

Mémoire de Maîtrise en médecine No

Epistémologies médicales et socle épistémologique du médecin

Medical epistemologies and how the practitioner manages to implement theories of medical knowledge in his clinical practice

Etudiante

Nadia Kilani

Tuteur

Professeur Ilario Rossi

Co-tuteur

Doctoresse Lilli Herzig

Docteur Daniel Widmer

Institut universitaire de médecine générale

Expert

Professeur Jean-Nicolas Despland

Lausanne, décembre 2012

Abstract/Introduction

Le terme complexe d'épistémologie médicale peut être explicité en définissant la médecine comme construite sur trois pôles fondamentaux et la relation qui lie ces trois pôles: *le projet* fondateur, *l'objet* du projet et *les outils* servant au projet. Ces trois pôles forment l'épistémologie médicale.

Le projet est celui de soigner, ou encore de défendre contre la maladie: il s'agit d'agir sur le phénomène pathologique afin qu'il disparaisse. Or pour cela, il faut d'abord rendre ce phénomène visible. En d'autres termes, la construction du concept même de pathologie est indispensable au projet thérapeutique qui a besoin de faire apparaître son objet afin de pouvoir mieux le faire disparaître.

L'objet dont on parle, c'est la maladie. Or, cet objet conceptuel doit être élaboré à l'aide d'outils *conceptuels* permettant de construire une représentation du modèle du pathologique. Ces outils sont toutes les théories conceptuelles de la maladie qui ont pu exister à travers les siècles et qui sont des application au domaine médical de différentes conceptualisations du monde, propres à chaque époque, telles que la philosophie ou la science par exemple.

Le projet thérapeutique - faire disparaître le phénomène pathologique - exige donc tout d'abord l'existence de son objet - le concept de la maladie. Par la suite, il faut élaborer cet objet en un modèle de représentation de la maladie, modèle qui fournit un substrat sur lequel on peut alors appliquer des outils *actifs* qui, à leur tour, peuvent agir sur la maladie et tenter donc de faire disparaître le phénomène pathologique. Ces outils *actifs*, issus des outils *conceptuels*, sont en fait les techniques appliquées à la maladie. Nous distinguerons encore une troisième catégorie d'outils, faisant le lien entre les outils *conceptuels* et les outils *actifs* en rendant traductible par le corps le concept du phénomène pathologique: ce sont les outils *sémiologiques*.

L'étude de l'épistémologie peut être définie comme l'étude de la production, de la construction et de la validation du savoir. Elle s'intéresse à comprendre comment est produite la connaissance scientifique. Or, cette production est construite de l'interaction entre les divers éléments qui définissent l'originalité des différents domaines de la science et que nous avons réunis dans les trois catégories du *projet*, de *l'objet* et des *outils*. Nous retrouvons ici les trois pôles fondateurs de la médecine, que nous avons définis plus haut en tant qu'objets d'étude de l'épistémologie médicale.

Dans la première partie, théorique, de ce travail, qui est basée sur l'analyse de la littérature, nous nous intéresserons aux changements chronologiques de leur nature et de leurs relations dans le but de comprendre comment l'épistémologie médicale, en proposant une interprétation du phénomène pathologique, participe à la construction historique, culturelle et sociale de la maladie.

La deuxième partie, pratique, est constituée de l'analyse d'interviews de médecins FMH et s'interroge sur la façon dont le médecin intègre, gère, interprète et applique l'héritage constamment en mouvement du savoir médical dans sa pratique de la médecine. En d'autres termes, comment du mélange d'un savoir médical historiquement transmis et du savoir acquis de son expérience, le médecin construit son propre socle épistémologique.

Mots clés : épistémologie-maladie-projet-objet-outils

Remerciements

Mes remerciements vont aux deux médecins de famille, la Doctoresse Lili Herzig et le Docteur Daniel Widmer, ainsi qu'au Professeur d'anthropologie, Ilario Rossi, qui ont beaucoup aidé à la réalisation de ce travail.

Je remercie également le Professeur Vincent Barras qui s'est généreusement montré disponible pour répondre à mes demandes de conseil.

Enfin j'exprime ma reconnaissance aux trois médecins qui ont aimablement accepté de m'accorder de leur temps et de participer à l'enquête, ce qui a permis de fortement enrichir ce travail.

Table des matières

Abstract/Introduction	1
Remerciements	2
Table des matières	3
Première partie :	4
L'épistémologie médicale et la construction historique, culturelle et sociale de la maladie.....	4
I. Introduction	4
II. Concept d'épistémologie	4
III. L'évolution de l'épistémologie médicale : un bref historique.....	7
III.I L'épistémologie médicale aux fondements de la médecine : Hippocrate et Galien	7
III.II André Vésale et Giovanni Battista Morgagni : l'anatomie moderne et l'anatomo-pathologie	12
III.III René-Théophile-Hyacinthe Laennec et les outils sémiologiques	14
III.IV "Scientifisation" de la médecine ou scientifisation de la nature des outils médicaux: du positivisme à la science expérimentale	16
III.V La médecine comme science appliquée. De la disparition de son objet à la disparition de son projet	19
Deuxième partie :	22
Socles épistémologiques du médecin dans la prise en charge clinique: exemple du diabète de type II	22
I. Introduction	22
II. Méthode	22
III. Présentation des médecins interrogés	23
IV. Résultats	24
V. Analyse des résultats	25
Conclusion.....	31
Références.....	33
Annexes.....	35

Première partie :

L'épistémologie médicale et la construction historique, culturelle et sociale de la maladie

I. Introduction

Dans cette première partie de notre travail, nous tenterons de montrer comment l'épistémologie médicale, en proposant une interprétation du phénomène pathologique, participe à la construction historique, culturelle et sociale de la maladie.

Pour se faire, nous commencerons par expliciter la notion « d'épistémologie médicale » en l'articulant autour de trois pôles que nous nommerons « projet », « objet » et « outils ». Ceux-ci constitueront une grille de lecture qui, appliquée à certaines époques clés dans l'Histoire de la médecine scientifique, nous permettra d'analyser les grands mouvements de l'épistémologie médicale.

Cette analyse sera basée sur la lecture de plusieurs types de littérature : des sources primaires tout d'abord, comme la traduction de textes des grandes figures de l'Histoire médicale telles que Hippocrate, Galien, Vésale, Morgagni, Laennec, Winslow, Bernard, ou encore des extraits du Dictionnaire des sciences médicales. Des sources secondaires ensuite, telles que les articles et livres du philosophe et médecin Georges Canguilhem, de l'anthropologue Byron Good, de l'historienne des sciences Antoinette Virieux-Reymond ou finalement les cours donnés à l'université de Lausanne par le Professeur en pharmacologie Thierry Buclin.

Il ne s'agit en aucun cas de réaliser ici une analyse historique exhaustive, mais de tenter d'illustrer, à travers des moments que nous avons sélectionnés, comment la reconfiguration progressive et perpétuelle des trois pôles épistémologiques a construit et continue à construire la médecine que nous pratiquons aujourd'hui.

II. Concept d'épistémologie

Afin d'expliquer au mieux la notion très complexe d'épistémologie, nous commencerons par tenter de répondre à cette question originelle : Qu'est-ce que la médecine ?

Nous avons choisi de définir la médecine comme construite sur trois pôles fondamentaux et leurs relations : **le projet** fondateur, **l'objet** du projet et **les outils** servant au projet. Ces trois pôles forment l'épistémologie médicale.

A l'origine, comme on peut le lire dans le Serment d'Hippocrate, il y a un projet qui fonde et définit la médecine:

« (...) Dans toutes les maisons où j'entrerai, ce sera pour le soulagement des malades. (...) ».¹

Ce projet est de soigner, ou encore de défendre contre la maladie, en la prévenant (maintien de la santé) ou en la faisant disparaître (restauration de la santé). En d'autres termes, il s'agit d'agir sur le phénomène pathologique afin qu'il disparaisse. Or pour cela, il faut d'abord rendre ce phénomène visible. En d'autres termes, la construction du concept même de pathologie est indispensable au projet thérapeutique qui a besoin de faire apparaître son objet afin de pouvoir mieux le faire disparaître.

« (...) Les discours et les recherches d'un médecin n'ont pas d'autre objet que les maladies dont chacun souffre et est affligé ».²

¹ LITTRÉ (1844), p.633

L'objet dont on parle, c'est la maladie. Or, cet objet conceptuel doit être élaboré à l'aide d'outils *conceptuels* permettant de construire une représentation du modèle du pathologique. Ces outils sont toutes les théories conceptuelles de la maladie qui ont pu exister à travers les siècles, comme par exemple les deux conceptions entre lesquelles la pensée médicale n'a cessé d'osciller encore aujourd'hui :

La première est la conception ontologique de la maladie que l'on attribue à la médecine égyptienne, où la maladie, entité en elle-même, entre et sort de l'homme et où il faut recourir à la technique pour corriger la nature et ramener dans la norme l'organisme affecté par la maladie. La seconde est la conception dynamique de la maladie, que l'on attribue cette fois à la médecine grecque d'Hippocrate, où la maladie n'est pas une entité en soi mais l'effort porté par la nature en l'homme pour restaurer l'équilibre de l'organisme. La maladie s'y inscrit dans la continuité de l'état de santé.³

On notera que ces conceptions de la maladie sont des applications au domaine médical de différentes conceptualisations du monde propres à chaque époque. En d'autres termes que les outils médicaux conceptuels découlent des théories conceptuelles contemporaines que sont par exemple la philosophie ou la science.

