proposé que la présence d'idées vraies au sein du raisonnement médical ne pouvait se conclure que de manière contingente. En effet la Raison s'applique, et, en tant que mode de perception des idées vraies, nous emmène à rencontrer de telles idées. Nous ne pouvons cependant pas préjuger, avant analyse, si nous allons percevoir des idées vraies ou non. Cette démarche est particulièrement vraie concernant le deuxième genre de connaissance, qui implique de penser selon des rapports de propriétés. Le troisième genre est une



connaissance intuitive de l'essence des choses mais comme nous l'avons dit, ce genre de connaissance n'est pas celui que nous avons détaillé.

Concrètement cela veut dire qu'il sera toujours nécessaire à chaque fois que nous appliquons le raisonnement médical à une situation particulière, que nous respectons les règles de la Logique, du raisonnement par propriétés communes. Cela revient à dire qu'il est nécessaire de pouvoir reproduire, ou en tout cas de le comprendre, le fondement scientifique de chaque connaissance que nous utilisons dans le raisonnement médical. Pour ce faire il est nécessaire d'une part de toujours se former pour développer des connaissances nouvelles, et en même temps de les comprendre, en tant qu'idées d'enchaînement de causes et d'effets, c'est-à-dire en tant que connaissances scientifiques. Cet établissement de connaissances nouvelles se produit dès l'apprentissage de la médecine. Cet apprentissage doit donc suivre les règles que nous avons évoquées. Nous avons donc dans ce paragraphe, proposé une méthode à suivre quant aux connaissances dans le cadre d'une démarche médicale.

## **II. 1. 2 Prise en compte des limites imposées au raisonnement médical**

Nous pouvons également nous positionner quant à la réalisation du raisonnement médical dans des situations cliniques particulières. Pratiquer le raisonnement médical sous la conduite de la Raison c'est donc dans un premier temps, l'effectuer de manière rigoureuse, la plus exhaustive possible. Cette posture comprend de fait des limites. Il existera toujours un antécédent dont on pourra préciser les caractéristiques, il existera toujours des contraintes contingentes qui pourront limiter par exemple l'exhaustivité du raisonnement médical, ou encore le temps dans lequel celui-ci sera effectué. Il conviendra cependant de toujours s'appliquer à ce que le raisonnement médical soit le plus rigoureux possible, dans le cadre de ces potentielles limites. Un exemple typique de limitation temporelle du raisonnement médical est l'urgence. Dans ce cas le raisonnement médical est contracté. On limite alors l'examen au recueil des signes les plus importants dont les signes de gravité. Les hypothèses diagnostiques sont proposées plus tôt dans le raisonnement : c'est l'induction précoce d'hypothèses.

On recherche spécifiquement les signes cliniques en rapport avec ces hypothèses diagnostiques. Les conséquences en termes de prescription d'examens complémentaires ou de prise en charge thérapeutique sont également plus précoces. Cependant la cohérence des hypothèses diagnostique est évaluée selon la même démarche. Dans le cas de l'urgence c'est donc la moins grande quantité d'informations sémiologiques initiales qui fait que le raisonnement diffère.

### **II. 1. 3 La question du doute dans le raisonnement médical**

Dans de nombreuses situations cliniques nous nous trouvons devant des difficultés. Certaines concernent le raisonnement médical. En cas de difficulté dans une démarche diagnostique, il faudra donc s'attacher à vérifier que le raisonnement médical a été rigoureusement effectué. S'il le faut il faudra reprendre les étapes qui l'ont moins été, les approfondir, les compléter, les critiquer. Il faut cependant noter qu'une difficulté dans le raisonnement médical peut être le fait de la situation clinique particulière en elle-même. Il est possible que l'on ne puisse pas établir un grand nombre d'idées vraies concernant la maladie du patient, par exemple du fait du manque de signes clinique, d'un tableau clinique fruste, de manque de recul sur l'évolution d'une maladie ou encore de manque de connaissances sur certaines causes de maladies. Dans une telle situation il faut considérer que nous sommes impuissants à un moment donné de la démarche médicale à comprendre les causes qui font que le patient est affecté dans sa Puissance d'agir. Il faut garder dans ces situations l'idée que de potentielles modifications de l'état clinique du patient puissent advenir et que le raisonnement médical doive les appréhender si cela est le cas.