Comme nous venons de le voir, le projet thérapeutique - faire disparaître le phénomène pathologique - exige d'abord l'existence de son objet - le concept de la maladie. Il faut ensuite élaborer cet objet en un modèle de représentation de la maladie, modèle qui fournit un substrat sur lequel on peut alors appliquer des outils *actifs* qui, à leur tour, peuvent agir sur la maladie et tenter donc de faire disparaître le phénomène pathologique. Ces outils *actifs* issus des outils *conceptuels* sont en fait les techniques appliquées à la maladie. Nous distinguerons encore une troisième catégorie d'outils, faisant le lien entre les outils *conceptuels* et les outils *actifs* en rendant traductible par le corps le concept du phénomène pathologique: ce sont les outils *sémiologiques*.

A titre d'exemple, si l'objet du projet thérapeutique est la maladie infectieuse, les outils *conceptuels* qui ont élaboré le modèle de cette maladie sont les théories de la microbiologie. Les outils permettant de traduire dans un langage corporel le concept pathologique, à savoir les outils *sémiologiques*, sont le symptôme (le mal de gorge), le symptôme mesurable et objectivable-signe (la fièvre), ou encore le signe (les cultures bactériennes). Et les outils qui agissent concrètement sur cette maladie, les outils *actifs*, sont les antibiotiques.

Dès lors, «l'interprétation de la nature d'une maladie est toujours porteuse de l'histoire du discours qui donne forme à cette interprétation»⁴ et l'existence ou au contraire l'inexistence de ce que la communauté scientifique nomme une maladie dépend entièrement du type de représentation de la maladie utilisé à une époque précise.

De son étymologie du grec ancien, on peut distinguer deux parties au terme «épistémologie»: ἐπιστήμη qui signifie 'connaissance', et λόγος qui signifie 'discours'. Cette traduction rejoint celle qu'en a faite Canguilhem en définissant l'épistémologie comme «la théorie de la connaissance».⁵

En d'autres termes, l'étude de l'épistémologie peut être définie comme l'étude de la production, de la construction et de la validation du savoir. Elle cherche à comprendre comment la connaissance scientifique est produite. Or, cette production est construite de l'interaction entre les divers éléments qui définissent l'originalité des différents domaines de la science et que nous avons déjà réunis dans les trois catégories du **projet**, de l'**objet** et des **outils**.

² LITTRÉ (1839), p. 573

³ CANGUILHEM (2003), pp. 10-12

⁴ GOOD (1998), p.127

⁵ CANGUILHEM (1988), p.27

Nous retrouvons ici les trois pôles fondateurs de la médecine, que nous avons définis plus haut en tant qu'objets d'étude de l'épistémologie médicale. C'est donc en nous intéressant, dans la suite de ce travail, aux changements chronologiques de leur nature et de leurs relations, que nous pourrons tenter de comprendre comment l'épistémologie médicale, en proposant une interprétation du phénomène pathologique, participe à la construction historique, culturelle et sociale de la maladie.

III. L'évolution de l'épistémologie médicale : un bref historique

III.I L'épistémologie médicale aux fondements de la médecine : Hippocrate et Galien

«Le Corpus hippocratique» est la réunion de plus de septante traités de médecine de la Grèce antique, probablement compilés au III^e siècle avant J.-C. à Alexandrie et attribués à la figure mythique et originelle du médecin: Hippocrate, qui était originaire de Cos en Grèce. Le Corpus hippocratique réunit des manuels, des conférences, des recherches, des notes et des dissertations sur divers sujets en rapport avec la médecine, qui ont été écrits à la fois pour les spécialistes et les profanes, et qui, en raison des nombreux auteurs dont on suppose qu'il est en fait issu (env. 60), comporte de nombreux points de vue opposés expliquant les contradictions que l'on peut relever entre les différentes parties du Corpus.

Toutefois, ce Corpus ainsi que les écrits du médecin grec Galien (130 après J.-C.) ont constitué la base des principes de l'enseignement de l'art médical depuis l'Antiquité jusqu'au XIX^e siècle, raison pour laquelle nous nous permettrons, limités par l'envergure des exigences de ce travail, de situer là « l'origine » de la médecine, bien que cela soit une grande simplification, comme le montrent ces dires de Galien:

«Cependant, venir après les anciens, hériter des arts auxquels ils avaient fait faire tant de progrès, n'étaient pas pour nous un médiocre avantage.»⁶

Nous nous baserons donc sur l'analyse de différentes affirmations, attribuées tantôt à Hippocrate, tantôt à Galien, pour tenter de définir quelles sont, à l'origine, la nature et la relation entre les pôles de l'épistémologie médicale.

«Dans l'origine, cet art n'aurait jamais été trouvé ni même cherché (car le besoin ne s'en serait pas fait sentir), si les hommes avaient été soulagés, malades, par le boire, le manger et le reste du régime dont ils usaient bien portants, et s'il n'y avait eu quelque chose de mieux à faire. *Mais la nécessité même força les hommes de chercher et d'inventer l'art médical* ; car ils s'aperçurent que le régime de la santé ne convenait pas à la maladie, pas plus qu'il n'y convient aujourd'hui.»⁷

«Car ils [les hommes] pensèrent que les substances qui seraient trop fortes pour pouvoir être surmontées par la nature, produiraient, si elles étaient ingérées, des souffrances, la maladie et la mort ; qu'au contraire, tout ce qui serait digestible, contribuerait à la nutrition, à l'accroissement et à la santé. A de telles recherches, à de telles inventions, quel nom donner plus juste et plus convenable que celui de médecine : médecine trouvée pour la nourriture, pour le salut de l'homme, changement de ce régime qui ne lui avait causé que souffrance, maladie et mort ?»⁸

Nous trouvons ici une première expression de la nature du projet médical à son origine: soulager les hommes. Ensuite, comme nous l'avons déjà vu plus haut et comme cela est également exprimé dans le Serment d'Hippocrate, la médecine se développe sur l'existence d'un impératif originaire, le projet de soigner. Ainsi, Galien nomme la médecine «l'art de guérir»⁹ et Hippocrate va plus loin encore en situant l'origine même de l'existence de la médecine dans son projet de soulager les hommes. Nous avons là une première définition à la fois de la nature du projet mais, plus important encore, de son statut prioritaire, qui nous donne déjà une indication sur la relation qu'il va entretenir avec nos deux autres pôles épistémologiques: l'existence d'un impératif originaire – le projet de soigner – qui, pour

⁶ DAREMBERG (1854), p.4

⁷ LITTRÉ (1839), p.575

⁸ LITTRÉ (1839), p.579

⁹ DAREMBERG (1854), p.1

se réaliser, a besoin d'outils médicaux – représentations de la maladie et thérapies – capables d'agir sur l'objet médical – la maladie, l'homme malade, le patient.

Les outils ne sont donc pertinents que dans la mesure où ils permettent la réalisation du projet thérapeutique. En d'autres termes c'est une exigence d'utilité et même d'efficacité qui fonde la relation entre ces deux pôles, où existe un besoin constant de vérification de la cohérence entre les moyens appliqués et l'accomplissement du projet, afin justement d'en garantir l'accomplissement. Il y a donc dans l'épistémologie fondatrice de la médecine, afin de garantir la priorité du projet thérapeutique, c'est-à-dire ce qui constitue son originalité de fonction, ce besoin impérieux de porter un regard critique et de remettre en doute les outils médicaux.

«L'épistémologie vise essentiellement l'étude critique des principes, des hypothèses et des résultats des diverses sciences. Elle veut déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée objective».¹⁰

En d'autres termes, pour pouvoir se réaliser, le domaine de la médecine doit avoir la conscience permanente de son épistémologie, ce que Galien exprime également par cette affirmation:

«Chaque théorème en médecine, et en général tout théorème, doit être vrai ; en second lieu utile ; enfin en relation avec les principes posés, car c'est d'après ces trois conditions qu'on juge de la légitimité d'un théorème.»¹¹

Comme il a été dit plus haut, le projet médical de soigner a besoin de l'existence d'un substrat sur lequel agir pour se réaliser: avant et afin de pouvoir faire disparaître le phénomène pathologique, il faut d'abord le faire apparaître; il y a donc la nécessité de créer des outils conceptuels qui, en l'expliquant et en le définissant, lui donnent corps.

Or, ces outils conceptuels sont en fait l'application à la médecine des théories conceptuelles contemporaines de compréhension du monde. En effet, à la même époque qu'Hippocrate vivait le philosophe Empédocle (490-430 av. J.-C.), à qui l'on attribue la doctrine physique des quatre éléments, dans laquelle d'une part la nature dispose de quatre substances élémentaires qu'il nomme « racines » :

«Connais premièrement la quadruple racine
De toutes choses : Zeus aux feux lumineux,
Héra mère de vie, et puis Aidônéus,
Nestis enfin, aux pleurs dont les mortels s'abreuvent.»¹²

Et dans laquelle d'autre part il rejette l'idée de l'existence d'une substance première et unique capable de se transformer seule en tout ce qui constitue le monde:

« À un moment donné, l'Un se forma du Multiple, à un autre moment, il se divisa, et de l'Un sortit le Multiple — Feu, Eau et Terre et la hauteur puissante de l'Air. Il y a une double naissance des choses périssables et une double destruction. La réunion de toutes choses amène une génération à l'existence et la détruit; l'autre croît et se dissipe quand les choses se séparent. Et ces choses ne cessent de changer continuellement de place, se réunissant toutes en une à un moment donné par l'effet de l'Amour, et portées à un autre moment en des directions diverses par la répulsion de la Haine.»¹³

Or, voici comment Hippocrate explique à la même époque le phénomène de la santé et celui de la maladie:

¹⁰ VIRIEUX (1966), p.3

¹¹ DAREMBERG (1854), p.398

¹² DUMONT, DELATTRE, POIRIER (1988), p.376

¹³ BURNET, (1919), p.243

«Le corps de l'homme a en lui sang, pituite, bile jaune et noire; c'est là ce qui en constitue la nature et ce qui y crée la maladie et la santé. Il y a essentiellement santé quand ces principes sont dans un juste rapport de crase, de force et de quantité, et que le mélange en est parfait; il y a maladie quand un de ces principes est soit en défaut soit en excès, ou, s'isolant dans le corps, n'est pas combiné avec tout le reste. Nécessairement, en effet, quand un de ces principes s'isole et cesse de se subordonner, non seulement le lieu qu'il a quitté s'affecte, mais celui où il s'épanche s'engorge et cause douleur et travail. Si quelque humeur flue hors du corps plus que ne le veut la surabondance, cette évacuation engendre la souffrance. Si, au contraire, c'est en dedans que se font l'évacuation, la métastase, la séparation d'avec les autres humeurs, on a fort à craindre, suivant ce qui a été dit, une double souffrance, savoir au lieu quitté et au lieu engorgé.»¹⁴

Hippocrate expose là ses outils conceptuels: une théorie expliquant le phénomène de la santé et celui de la maladie, c'est la théorie des humeurs.

« Quant aux médecins, suivant les uns l'homme n'est que sang, suivant les autres que bile, suivant d'autres que pituite ; et eux aussi tiennent tous le même raisonnement. Ils prétendent, en effet, qu'il y a une substance unique (choisie et dénommée arbitrairement par chacun d'eux), et que cette substance unique change d'apparence et de propriété sous l'influence du chaud et du froid, devenant de la sorte douce, amère, blanche, noire, et tout le reste. A mon avis, cela non plus n'est point ainsi.»¹⁵

«Puisque telle est la nature de tous les animaux et de l'homme en particulier, nécessairement l'homme n'est pas un, et chacun des principes qui concourent à la génération garde dans le corps la puissance suivant laquelle il y a concouru; nécessairement aussi chaque principe retourne à sa nature propre lorsque finit le corps humain, l'humide allant à l'humide, le sec au sec, le chaud au chaud et le froid au froid. Telle est aussi la nature des animaux et de toute chose ; tout naît semblablement, et tout finit semblablement. Car la nature de tout est constituée par la combinaison de ces principes nommés plus haut, et d'après ce qui a été dit, elle y aboutit, retournant là d'où est venu chaque être composé.»¹⁶

Il n'est dès lors pas possible d'ignorer les parallèles frappants entre la théorie d'Empédocle et celle d'Hippocrate, cette dernière comme application au domaine médical d'un concept philosophique contemporain d'explication du monde:

Les quatre humeurs qui, selon Hippocrate, constituent l'homme et dont l'équilibre ou le déséquilibre définit l'état de santé ou de maladie font écho aux quatre éléments constituant de la nature d'Empédocle et dont la réunion ou la désunion engendre les mouvements d'existence ou de destruction dans la nature. Et tout comme Empédocle rejette l'idée d'une substance première et unique qui, sous l'influence des forces d'amour et de haine, est seule à l'origine de toutes les transformations et donc du tout, Hippocrate rejette celle que l'homme soit fait d'une humeur unique qui, sous l'influence du froid et du chaud, serait à elle seule capable de générer un état de souffrance et donc de maladie.

«L'année ne manque en aucune saison d'aucun des principes, chaud, froid, sec, humide; nul, en effet, de ces principes ne subsisterait un seul instant sans la totalité des choses existant dans ce monde, et, si un seul venait à faire défaut, tous disparaîtraient; car, en vertu d'une seule et même nécessité, tous sont maintenus et alimentés l'un par l'autre. De même dans l'homme, si manquait une des humeurs congénitales, la vie ne pourrait continuer.»¹⁷

Comme nous l'avons déjà dit, la définition du phénomène pathologique est une étape fondamentale puisqu'elle permet non seulement de faire exister l'objet maladie, mais surtout d'en expliquer les

¹⁴ LITTRÉ (1849), pp.39-41

¹⁵ LITTRÉ (1849), p.35

¹⁶ LITTRÉ (1849), p.39

¹⁷ LITTRÉ (1849), pp.49-51

mécanismes et de ce fait d'en déduire les moyens capables d'agir sur elle et de la faire disparaître, ce qui constitue, rappelons-le, le projet médical.

«Il y a, en effet, dans le corps beaucoup de substances qui, s'échauffant et se refroidissant, se desséchant et s'humectant l'une l'autre contre nature, produisent des maladies; d'où il suit qu'il y a beaucoup de formes de maladies et en même temps beaucoup de traitements pour ces formes.»¹⁸

« Dans l'année règnent tantôt l'hiver, tantôt le printemps, tantôt l'été, tantôt l'automne; semblablement dans l'homme prévalent tantôt la pituite, tantôt le sang, tantôt la bile, d'abord celle qu'on nomme jaune, puis celle qu'on nomme noire. (...) Les maladies engendrées au printemps, on en attendra la solution à l'automne; les maladies automnales, le printemps en amènera forcément la guérison. Mais pour toutes celles qui dépasseront ces limites, sachez qu'elles seront annuelles. Le médecin, de son côté, doit traiter les maladies en se souvenant que chacune prévaut dans le corps suivant la saison qui lui est le plus conforme.»¹⁹

«Il faut les [les maladies] traiter en s'opposant à la cause; de la sorte se résoudra ce qui détermine la maladie dans le corps.»²⁰

On voit là comment de l'explication des mécanismes du phénomène pathologique Hippocrate en déduit le principe des remèdes, en d'autres termes comment des outils *conceptuels* sont issus les outils *actifs*, qui agissent sur ce phénomène pathologique :

«Outre cette notion, il faut encore être instruit que les maladies dues à la plénitude se guérissent par l'évacuation ; dues à l'évacuation, par la plénitude ; dues à l'exercice, par le repos ; dues à l'oisiveté, par l'exercice. Pour résumer toute notion, le médecin doit combattre le caractère constitutionnel des maladies, des complexions, des âges, et relâcher ce qui est resserré, ainsi que resserrer ce qui est relâché ; de la sorte, la partie souffrante sera le plus en repos; c'est en quoi me paraît surtout consister le traitement.»²¹

Hippocrate nous donne ici même la nature de ces *outils actifs*.

La nature des outils conceptuels de la médecine d'Hippocrate, c'est-à-dire les principes généraux sur lesquels se base Hippocrate pour construire ses certitudes et donc son savoir médical, est, elle, plus difficile à synthétiser/cerner. On peut cependant mettre en évidence certains de ces principes à travers ses textes :

« La pituite augmente chez l'homme pendant l'hiver; car, étant la plus froide de toutes les humeurs du corps, c'est celle qui est la plus conforme à cette saison. Si vous voulez vous convaincre qu'elle est la plus froide, touchez de la pituite, de la bile et du sang, et vous trouverez que la première est plus froide que les deux autres.»²²

En faisant de l'expérience sensible l'origine de la connaissance valide, Hippocrate use là d'un raisonnement philosophique empirique que l'on ne tardera pas à retrouver parmi les médecins des époques suivantes et notamment avec le développement de l'anatomie.

«Dans l'année règnent tantôt l'hiver, tantôt le printemps, tantôt l'été, tantôt l'automne ; semblablement dans l'homme prévalent tantôt la pituite, tantôt le sang, tantôt la bile, d'abord celle qu'on nomme jaune, puis celle qu'on nomme noire. Vous en avez **la preuve** la plus manifeste en

¹⁸ LITTRÉ (1849), pp.35-37

¹⁹ LITTRÉ (1849), pp.51-53

²⁰ LITTRÉ (1849), p.65

²¹ LITTRÉ (1849), p.53

²² LITTRÉ (1849), p.47

donnant à la même personne le même évacuant quatre fois dans l'année: en hiver le vomissement est le plus pituiteux, au printemps le plus aqueux, en été le plus bilieux, en automne le plus noir.»²³

La connaissance est validée à travers la vérification par l'expérience et l'observation.

D'autres pistes nous sont également amenées par Galien, admirateur et successeur de la médecine d'Hippocrate, notamment dans son traité *Que le bon médecin est philosophe*:

«Il demeure donc établi que le vrai médecin est l'ami de la tempérance, et qu'il est en même temps le disciple de la **vérité** ; il s'attache à suivre la **méthode rationnelle** pour apprendre à distinguer en combien de genres et d'espèces se divisent les maladies, et à saisir pour chaque cas les indications thérapeutiques. C'est cette **méthode** qui nous révèle la nature même du corps, résultant à la fois des éléments premiers combinés intégralement entre eux, des éléments secondaires sensibles homoioimères, et des parties organiques (...) Comme ce sont des problèmes qu'il ne faut pas étudier légèrement, mais qui réclament une **démonstration**, on doit en demander la **solution** à la **méthode rationnelle**. Que manque-t-il donc encore, pour être philosophe, au médecin qui cultive dignement l'art d'Hippocrate? Pour connaître la nature du corps, les différences des maladies, les indications thérapeutiques, il doit être exercé dans la **science logique**.»²⁴

Les outils conceptuels avec lesquels les connaissances et le savoir médical se construisent à l'aube de la médecine sont donc constitués de l'ensemble des théories d'explication du monde existant à cette époque et que sont entre autres la philosophie d'Empédocle, la science logique et la méthode rationnelle.