### **II. 2 Apports concernant la médecine générale**

Nous souhaitons désormais nous pencher sur les apports que notre travail peut avoir concernant une pratique de médecine générale ambulatoire. Pour ce faire nous allons examiner les différentes compétences spécifiques de la médecine générale selon la marguerite des compétences (30).

## **II. 2. 1 Compétence premiers recours/urgence**

C'est dans cette compétence qu'il est le plus évident de trouver des intérêts à notre travail. Lorsqu'un individu consulte un médecin généraliste il lui exprime une demande. Les demandes exprimées au médecin peuvent être diverses. Nous considérerons dans un premier temps les demandes concernant un problème de santé perçu ou réel, c'est-à-dire concernant une diminution de Puissance d'agir.

Nous avons dit que cette situation pouvait se concevoir ainsi en spinoziste : un individu consulte un médecin, il lui exprime qu'il perçoit une modification de sa Puissance d'agir. Il est mu à consulter par Conatus. Il va exister une composition affective entre le médecin et le patient qui fait que le médecin va pratiquer son raisonnement médical en tant que Conatus de cette composition affective. Qu'apporte donc notre travail dans cette situation ? D'abord c'est par notre travail que nous pouvons concevoir la situation comme présentée ici. Etant dans la position du médecin nous pouvons maintenant percevoir la situation en termes de Puissance. Nous avons par ce travail acquis des idées vraies qui nous permettent de savoir en quoi le raisonnement médical est puissant. Nous sommes donc affectés à effectuer le raisonnement médical selon les prescriptions détaillées dans la partie III.1. En étant puissant par ce raisonnement médical, et étant pris dans une composition affective avec le patient, celui-ci sera également plus puissant.

Dans le cadre de la médecine générale ambulatoire, au cours d'une seule consultation, il est fréquent de ne pas arriver jusqu'au diagnostic étiologique. Cependant par notre travail nous sommes en mesure de savoir à quelle étape du raisonnement médical nous nous trouvons. Nous savons donc quelles étapes manquent pour aboutir au diagnostic étiologique. Nous nous trouvons ici à l'intersection avec la compétence continuité/suivi et coordination des soins. Concevoir en quoi le raisonnement médical s'est effectué de manière incomplète, c'est pouvoir discuter et proposer des modalités de prolongation de celui-ci. Que ce soit prévoir des examens complémentaires hors du cadre de cette consultation unique si le raisonnement médical l'exige, ou bien dans les modalités concrètes dans lesquelles il sera

poursuivi (nouvelle consultation, consultation spécialisée par exemple). Une fois encore les décisions concernant le raisonnement médical ne peuvent se décider que pour une situation particulière.

## **II. 2. 2 Compétence éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire**

Il nous semble que nous pouvons séparer cette compétence en deux parties au vu de notre travail. L'éducation en santé est en effet un élément de cette compétence qui implique une mise en mouvement dans un objectif particulier, celui de promouvoir une bonne santé, et par une méthode particulière : l'éducation. Le dépistage et la prévention sont des démarches qui se conçoivent temporellement avant une maladie. L'éducation se rapproche donc plus d'une approche thérapeutique et le dépistage et la prévention plus d'une approche diagnostique. Comme notre travail s'est centré sur la réflexion diagnostique nous effectuerons des remarques uniquement sur le dépistage et la prévention.

La prévention c'est donc éviter qu'une maladie survienne. Il existe trois niveaux de prévention (31). La prévention primaire a pour objet d'éviter la survenue de facteur de risques d'une maladie, la prévention secondaire vise à ce que la présence de facteurs de risques n'entraîne pas de maladie, la prévention tertiaire que lorsqu'une maladie est déclarée, il ne survienne pas de complication de celle-ci. Dans notre interprétation spinoziste cela veut dire que nous souhaitons éviter qu'une diminution de la Puissance d'agir d'un individu se produise. Cela se base sur l'idée que nous pouvons connaître des facteurs de risques d'une maladie. Dans notre langage cela voudrait dire que nous avons des idées vraies concernant des causes des maladies et que nous voulons éviter qu'un individu soit affecté par ces causes. La prévention primaire se considère alors indépendamment du type de la cause. La prévention secondaire ne peut donc s'appliquer qu'à des causes partielles. La prévention tertiaire concerne des conséquences de maladies, qui seront dans notre interprétation, encore des maladies elles-mêmes.