Enfin, si jusque-là nous avons identifié chez Hippocrate la nature des outils *conceptuels* qui permettent d'expliquer le mécanisme des maladies et la nature des outils *actifs* qui sont le régime alimentaire ou sportif, les médicaments phlegmagogues, cholagogues, ou encore les saignées, nous ajouterons qu'il parle également des outils permettant d'identifier la maladie dans le corps:

« Chez ceux dont l'urine dépose du sable ou des tophus, il y a eu d'abord auprès de la grosse veine (veine cave) une tumeur qui suppura; puis, la tumeur ne s'étant pas rompue promptement, il s'est, du sein du pus, engendré des tophus, lesquels sont expulsés par la veine avec l'urine dans la vessie.»²⁵

Ces outils, tout comme les outils *actifs* que sont les thérapies, sont issus des outils *conceptuels* et constituent la manifestation visible du phénomène pathologique. Non seulement ceux-ci permettent au médecin de savoir qu'il y a une maladie, mais surtout ils sont capables, selon la nature de ces manifestations, de lui donner des indices sur le genre, l'espèce et le lieu de la maladie. C'est d'ailleurs dans ce même texte où Hippocrate décrit ces outils *sémiologiques* qu'on note déjà l'utilisation du terme de « signe » :

«L'influence de l'hiver sur l'augmentation de la pituite dans le corps, vous la reconnaîtrez aux **signes** suivants : c'est dans cette saison qu'on crache et qu'on mouche le plus de pituite et que surviennent de préférence les leucophlegmasies et les autres maladies pituiteuses.»²⁶

Ces outils sémiologiques recouvrent donc les symptômes subjectivables par le patient (qui «crache» et «mouche») mais aussi déjà les signes objectivables (sable et tophus dans les urines), bien que l'utilisation des premiers prédomine encore nettement dans la pratique de la médecine d'Hippocrate.

²³ LITTRÉ (1849), p.51

²⁴ DAREMBERG (1854), p.6

²⁵ LITTRÉ (1849), pp.65-67

²⁶ LITTRÉ (1849), p.47

III.II André Vésale et Giovanni Battista Morgagni : l'anatomie moderne et l'anatomopathologie

«Il y eut autrefois trois écoles de médecine: la Logique, l'Empirique et la Méthodique; sans distinction, les maîtres de ces sectes fixèrent à leur art un but unique: la conservation de la santé et l'extermination des maladies. Chacun, d'après les enseignements de son école, ramenait à cela les exigences de son art. Il était fait appel à des remèdes de trois espèces: le régime alimentaire, l'emploi des médicaments et enfin la chirurgie.»²⁷

Si Hippocrate et Galien s'étaient déjà intéressés à la dissection, l'anatomie et la chirurgie (le premier traité d'anatomie d'Hippocrate : *Plaies, nature des os cœur, anatomie*, ou encore les nombreux livres d'anatomie de Galien : *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales, De l'utilité des parties du corps humain, Du mouvement des muscles...*), c'est André Vésale (1514-1564), médecin humaniste brabançon, et Jean-Baptiste Morgagni, médecin italien, qui vont développer l'importance de la connaissance de l'anatomie et de la chirurgie comme outils médicaux en pratiquant les premiers la dissection du corps humain.

«Le temps aidant, le système thérapeutique fut misérablement écartelé : les médecins, se parant du grand nom de physicien, se bornèrent à s'attribuer la prescription des médicaments et du régime pour les affections internes, abandonnant à ceux qu'ils appellent chirurgiens, et qui leur tiennent lieu de domestique, la branche la plus importante et la plus ancienne de la médecine, celle qui (et je doute qu'il y en ait d'autre), au premier chef, s'appuie sur l'observation de la nature.»²⁸

Si la nature du projet reste la même, Vésale expose là l'importance d'une connaissance, selon lui par trop abandonnée, celle du corps humain. En effet, le traitement des maladies requière à ses yeux les trois types d'outils actifs que sont les médicaments, les régimes mais également et surtout la chirurgie ; or cette dernière exige un savoir anatomique qui, depuis Hippocrate jusqu'au début du XVIème siècle ne se sera que très peu développé.

«Hélas ! La néfaste répartition entre praticiens des différentes modalités du traitement porta un coup plus redoutable, infligea une défaite plus atroce encore, à la partie de la philosophie naturelle embrassant l'anatomie humaine et qui est regardée, à juste titre, comme le fondement le plus solide de l'art médical et le principe même de sa constitution».²⁹

S'il est clair que nous sommes là face à un grand changement de la nature des outils médicaux, celui-ci accompagne et provoque une redéfinition tout aussi fondamentale de la nature de l'objet médical. Mais commençons par les outils.

Comme nous l'avons vu, les médecins s'appuient jusque là sur des théories conceptuelles de la maladie nourries par un raisonnement certes empirique, c'est-à-dire que les théories conceptuelles de la maladie se vérifient ou encore trouvent leur vérité dans la cohérence entre les hypothèses explicatives théoriques que l'on en fait et les observations physiques concrètes, mais ces théories sont tout de même d'abord fondées sur des croyances philosophiques qui, par la suite, peuvent être vérifiées par l'expérience.

La grande révolution qui intervient à travers Vésale, c'est l'inversion de ce que nous venons de commenter, à savoir la priorité de l'expérience sensible sur le savoir théorique hérité:

«En effet, je n'ignore pas combien les médecins (...) sont troublés lorsque au cours d'une seule démonstration anatomique, comme j'en fais dans les écoles, ils constatent que Galien s'est écarté bien

²⁷ VÉSALE (1987), p.21

²⁸ VÉSALE (1987), p.23

²⁹ VÉSALE (1987), p.29

plus de deux cents fois de la description correcte de l'agencement des parties du corps, de leur rôle et fonction; pourtant, avec le plus ardent désir de le défendre, ils inspectent avec minutie les moindres parties disséquées. Eux aussi sont guidés par l'amour de la vérité ; peu à peu ils s'apaisent et finissent par ajouter plus de foi à leurs yeux et à leur raison agissante qu'aux écrits de Galien.»³⁰

L'expérience sensible est donc l'outil de construction de la connaissance vraie, or cette expérience sensible, c'est l'observation du corps visible. Les outils du savoir médical sont constitués des mains et des yeux qui, en permettant la découverte et l'observation de l'agencement des parties du corps, induisent la connaissance de leur rôle et de leur fonction. En d'autres termes, ce qui permet la connaissance médicale, c'est *voir* et non plus seulement *déduire*, premier changement dans la nature des outils conceptuels.

Ainsi, à propos d'un homme victime de douleurs à l'hypochondre droit et de vomissements, Jean-Baptiste Morgagni (1682-1771), fondateur de l'anatomopathologie, écrit:

«La dureté du foie indique que la cause de la douleur qui revenait périodiquement dans l'hypochondre droit, était évidemment dans ce viscère, qui sécrétait une bile de mauvaise qualité. Toutes les fois que la surabondance de cette humeur qui se trouvait dans la vésicule, se répandait abondamment dans le duodénum, elle excitait, dans cet intestin et dans le voisinage, des douleurs qui, troublant plus ou moins la contraction des membranes intestinales, donnaient lieu souvent au vomissement, et quelques fois à la passion iliaque.»³¹

On pourrait penser qu'il n'y a pas véritablement de changement entre la nature des outils conceptuels qui servent au XVIème siècle ou à l'époque de la médecine grecque à expliquer les maladies: on retrouve en effet ici la théorie des humeurs héritée d'Hippocrate. Cependant, il y a un changement majeur, qui réside, comme abordé plus haut, dans le fait même de fonder la validité de cette théorie sur son observation active dans le corps humain. Dans cet extrait on voit bien comment l'expérience sensible du toucher de l'organe donne la connaissance du siège de la maladie et dont l'explication des symptômes peut alors être reprise par la théorie des humeurs.

Même si la conception de la maladie reste encore principalement celle du modèle grec, selon lequel elle est le résultat d'un déséquilibre de la nature – des quatre humeurs – dans l'homme, elle commence déjà à s'en éloigner significativement pour se rapprocher de la conception plus ontologique du modèle pathologique égyptien :

D'abord, Morgagni et Vésale rendent la maladie *visible* en ouvrant le corps et en dévoilant les affections qui, d'internes deviennent externes et donc accessibles:

«Le temps aidant, le système thérapeutique fut misérablement écartelé : les médecins, se parant du grand nom de physicien, se bornèrent à s'attribuer la prescription des médicaments et du régime pour les affections internes, abandonnant à ceux qu'ils appellent chirurgien, et qui leur tiennent lieu de domestiques, la branche la plus importante et la plus ancienne de la médecine, celle qui (et je doute qu'il y en ait d'autre), au premier chef, s'appuie sur l'observation de la nature.»³²

Mais surtout, ils font de la maladie une entité *palpable* :

«Cette dernière (ndlr : la chirurgie) nous laisse entendre que la médecine consiste avant tout à **suppléer à ce qui fait défaut et à enlever le superflu**. Jamais, lorsque nous intervenons

³⁰ VÉSALE (1987), p.39

³¹ MORGAGNI (1820), pp.68-69

³² VÉSALE (1987), p.23

médicalement, elle ne nous abandonne dans le traitement des maladies : le temps et l'expérience nous ont appris combien ses bienfaits sont salutaires au genre humain.»³³

Enfin, déjà visible et palpable, la maladie est recherchée dans les dissections, elle n'est donc plus partie de l'homme vivant mais existe dans le corps mort, comme entité indépendante.

C'est le début du changement de nature de l'objet médical : de l'homme malade chez Galien à la maladie dans l'homme chez Vésale.

Jean-Baptiste Morgagni soulignera cependant l'importance de corréliser l'examen anatomique du cadavre à l'examen clinique du patient vivant, redonnant là sa priorité au projet médical qui, avec André Vésale avait quelque peu été éclipsé par le seul besoin de connaissance: Jean-Baptiste Morgagni remplace la connaissance anatomique dans son rôle d'outil dont le but est de servir le projet médical. Dans la même perspective, il est aussi l'un des premiers médecins à chercher à recueillir le maximum d'informations chez ses patients.

III.III René-Théophile-Hyacinthe Laennec et les outils sémiologiques

René-Théophile-Marie-Hyacinthe Laennec (1781-1826), médecin, chirurgien et pathologue français, auteur de la première description du tuberculome, est une figure importante dans l'Histoire de l'épistémologie médicale de par l'intérêt qu'il porta aux manifestations perceptibles de la maladie sur le patient vivant. Tout comme J.B. Morgagni qui utilisait les informations recueillies sur le cadavre (*signes*) pour agir sur le vivant en exploitant la technique de l'anamnèse, c'est-à-dire la récolte minutieuse des manifestations de la maladie éprouvées par le patient (*symptômes*), René Laennec cherchait lui à récolter les manifestations de la maladie non perçues par le patient : il s'intéressait aux *signes*, perceptibles cette fois sur le vivant. Et si, comme nous l'avons vu plus haut, Hippocrate déjà en faisait la description (fièvre, urine trouble...), Laennec, en cherchant à rendre perceptibles les manifestations internes de la maladie, fut le véritable inventeur de la sémiologie.

Des signes observés par Hippocrate, puis des signes recherchés sur le cadavre par Morgagni aux signes recherchés sur le patient vivant avec Laennec, la clinique est le résultat de l'utilisation d'outils d'interprétation capables de servir le projet médical; en d'autres termes, la clinique se développe à travers la priorisation du projet médical sur ses outils. Le but n'est pas la simple connaissance mais bel et bien la connaissance utile pour reconnaître et soigner; la connaissance applicable au malade vivant.

Si l'on cite Laennec comme figure emblématique, c'est sans oublier qu'il a été influencé par des médecins qui, avant lui, avaient initié ce qui constituera une étape dans l'évolution de l'épistémologie médicale. En effet, s'intéressant plus particulièrement aux affections pulmonaires et cardiaques, Laennec a lu et largement utilisé dans l'examen de ses malades la technique de percussion décrite pour la première fois par le médecin autrichien Léopold Auenbrugger dans son ouvrage *Inventum Novum* de 1761. En inventant la technique de l'auscultation médiate, Laennec continuait dans la voie qu'avait ouverte Auenbrugger:

«Je fus consulté en 1816 par une jeune personne qui présentait des *symptômes* généraux d'une maladie de cœur et chez laquelle *l'application de la main et la percussion* donnaient peu de *résultats à cause de l'embonpoint*. *L'âge et le sexe* de la malade m'interdisant l'espèce d'examen dont je viens de parler, je vins à me rappeler un *phénomène d'acoustique fort connu* : si l'on applique l'oreille à l'extrémité d'une poutre, on entend très distinctement un coup d'épingle donné à l'autre bout. *J'imaginai que l'on pourrait peut-être tirer parti de cette propriété des corps*. Je pris un cahier de papier, j'en formai un rouleau dont j'appliquai une extrémité sur la région précordiale, et posant l'oreille à l'autre bout je fus aussi surpris que satisfait d'entendre les battements du cœur d'une

³³ VÉSALE (1987), p.21

manière beaucoup plus nette et plus distincte que je ne l'avais jamais fait par application *directe* de l'oreille.»³⁴

L'auscultation est une technique d'écoute médiata. Contrairement au temps d'Hippocrate où les outils sémiologiques étaient recueillis directement par le médecin (au travers d'une anamnèse pour les symptômes ou des sens du médecin pour les signes : *goûter* l'urine sucrée des diabétiques, *voir* les boutons de la varicelle, *sentir* la chaleur du front fiévreux...), l'indication de la présence d'une affection est désormais mieux décelable par l'utilisation d'un intermédiaire entre le médecin et le patient : l'instrument. De là va se faire un profond changement dans la nature de l'objet médical.

Pour l'expliquer au mieux, nous nous attacherons à l'analyse du bref extrait ci-dessus.

Si Laennec mentionne en premier dans le texte le terme de symptôme, cela n'est pas par hasard: les symptômes sont ici la raison de la consultation, c'est-à-dire qu'ils constituent ce qui en premier indique l'existence de la maladie et sans lesquels celle-ci n'aurait pas lieu.

Mais s'ils sont indispensables, Laennec nous apprend vite qu'ils ne sont cependant pas suffisants : il faut vérifier cette première indication par *l'application de la main et la percussion*, c'est-à-dire qu'il faut transformer les symptômes qui appartiennent au patient car subjectifs, en une information objective que le médecin pourra dès lors s'approprier: le signe. Or, comme il le dit dans son texte, il y a de nombreuses difficultés à cette transformation. La physionomie tout d'abord, qui peut faire obstacle à la récolte de bruits de qualité, mais aussi les mœurs sociales qui, en faisant de l'examen d'une femme jeune par un homme médecin une scène inappropriée, empêchent carrément la récolte des signes. Le corps et la société font donc obstacle au médecin.

Par rapport à cette difficulté, Laennec va imaginer une solution: le stéthoscope.

Il permet en effet de résoudre les deux problèmes. Objet intermédiaire, il crée tout d'abord une distance efficace entre le médecin et le malade sur les exigences de pudeur sociale, ce qui permet la récolte des signes. Ensuite, l'application des connaissances d'un domaine scientifique autre permet de mieux atteindre l'objectif médical qu'est précisément la récolte des signes. Mais pour cela, il a d'abord fallu transformer le corps en *corps scientifique* doté des mêmes propriétés que celles d'une poutre. On voit donc un changement important à la fois dans la nature des outils de l'épistémologie médicale et dans celle de l'objet médical. Parlons en premier des outils.

En effet, si Vésale comparait déjà le corps à une structure architecturale («La tête est comme le toit d'une maison chaude. (...) Les épaules sont comme des boucliers et des murs très solides (...); les ligaments et les muscles, comme les os, sont les fondements et les bases de toutes les autres parties.»)³⁵, Jacques-Bénigne Winslow (1669-1760), médecin français d'origine danoise, influencé par la philosophie du mécanisme fondée par René Descartes au XVIIème siècle, y ajouta la notion de dynamisme, le corps comme bâtiment certes, mais mobile. Ceci s'inscrit dans le mouvement de «philosophie mécanique» du XVIIème siècle avec «la découverte» des lois fondamentales de la mécanique, l'introduction d'expériences quantitatives, l'usage du microscope et la construction de machines d'un type nouveau. Le modèle de la machine, comme capable d'expliquer intégralement la réalité physique et biologique en termes de matières et de mouvements, s'applique également au domaine médical. Le corps devient machine, et en l'occurrence ici devient poutre. Tout comme à l'époque d'Empédocle on appliquait la grille de lecture du monde faite des cinq éléments fondamentaux de la médecine, on applique au XVIIème siècle la grille de lecture propre à ce siècle, celle de la mécanique. La nature des outils conceptuels médicaux change: on emprunte des connaissances à d'autres domaines pour les appliquer au domaine médical. Et il est ici important de noter que d'Empédocle à Winslow, on voit le premier pas d'une évolution de la nature des outils conceptuels d'abord plutôt philosophique vers une scientification toujours plus marquée, dont le

³⁴ LAENNEC (1828), p.4

³⁵ MANDRESSI (2003), p.127

domaine ici appliqué est celui de la science mécanique. De là, ce sont non seulement les outils médicaux (conceptuels, puis sémiologiques et actifs) qui changent, mais aussi la nature de l'objet médical.