Dans notre travail nous avons développé en quoi nous pouvions avoir des idées vraies concernant les causes de maladies. Par Puissance de penser et Conatus il est nécessaire que nous cherchions à ne pas être affectés par ces causes. Dans une certaine composition affective avec d'autres individus il peut également être nécessaire que nous ne voulions pas que d'autres individus humains soient affectés par ces causes. Prenons l'exemple du tabagisme. Il est statistiquement vrai que le tabagisme est associé à un sur-risque de cancer du poumon entre autres maladies. Avoir cette idée dans l'esprit c'est souhaiter ne pas être affecté par le tabagisme. Cela ne préjuge pas de la mise en mouvement des corps, cette idée étant donnée dans leurs esprits. Cela est une question qui se rapprocherait de la thérapeutique via l'éducation en santé. Cependant notre démarche qui vise à augmenter notre Puissance de penser dans le raisonnement médical semble bien trouver un point d'application ici. Former l'idée que le tabagisme est un facteur de risque de maladies, en tant que cette idée est vraie, est bel et bien, une augmentation de Puissance de la pensée. Il en suit que plus nous formons d'idées vraies concernant les causes de maladie, plus nous sommes puissants, ceci étant vrai en particulier dans le cadre de la prévention.

Dans une pratique concrète il se justifie donc de dépister les conséquences précoces de certaines maladies. Cela peut se faire concernant les maladies dont on connaît des facteurs de risques, pour lesquelles nous avons des idées vraies concernant les causes. Le dépistage peut également se justifier en dehors ou indépendamment de la connaissance de cause de maladies. C'est le cas des dépistages systématiques. Toute une population, indépendamment de l'affection par certains facteurs de risques est dépistée. On voit ici que la prévention est une partie de la médecine et que le dépistage est l'équivalent du raisonnement médical, dans le cadre de la prévention. Au vu de ce que nous avons dit au paragraphe précédent il se justifie donc de dépister certaines maladies. Par contre notre travail ne permet pas de nous positionner sur la manière dont ce dépistage doit être effectué en pratique. On peut simplement lui appliquer les mêmes remarques méthodologiques que celles que nous nous sommes données pour le raisonnement médical.

### **II. 2. 3 Compétence continuité des soins, coordination des soins, suivi**

Notre travail semble assez indépendant de ces notions. Il ne semble pas apporter d'éléments concrets à spécifique à cette compétence en sus de ce que nous avons évoqué à la compétence premier recours-urgence.

### **II. 2. 4 Compétence relation, communication, approche centrée patient**

Cette compétence regroupe plusieurs éléments constitutifs de la relation médecin-patient. Notre travail apporte également peu d'éléments concrets pour la pratique de cette compétence. Cependant la philosophie de Spinoza est fondamentalement à même de penser cette compétence en tant, précisément, que celle-ci est relationnelle. Nous pouvons malgré tout dire que l'approche centrée patient fait clairement écho à notre conception de la médecine comme perception de la Puissance d'un individu. L'approche centrée patient signifie que la médecine générale doit considérer la Puissance du patient en particulier.

### **II. 2. 5 Compétence approche globale, prise en compte de la complexité**

Notre travail nous permet de préciser les implications de cette compétence dans une pratique de médecine générale. En effet notre travail définit le raisonnement médical comme un mode de pensée des maladies et qui nous apporte de la Puissance. Avoir conceptualisé plus précisément le raisonnement médical permet de mieux distinguer les différents aspects d'une consultation de médecine générale. Certaines problématiques soulevées lors d'une consultation peuvent se concevoir uniquement comme l'application du raisonnement médical. D'autres ne peuvent se résoudre uniquement par l'application de celui-ci, de la manière dont nous l'avons défini. Notre travail permet de mieux concevoir les rapports entre ce qui dépend uniquement du raisonnement médical, et ce qui n'en dépend pas uniquement ou pas du tout, dans le cadre d'une consultation de médecine générale.

En ce qui concerne cette compétence donc, la philosophie de Spinoza permet de concevoir un individu comme nécessairement en relation avec son environnement. En appliquant le raisonnement médical

comme nous l'avons défini, nous pouvons percevoir plus d'idées vraies concernant un individu malade. Cela signifie que nous percevons des propriétés par lesquelles l'individu malade est affecté, selon le deuxième genre de connaissance, ou bien, que nous percevons l'essence des choses, selon le troisième genre de connaissance. Ayant perçu ces propriétés ou ces essences, nous sommes plus à même de penser l'individu malade avec les autres corps qui l'entourent, et avec ce qui l'affecte. Encore une fois cet apport de notre travail est de l'ordre de la méthode plus que d'une réponse à une question précise. Cependant, la philosophie de Spinoza est très effective pour concevoir de tels rapports. Mieux connaître un corps, c'est être plus puissant à en comprendre les affections.

## **II. 2. 6 Compétence professionnalisme**

Cette compétence est représentée dans la marguerite des compétences comme englobant toutes les autres. En cela nous ne pouvons pas développer plus que nous ne l'avons fait dans les autres compétences les apports de notre travail à cette compétence ci. Nous pouvons simplement dire que les prescriptions que nous nous sommes données à nous même dans ce travail doivent être appliquées pour être plus puissant. Selon un parallélisme avec la formule de Spinoza nous pouvons dire que nous souhaitons une médecine « sous la conduite de la Raison »

## Conclusion signée :

THÈSE SOUTENUE PAR : Thibault MARIOTTE

TITRE :

Introduction à une conception spinoziste du raisonnement médical étiologique.

### CONCLUSION :

Si l'on considère souvent Spinoza sous le prisme de sa philosophie des affects ou de ses apports à la pensée éthique, du nom de son œuvre principale, on méconnaît plus souvent ses apports à la philosophie de la connaissance. Dans cette thèse nous nous sommes approchés de la philosophie de Spinoza parce qu'elle nous semblait la plus à même de répondre à de nombreuses questions dans le domaine médical.

D'abord nous avons vu que la métaphysique spinoziste consiste en un Monisme, et que cela permettait une approche conceptuelle particulière de la maladie. Par suite logique dans le cadre de cette métaphysique nous avons été capable de définir ce qu'était la médecine : une réaction conative à cet état modifié de Puissance qu'est la maladie. En reprenant l'idée des concepts de corps et d'esprit de Spinoza nous avons montré que la médecine perçue sous l'attribut de la pensée peut se définir comme le raisonnement médical. A la manière de Spinoza dans l'Éthique, nous avons tenté de proposer que le raisonnement médical pouvait se concevoir comme un système axiomatique, que nous avons essayé de synthétiser brièvement, dans des termes spinozistes.

Ensuite est venue la question de la Vérité des idées que nous pouvions forger par ce mode de pensée qu'est le raisonnement médical, ce qui pour Spinoza, est équivalent à la Puissance de penser. Nous avons montré qu'en suivant le raisonnement spinoziste il était nécessaire que nous puissions avoir certaines idées vraies concernant le corps humain qu'il soit malade ou non. De là nous avons tenté de justifier le bien fondé de notre proposition de système axiomatique pour le raisonnement médical et pour sa Puissance. Nous avons conclu que le raisonnement médical était puissant en tant qu'il percevait des idées sous la conduite de la Raison, soit par le deuxième soit par le troisième genre de connaissance de Spinoza.

Enfin nous avons évoqué les conséquences des concepts que nous avons pu soulever de ce travail de thèse pour la pratique médicale et en particulier, pour une pratique de la médecine générale.