D'abord, si le corps est une machine, c'est qu'il est constitué de pièces, terme qu'utilise beaucoup Winslow dans la description de sa machine ostéologique :

«Ce que je viens de dire s'applique assez bien à la composition du squelette, ou plutôt à la charpente osseuse du corps humain ; car on avoue facilement que pour qu'elle soit en état de servir, il faut que toutes les pièces qui la composent soient assemblées par un certain rapport entre elles, et que ces pièces ainsi assemblées soient unies ou tiennent ensemble en différentes manières.»³⁶

Si depuis Vésale le corps n'est déjà plus un tout puisqu'il peut être ouvert et observé partie par partie, Winslow va plus loin encore en décrivant le corps comme fait de pièces qui peuvent être assemblées ou encore désassemblées. Le fragment remplace le tout, et c'est exactement ce qui se passe dans l'évolution de la nature de l'objet médical. La maladie réside dans un fragment du corps: il faut chercher sa présence en écoutant ses manifestations locales dans l'organe plutôt que d'écouter les manifestations générales du malade. D'ailleurs, la maladie est elle-même un fragment, une entité indépendante qui parle mieux que le patient. On n'écoute plus le corps malade mais la maladie dans le corps et ce corps, le médecin le touche maintenant essentiellement par l'intermédiaire d'instruments. Le fragment devient plus important que le tout, les signes prennent le pas sur les symptômes et la maladie en tant qu'entité indépendante remplace le patient, c'est-à-dire l'homme malade, en tant qu'objet médical, objet de soins. Le corps n'est à présent plus que le réceptacle de la maladie, un réceptacle encombrant qui souvent fait obstacle au médecin et qu'il faut *shunter* pour atteindre l'objet dont on s'occupe réellement.

III.IV "Scientifisation" de la médecine ou scientifisation de la nature des outils médicaux: du positivisme à la science expérimentale

Nous avons déjà brièvement abordé la question de l'évolution de la nature des outils médicaux dans chacune des époques que nous avons survolées. Or, parler du passage de la médecine à l'état de science revient à parler de la "scientifisation" de ses trois types d'outils médicaux, et de comment ce changement de la seule nature des outils va entraîner un changement profond de la nature de l'ensemble des trois pôles fondamentaux de la médecine.

C'est effectivement pendant cette période (1794-1848) que la médecine passe «de l'état conjectural à l'état de science positive» que «des historiens aussi différents que Shryock et Ackerknecht, font correspondre à l'époque où la médecine change de prétention, d'objet et de méthode.»³⁷ Son « premier statut de science » que la médecine est sur le point d'acquiescer va, comme nous allons le voir, s'accompagner d'un véritable séisme épistémologique.

De 1830 à 1842, Auguste Comte (1798-1857), philosophe français, écrit son cours de philosophie positive où il expose la «loi des trois états» selon laquelle l'esprit humain passe par trois états théoriques successifs: théologique, métaphysique et positif. Il y explique que, par le progrès inexorable de l'esprit humain, le mode de pensée scientifique va remplacer celui des croyances théologiques et des explications métaphysiques. Dans son ouvrage *Auguste Comte et la philosophie positive*, Émile Littré donne la définition suivante de la philosophie positive d'Auguste Comte:

«La philosophie positive est l'ensemble du savoir humain, disposé suivant un certain ordre qui permet d'en saisir les connexions et l'unité et d'en tirer les directions générales pour chaque partie

³⁶ WINSLOW (1732), p.32

³⁷ CANGUILHEM (1988), p.18

comme pour le tout. Elle se distingue de la philosophie théologique et de la philosophie métaphysique en ce qu'elle est d'une même nature que les sciences dont elle procède, tandis que la théologie et la métaphysique sont d'une autre nature et ne peuvent ni guider les sciences ni en être guidées; les sciences, la théologie et la métaphysique n'ont point entre elles de nature commune. Cette nature commune n'existe qu'entre la philosophie positive et les sciences.

Mais comment définirons-nous le savoir humain ? Nous le définirons par l'étude des forces qui appartiennent à la matière, et des conditions ou lois qui régissent ces forces. Nous ne connaissons que la matière et ses forces ou propriétés; nous ne connaissons ni matière sans propriétés ou propriétés sans matière. Quand nous avons découvert un fait général dans quelques-unes de ces forces ou propriétés, nous disons que nous sommes en possession d'une loi, et cette loi devient aussitôt pour nous une puissance mentale et une puissance matérielle; une puissance mentale, car elle se transforme dans l'esprit en instrument de logique ; une puissance matérielle, car elle se transforme dans nos mains en moyens de diriger les forces naturelles.»³⁸

C'est donc dans ce contexte de réforme essentielle du domaine des sciences avec l'apparition puis l'affirmation à la fin du XVIIIème siècle de l'empirisme de Francis Bacon (1561-1626), où la méthode scientifique basée sur le raisonnement expérimental et d'observation est désormais seule fondement de tout savoir valide, que naît l'exigence de faire accéder le domaine médical au statut de science.

La théorie de la connaissance médicale, en d'autres termes son épistémologie, n'a plus de légitimité que par sa validité scientifique. Pour que le savoir médical produit ait une quelconque valeur, il faut qu'il le soit au travers d'une grille de lecture scientifique; plus simplement, il faut donc scientifier les outils conceptuels médicaux. Mais qu'est-ce que cela signifie ?

«La médecine, comme les autres sciences naturelles, repose sur l'observation des faits et sur l'expérience raisonnée. Elle consiste dans l'application générale des connaissances physiques à l'étude des maladies, et à la recherche des moyens de les prévenir et de les guérir.»³⁹

Cette première phrase de l'introduction du premier volume du dictionnaire des sciences médicales paru en 1812 définit les exigences auxquelles doit désormais répondre la médecine pour valider son savoir: celui-ci doit être le produit d'une méthode d'observation et d'étude et non plus l'ensemble des connaissances héritées de l'Antiquité et non éprouvées. Or cette méthode, la méthode scientifique, a besoin d'un terrain pour *l'observation des faits* et la construction de *l'expérience raisonnée* : «et c'était bien plutôt dans les hôpitaux que dans les bibliothèques qu'il fallait la chercher.»⁴⁰

La démarche anatomoclinique qui consiste à faire le lien entre les symptômes et les lésions organiques s'inscrit dans ce mouvement de la méthode scientifique. Il faut recueillir par l'observation les symptômes sur les malades vivants puis étudier les lésions sur les corps morts afin d'établir un lien entre les symptômes et leur cause dans le but final du projet thérapeutique.

Xavier Bichat (1772-1802), médecin biologiste et physiologiste français, écrit en 1801 à propos des caractéristiques de la médecine moderne:

«Disséquer en anatomie, faire des expériences en physiologie, suivre des malades et ouvrir des cadavres en médecine, c'est là une triple voie hors laquelle il ne peut y avoir d'anatomiste, de physiologiste ou de médecin.»⁴¹

Puis Laennec, en 1828, à propos de l'un de ses cours d'anatomo-pathologie de 1806:

³⁸ LITTRÉ (1864), pp.42-43

³⁹ ALARD, MÉRAT DE VAUMARTOISE et al. (1812), p. XIX

⁴⁰ ALARD, MÉRAT DE VAUMARTOISE et al. (1813), p.284

⁴¹ BICHAT (1823), p.XXX

«Je crois que cette étude [la méthode anatomo-clinique] est la seule base des connaissances positives en médecine, et qu'on ne doit jamais la perdre de vue dans les recherches étiologiques sous peine de poursuivre des chimères et de se créer des fantômes pour les combattre.»⁴²

C'est donc de l'exigence de répondre à la méthode scientifique qu'est né le concept de la clinique qui consiste à créer un espace d'observation et d'étude des malades, en d'autres termes l'hôpital; un hôpital qui n'est pas seulement lieu de soin mais bel et bien un lieu de production du savoir médical.

«Recueillir des informations auprès des patients, les examiner avec attention (clinique), faire le lien entre leurs symptômes et des lésions organiques (démarche anatomo-clinique), étudier les différents éléments du corps humain (organes, tissus, cellules) en santé ou en maladie (anatomie et anatomie pathologique): ces activités sont au cœur de la médecine d'aujourd'hui et constituent les principales de ses sous-disciplines. Leur promotion s'effectue en à peine un siècle qui s'étend de 1750 à 1850. Cette révolution est cependant amorcée depuis longtemps.»⁴³

Après que la médecine est passée de l'état de science conjecturale à l'état de science positive, Claude Bernard (1813-1878), médecin et physiologiste français, est l'une des figures qui la poussera à passer du statut de science d'observation à celui de science expérimentale:

«(...) et je l'ai intitulé (mon ouvrage) Principes de Médecine expérimentale, pour indiquer que ma pensée est simplement d'appliquer à la médecine les principes de la méthode expérimentale, afin qu'au lieu de rester science conjecturale fondée sur la statistique, elle puisse devenir une science exacte fondée sur le déterminisme expérimental. En effet, une science conjecturale peut reposer sur l'indéterminé; mais une science expérimentale n'admet que des phénomènes déterminés ou déterminables.»⁴⁴

Pour Claude Bernard, «la médecine expérimentale n'est rien autre chose que l'état le plus avancé de la médecine considérée comme science.»⁴⁵ En outre, il distingue dans toute science deux états, celui de science d'observation et celui de science expérimentale. Il ajoute que «dans toutes les sciences, l'analyse expérimentale des phénomènes doit être précédée de leur observation, que par conséquent la médecine expérimentale suppose la médecine d'observation sur laquelle elle s'appuie, qu'en un mot l'étude expérimentale des maladies dans le laboratoire suppose préalablement l'étude clinique des maladies faite dans l'hôpital. Ce serait donc absurde de dire que la médecine d'observation et la médecine expérimentale s'excluent et se contredisent; elles ne font que se compléter.»⁴⁶

Si jusqu'ici nous n'avons parlé que de la scientification progressive des outils médicaux conceptuels, il va de soi que les outils sémiologiques puis actifs qui en sont issus suivent la même évolution. On en a déjà vu les prémices avec le stéthoscope de Laennec qui, suivi de la radiographie, la scannographie, l'échographie, jusqu'au jeune appareil à résonance magnétique sont la marque de la scientificité de l'acte médical.