Pour conclure ce travail il faut évoquer certaines limites de celui-ci. En premier lieu il faut dire un mot de la décision prise dans cette thèse de ne pas traiter de la thérapeutique. Il m'a semblé que la thérapeutique posait de nombreux problèmes qui ne pouvaient pas être simplement résolus avec les concepts que j'ai évoqués dans cette thèse. Ainsi que faire des effets différents de traitement identiques pour une même maladie, que penser de notre méthode quasiment exclusivement statistique pour l'évaluation de nouveaux traitements ? Prolonger le raisonnement mené dans cette thèse à ce domaine reviendrait à considérer notre méthodologie médicale en rapport avec les concepts de Raison, chez Spinoza. De même je n'ai pas exploré le domaine des pathologies psychiatriques. Il me semblait qu'il aurait fallu expliciter plus précisément les rapports entre le corps et l'esprit dans la philosophie de Spinoza pour ce faire, ce qui m'a semblé être un travail trop large sur le plan philosophique.

La conclusion éthique de la philosophie de Spinoza est de proposer que la vie doit être menée sous la conduite de la Raison. Il est donc logique, au vu des intentions de cohérence, et de la philosophie de Spinoza, et de notre travail de thèse, que notre position dans cette thèse soit que le raisonnement médical doive être mené sous la conduite de la Raison.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 15/11/22

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE



Pr Patrice MORAND

Pour le Président  
et par délégation  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY



Pr Athan BAILLET



## **Bibliographie**

1. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 12e éd. [Paris] : PUF; 2013. (Quadrige).
2. Collège National des Enseignants de Médecine Interne – Poly Sémiologie – POUCE [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur : <https://pouce.org/pedagogie/referentiels-en-pdf-before-import/college-national-des-enseignants-de-medecine-interne-poly-semiologie-before-import/>
3. Larousse É. Définitions : synthèse - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/synth%C3%A8se/76220>
4. Référentiel - Préparation des ECN | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : <https://sfcadio.fr/page/referentiel-preparation-des-ecn>
5. Marquette CH. Pneumologie : référentiel pour la préparation de l'ECN. 7e éd. Milon-la-Chapelle : S-éditions; 2021. (Référentiel ECN).
6. Compréhension des examens médicaux et des résultats des examens - Sujets spéciaux [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/sujets-sp%C3%A9ciaux/prise-de-d%C3%A9cision-clinique/compr%C3%A9hension-des-examens-m%C3%A9dicaux-et-des-r%C3%A9sultats-des-examens>
7. Spinoza B, Akkerman F, Lagrée J, Moreau PF. Traité théologico-politique. 2e éd. Paris : Presses universitaires de France; 2012. (Oeuvres).
8. Spinoza B de, Mignini F, Moreau PF, Spinoza B de, Spinoza B de. Oeuvres. I : Premiers écrits. 1re éd. Paris : Presses universitaires de France; 2009. 478 p. (Epiméthée).
9. Spinoza B, Akkerman F, Steenbakkers P, Moreau PF. Ethica. Paris : PUF; 2020. (Oeuvres).
10. Spinoza B, Rovere M. Correspondance. Paris : Flammarion; 2010. (GF).
11. Le siècle de Spinoza [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.lhistoire.fr/le-si%C3%A8cle-de-spinoza>
12. Lenoir F, Misrahi R. Le miracle Spinoza : une philosophie pour éclairer notre vie. Paris : Librairie générale française; 2019. (Le livre de poche).
13. Définitions : métaphysique - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9taphysique/50896>
14. Ontologie [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur : <https://philosciences.com/vocabulaire/78-ontologie>
15. Chevalier N. Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques. 5e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2021. (Les référentiels des collègues).
16. Moreau PF. Spinoza et le spinozisme. 4e éd. Paris : Presses universitaires de France; 2014. (Que sais-je ?).

17. Leçon sur l'éthique - première partie - De Dieu - 1/7 | Canal U [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.canal-u.tv/chaines/ens-de-lyon/spinoza/lecon-sur-l-ethique-premiere-partie-de-dieu-17>
18. Bardinet T. Les papyrus médicaux de l'Égypte pharaonique : traduction intégrale et commentaire. Paris : Fayard; 1995. 590 p. (Penser la médecine).
19. Leca AP. La médecine égyptienne au temps des pharaons. Paris : Dacosta; 1980. 486 p.
20. Histoire de la médecine - Médecine dans l'Antiquité [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.techno-science.net/glossaire-definition/Histoire-de-la-medecine-page-2.html>
21. DYS- : Définition de DYS- [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/dys->
22. Sémiologie respiratoire – Référentiel national – CEP [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : <http://cep.splf.fr/enseignements/semiologie-respiratoire-referentiel-national-2/>
23. Bernard C, Dagognet F. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris : Flammarion; 2008. (Champs).
24. Barreau H. L'épistémologie. 9e éd. Paris : Que sais-je ?; 2021. (Que sais-je ?).
25. Ichai P, Samuel D. Epidemiology of liver failure. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 1 oct 2011;35(10) :610-7.
26. Barth H. Diagnostic virologiques des hépatites virales B et C. :39.
27. CISMef. HeTOP [Internet]. Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen; [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : [https://www.hetop.eu/hetop/#rr=MSH\\_D\\_011041&q=intoxication](https://www.hetop.eu/hetop/#rr=MSH_D_011041&q=intoxication)
28. Intoxication par le paracétamol - Blessures; empoisonnement [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/blessures-empoisonnement/intoxications-empoisonnements/intoxication-par-le-parac%C3%A9tamol>
29. Figure : Nomogramme de Rumack-Matthew pour ingestion aiguë simple de paracétamol [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/multimedia/figure/nomogramme-de-rumack-matthew-pour-ingestion-aigu%C3%AB-simple-de-parac%C3%A9tamol>
30. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. 24 :8.
31. La prévention sanitaire [Internet]. vie-publique. fr. [cité 15 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/282704-la-prevention-sanitaire>
32. Nadler SM, Sené JF, Bosseau O. Spinoza : une vie. Nouvelle éd. revue et augmentée. Saint-Martin-de-Londres : H&O; 2021.

## ANNEXE 1 : Le texte du Herem de SPINOZA (32)

"Les Messieurs du Mahamad vous font savoir qu'ayant eu connaissance depuis quelque temps des mauvaises opinions et de la conduite de Baruch de Spinoza, ils s'efforcèrent par différents moyens et promesses de le détourner de sa mauvaise voie. Ne pouvant porter remède à cela, recevant par contre chaque jour de plus amples informations sur les horribles hérésies qu'il pratiquait et enseignait et sur les actes monstrueux qu'il commettait et ayant de cela de nombreux témoins dignes de foi qui déposèrent et témoignèrent sur tout en présence dudit Spinoza qui a été reconnu coupable : tout cela ayant été examiné en présence de Messieurs les Hahamim, les Messieurs du Mahamad décidèrent avec l'accord des rabbins que ledit Spinoza serait exclu et écarté de la Nation d'Israël à la suite du hérem que nous prononçons maintenant :

A l'aide du jugement des saints et des anges, nous excluons, chassons, maudissons et excérons Baruch de Spinoza avec le consentement de toute la sainte communauté en présence de nos saints livres et des six cent treize commandements qui y sont enfermés. Nous formulons ce hérem comme Josué le formula à l'encontre de Jéricho. Nous le maudissons comme Élie maudit les enfants et avec toutes les malédictions que l'on trouve dans la Loi. Qu'il soit maudit le jour, qu'il soit maudit la nuit ; qu'il soit maudit pendant son sommeil et pendant qu'il veille. Qu'il soit maudit à son entrée et qu'il soit maudit à sa sortie. Veuille l'Éternel ne jamais lui pardonner. Veuille l'Éternel allumer contre cet homme toute Sa colère et déverser sur lui tous les maux mentionnés dans le livre de la Loi : que son nom soit effacé dans ce monde et à tout jamais et qu'il plaise à Dieu de le séparer de toutes les tribus d'Israël en l'affligeant de toutes les malédictions que contient la Loi. Et vous qui restez attachés à l'Éternel, votre Dieu, qu'Il vous conserve en vie.

Sachez que vous ne devez avoir avec Spinoza aucune relation ni écrite ni verbale. Qu'il ne lui soit rendu aucun service et que personne ne l'approche à moins de quatre coudées. Que personne ne demeure sous le même toit que lui et que personne ne lise aucun de ses écrits."

# Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”