Si la médecine est en train de devenir science par l'application à son domaine d'une méthode scientifique d'observation et d'étude, elle se scientifie également par l'application des autres sciences à ses outils de construction du savoir.

«Forcée d'emprunter souvent l'appui des sciences collatérales, elle doit sans cesse interroger la Chimie, s'aider des lois de la Physique, et suivre de près les nouvelles découvertes qui enrichissent la

⁴² LAENNEC (1828), p.415

⁴³ FAURE (2005), p.19

⁴⁴ BERNARD (1865), pp.245-246

⁴⁵ BINET (1952), p.42

⁴⁶ BINET (1952), p.44

classe immense des êtres organisés. Elle ne néglige aucun des faits qui semblent lui promettre quelque amélioration dans les moyens d'arriver à son but: mais avant d'en rien conclure, elle les soumet soigneusement au creuset de l'expérience, et ne prononce son jugement qu'après l'observation répétée de résultats positifs et évidents. Que de théories brillantes, ingénieuses, accréditées, se sont évanouies devant un seul fait nouveau bien constaté !»⁴⁷

Bien que nous soyons là face à un changement profond de la nature des outils médicaux, on constate que la médecine conserve encore la spécificité mais aussi la priorité de son projet sur les moyens utilisés pour l'atteindre: nous ne sommes encore qu'au début de l'évolution de la médecine en science appliquée, tendant vers un statut de science toujours plus pure, jusqu'au stade de l'élimination provisoire de son projet et de son objet initiaux. Si Georges Canguilhem affirme que ce stade d'élimination est un passage obligé de toute science, il écrira que «la première ambition qui porte la médecine à devenir science appliquée concerne la recherche d'efficacité en thérapeutique, comme par obéissance à son impératif originaire»⁴⁸, comme le montre cet extrait du dictionnaire des sciences médicales.

III.V La médecine comme science appliquée. De la disparition de son objet à la disparition de son projet

Si jusque-là nous avons vu l'épistémologie médicale évoluer à travers des changements affectant principalement la nature des outils et de l'objet médical, nous nous apprêtons à constater ici un renouvellement complet non seulement de la nature de l'ensemble des trois pôles de la médecine mais aussi des relations qui les lient, et c'est le développement de la microbiologie qui marque le début de ce renouvellement épistémologique profond de la médecine.

En effet, bien que les microorganismes aient déjà été observés en 1668 par Antoine Van Leeuwenhoek (1632-1723), commerçant et savant néerlandais, et en 1828 par Christian Gottfried Ehrenberg (1795-1876), naturaliste et zoologiste français, ce sont Pasteur (1822-1895) et Koch (1843-19109), en découvrant leur rôle étiologique dans les infections, qui redéfinissent la nature de l'objet médical. Désormais isolable et visualisable, il est un agent pathogène existant de manière complètement indépendante et en dehors de la personne malade. Dès lors, le patient n'existe plus. Il y a séparation complète entre personne et maladie puisque cette dernière non seulement existe au même titre que la personne malade mais en plus la surpasse en devenant l'objet d'intérêt principal. Ce changement est étroitement lié à celui de la nature des outils médicaux qui continuent d'être empruntés à d'autres domaines des sciences, en l'occurrence celui de la chimie, asseyant le nouveau statut de la médecine comme science appliquée.

Cependant, la médecine répond de moins en moins à cette définition de Georges Canguilhem:

« Une science appliquée, comme on peut le dire de la médecine sous certains rapports, conserve la rigueur théorique des connaissances qu'elle emprunte pour une meilleure réalisation de son projet thérapeutique, aussi originaire que le projet de savoir, auquel d'ailleurs elle a elle-même apporté son concours. »⁴⁹

Les connaissances empruntées semblent désormais l'être plus pour le seul projet de savoir plutôt que pour une meilleure réalisation du projet thérapeutique. En effet, si, paradoxalement, Pasteur et Koch ont plus fait avancer la médecine clinique que les médecins cliniciens de leur époque, n'oublions pas qu'ils sont des chimistes sans aucune formation médicale et que leurs recherches

⁴⁷ ALARD, MÉRAT DE VAUMARTOISE et al. (1812), p.XIX

⁴⁸ CANGUILHEM (1988), pp.28-29

⁴⁹ CANGUILHEM (1988), p.25

microbiologiques concernent toutes sortes de domaines dont la clinique humaine n'est qu'un cas particulier: dans le cas précis, l'application de la chimie comme outil épistémologique médical change la nature du projet médical puisque s'y mêle le projet microbiologique de l'étude et de la connaissance des micro-organismes, indépendant du projet originaire de soin. Si on a pu dire jusque-là que le domaine médical emprunte des outils à d'autres domaines scientifiques, on peut avancer ici que d'autres domaines scientifiques – celui de la chimie en l'occurrence – utilisent la médecine comme terrain de recherche. Le changement de la nature du projet médical se situe donc précisément dans le fait que le domaine médical devient lui-même un outil servant les projets d'autres domaines.

Ces domaines ne sont d'ailleurs pas exclusivement scientifiques. L'institutionnalisation de l'hygiène publique dans les sociétés européennes du dernier tiers du XIX^{ème} siècle participe également aux changements de nature de l'objet médical en lui prêtant des objectifs sociaux, économiques et même politiques. Un exemple très récent est celui de la chirurgie esthétique, dans lequel la médecine est l'outil d'une normalisation socio-culturelle de l'esthétique. En d'autres termes, la nature du projet médical perd de sa clarté; au projet initial de guérir se mêlent d'autres préoccupations.

Le développement de l'immunologie avec l'invention du vaccin contre la rage par Louis Pasteur en 1885 définit bien ce changement épistémologique de la médecine, car cette branche décrit de manière plus claire encore la séparation de l'objet et du projet médical. A la dualité de l'objet, qui est constitué à la fois de l'antigène – l'agent pathologique ou plus simplement la maladie – et de l'anticorps – représentant de la personne malade ou du patient, correspond la dualité du projet constitué de la recherche à la fois du savoir et du soin. Cette dualité dans l'épistémologie médicale est d'ailleurs aujourd'hui bien représentée par le rapprochement puis le mélange institutionnel entre la biologie et la médecine, comme en témoigne la Faculté de l'UNIL dans laquelle ce travail de master est soutenu: la Faculté de biologie et de médecine!

Ce nouvel objet dont s'occupe la médecine, que l'on dira, pour simplifier, constitué des deux versants séparés, la pathologie et la santé, s'inscrit dans la continuité du nouveau projet médical, lui aussi mêlé: depuis l'invention du vaccin avec Louis Pasteur, en passant par le concept de facteurs de risque, pour arriver aux développements récents de la génétique, le domaine médical a également besoin de redéfinir ses trois pôles fondamentaux (lesquels, rappelons-le, sont le projet, l'objet et les outils) afin de pouvoir mieux servir son nouveau projet qui, plus que de guérir, est maintenant de prévenir. La médecine a donc besoin de revenir à son objet d'origine qu'est le malade, mais le malade objectif et non pas le malade individuel concret. Par malade objectif, nous entendons que la médecine s'occupe à présent de l'identité immunitaire ou encore du génome du patient, qui sont à la fois singuliers et universels. Il n'y a pas de véritable retour de la médecine au patient, mais une nouvelle orientation vers un modèle du patient.

Peut-on alors affirmer que l'évolution de la médecine en science appliquée s'orientant toujours plus vers un statut de science pure conduit à réunir ses trois pôles en un seul? Y a-t-il perte de l'objet et du projet fondamental de la médecine au seul profit de la scientification de ses outils? Car devenir une science pure c'est perdre la notion du probable au profit de la certitude. Or c'est justement cet effort de probabilisation du jugement médical, cette remise en question épistémologique permanente, qui permet de maintenir la priorité et d'honorer le projet de soin. Cette question est très bien illustrée par le problème de "discrépance" qui existe parfois entre les critères intermédiaires et les critères cliniques dans les essais médicamenteux. Si nous prenons l'exemple des nombreuses études effectuées sur la rosiglitazone, médicament antidiabétique oral, on constate que son utilisation diminue les taux d'hémoglobine glyquée, qui est l'indicateur biologique de la maladie du diabète chez les patients. On s'attend donc à ce qu'il ait un effet clinique similaire en diminuant les complications et décès dus à cette maladie. Or les résultats de l'étude montrent que cela n'est pas le cas. L'utilisation de ce médicament n'est donc pas pertinente dans la perspective du projet de soin, ce qui ne peut être visible

que si le domaine médical, comme cela a été le cas dans cette étude, garde le souci constant d'expérimenter et de critiquer l'efficacité de ses importations scientifiques.⁵⁰

En d'autres termes, si elle veut garder son projet fondamental, et qui constitue l'originalité de sa fonction, la médecine se doit de constamment se remettre en question au plan épistémologique.

⁵⁰ BUCLIN, cours UNIL 2011

Deuxième partie :

Socles épistémologiques du médecin dans la prise en charge clinique: exemple du diabète de type II

I. Introduction

La deuxième partie de notre travail s'intéressera à comprendre comment le médecin intègre, gère, interprète et applique l'héritage constamment en mouvement du savoir médical dans sa pratique de la médecine. Nous chercherons à voir comment de la confrontation d'un savoir médical historiquement, culturellement et socialement transmis, à la réalité clinique, le médecin construit son propre socle épistémologique, ce qui constitue notre question de recherche.

Nous avons choisi d'illustrer cette problématique avec une maladie en particulier, le diabète de type II. Le choix du diabète de type II comme pathologie illustratrice du propos est motivé tout d'abord par le souci d'étendre notre réflexion à l'ensemble des pathologies de la médecine scientifique et de ne pas se limiter à celles répondant de manière plus évidente au domaine social, telles que les maladies psychiatriques par exemple. Nous avons donc fait le choix d'une maladie appartenant clairement au domaine somatique, et dont la description et l'efficacité des modèles thérapeutiques – les aspects épistémologiques de la prise en charge actuelle du diabète de type II – sont aujourd'hui bien établies et font l'objet de nombreux programmes de santé publique, tel le Programme cantonal diabète dans le canton de Vaud. D'autre part, si notre intérêt s'est porté sur le diabète et non pas sur une autre maladie relevant purement du domaine somatique, c'est parce que sa définition offre un terrain particulièrement aisé quant à la description du processus de construction historique, social et culturel. En effet, la maladie du diabète est en premier lieu définie par le dépassement de normes biologiques pré-établies telles que la glycémie ou encore l'hémoglobine glyquée, normes qui ne sauraient être établies de façon purement intrinsèque au domaine médical. Ces normes offrent par conséquent la possibilité d'une réflexion sur les facteurs épistémologiques influençant leur modulation, en d'autres termes d'une réflexion sur la construction historique, culturelle et sociale de la maladie, question principale de notre travail.

II. Méthode

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé une série de trois entretiens semi-directifs menés par l'investigatrice principale, Nadia Kilani, d'une durée de 45 minutes chacun et structurés autour de 11 questions systématiques de base (voir canevas de questions en annexe). Ce travail ayant pour ambition une approche analytique de type anthropologique, il s'agit ici d'une étude de type qualitatif, c'est-à-dire qui traite un échantillon restreint (trois médecins) et qui a pour but de suivre le discours de l'interviewé et de l'étoffer avec des questions de relance afin de générer des hypothèses. Pour cela, elle se base sur des entretiens compréhensifs dont le principe est de « renverser le mode de construction de l'objet en fondant le processus de théorisation et de production des concepts sur l'accumulation d'observations et le travail de terrain. »⁵¹ C'est donc une approche de type interprétatif. La méthodologie est de ce fait inductive, construisant les résultats à partir du contenu des observations de chaque entretien.⁵²

Chacune des trois interviews a été enregistrée puis transcrite par écrit par l'investigatrice principale.

⁵¹ DEMAZIÈRE, KAUFFMAN (1997), p.398

⁵² GOOD (1998), p.149

Les 11 questions du canevas de base ont été imaginées dans la perspective de ce qu'elles pourraient amener comme éclaircissement quant à ce qui, pour chacun des trois médecins, constitue la nature et la relation entre les trois pôles de l'épistémologie médicale (projet, objet, outils). L'analyse qualitative croisée et l'analyse de la saturation thématique des réponses transcrites des trois médecins aux 11 questions du canevas a en effet pour but de permettre à l'investigateur de reconstituer le socle épistémologique de chacun des trois médecins et de pouvoir en comparer les ressemblances et dissemblances.

Les médecins ont été choisis sur la base de plusieurs critères. Tout d'abord, nous avons le souci de la diversité des personnes interrogées afin d'enrichir au maximum les données recueillies. En recherche qualitative la représentativité par un échantillonnage aléatoire n'est en effet pas la priorité. Ce qui est prioritaire c'est la diversité, laquelle implique un échantillonnage intentionnel (*purposive sampling*). Nous avons donc choisi des médecins qui différaient non seulement par leur genre (deux hommes et une femme), leur appartenance générationnelle (nombre d'années de pratique clinique du médecin, différence du contenu des études en médecine), mais aussi par le lieu de leur pratique clinique (deux médecins installés en cabinet, un médecin exerçant à l'hôpital). Tous devaient cependant avoir eu affaire avec la prise en charge d'un patient avec diabète de type II au cours de leur carrière.

Ensuite, il nous a semblé intéressant d'appréhender la prise en charge du diabète de type II par l'abord de trois différents spécialistes: un diabétologue, un médecin généraliste et un cardiologue. En effet, le fait d'interroger différents spécialistes sur une même pathologie permet d'étendre les résultats obtenus dans l'exemple spécifique du diabète de type II au socle épistémologique utilisé dans la prise en charge des autres maladies. En outre, au-delà du seul socle épistémologique individuel du médecin, il pose la question de l'existence d'un socle épistémologique qui serait spécifique et propre à chaque spécialité.

Finalement, le protocole de cette présente recherche a été soumis à la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain qui a donné son aval quant à sa réalisation.

III. Présentation des médecins interrogés

Dans un souci d'anonymat, le bref portrait des trois médecins interrogés ne comportera ni leur nom ni aucune information susceptible de les identifier, ceci afin de protéger les informations personnelles qui ont pu être divulguées lors des différentes interviews. Il est également bon de rappeler ici que le but de cette recherche n'est en aucun cas d'émettre un jugement de valeur sur la qualité de leur croyance, jugement ou prise en charge professionnels mais de comprendre, grâce à leur aide, comment le Médecin transcrit son savoir médical dans la construction de sa pratique clinique.

Diabétologue : La Dresse. D a obtenu son diplôme d'études en médecine en 1986 et s'est par la suite spécialisée en médecine interne et endocrinologie-diabétologie en 1996 dans un grand hôpital de l'Arc lémanique où elle s'intéresse en particulier à l'enseignement aux patients diabétiques. En 1997, elle ouvre son cabinet médical privé et suit en parallèle une formation en nutrition. En 2002, la Dresse. D reprend une activité dans un autre hôpital de l'Arc lémanique où elle s'occupe notamment des consultations ambulatoires en endocrinologie et diabétologie ainsi que les consultations pour le projet du réseau lémanique « Diabaide ». En parallèle, la Dresse.D a également suivi une formation continue en qualité de soin et assume la fonction de médecin consultant. Finalement, elle est également active dans la direction du Programme cantonal Diabète.

Médecin généraliste : Le Dr. G a obtenu son diplôme d'études en médecine en 1979 avant de se spécialiser en médecine interne générale dont il obtient le titre en 1986. Par la suite, il ouvre un cabinet de groupe de médecine générale dans une ville de la périphérie semi-urbaine. En 2003 et 2004, il obtient les deux attestations de formation complémentaire en pratique du laboratoire en cabinet médical et en qualification pour les examens radiologiques à fortes doses.

Cardiologue : Le Dr. C a obtenu son diplôme d'études en médecine en 2002. De 2002 à 2005, il travaille comme assistant successivement dans les services de neurochirurgie, médecine interne puis de soins intensifs chirurgicaux dans un grand hôpital de la Côte. En 2006 il obtient son diplôme de Docteur en médecine. De 2007 à 2009, après avoir exercé dans d'autres hôpitaux en périphérie, il revient travailler au sein du service de cardiologie du même grand hôpital de la Côte où il suit une formation approfondie en échographie. En 2010, il obtient son titre de médecin spécialiste en cardiologie, son fellowship en imagerie cardiaque et en réanimation cardiologique puis ouvre un cabinet médical privé de cardiologie en 2011.

IV. Résultats

Les données transcrites des trois interviews ne sont pas mises à disposition dans ce présent document pour des raisons évidentes de protection de la confidentialité et de l'anonymat des trois intervenants, conformément aux exigences de la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain.

Seul le canevas des onze questions posées aux intervenants lors de chaque entretien se trouve en annexe.

V. Analyse des résultats

Première d'une série de 11 questions et malgré son caractère à priori simple, la question « Qu'est-ce que le diabète de type II ? » nous a permis d'apercevoir dès l'ouverture de chacun des entretiens sur quel niveau de complexité et de subtilité se construit le socle épistémologique du médecin.

Tout comme nous l'avons fait lors de notre survol historique, nous tentons dans cette partie de définir le socle épistémologique des trois médecins à travers l'analyse de la nature de leurs trois pôles épistémologiques que sont le projet, l'objet et les outils médicaux. Pour ce faire, nous nous basons sur l'ensemble des réponses qu'ont donné les trois médecins aux 11 questions de l'interview. Cependant, en raison des limites évidentes de ce travail de master, nous appuierons notre démonstration sur un nombre limité de citations choisies pour leur pertinence.

Doctoresse D

«Le diabète est une maladie silencieuse où les gens ne sont pas malades.»

Cette phrase nous renseigne déjà beaucoup sur la nature du socle épistémologique de la Dresse. D. En effet, elle établit ici la dualité dont est, selon elle, faite la prise en charge médicale du diabète, dans laquelle se font face d'un côté le projet, l'objet et les outils du médecin et de l'autre, le projet, l'objet et les outils du patient. Cette affirmation met en évidence la complexité de la nature de l'objet épistémologique. Car si l'objet médical est probablement clair pour le médecin, il ne l'est certainement pas pour le patient. Nous revenons ici à la dualité dont est fait l'objet épistémologique: l'objet scientifique d'un côté, propriété du médecin, et de l'autre, l'objet appartenant au patient.

Le terme de «maladie silencieuse» sous-entend que la maladie existe en amont et même en dehors des symptômes ressentis par le patient, qu'elle peut être définie uniquement par le dépassement de normes biologiques sans avoir eu aucun impact sur le vécu éprouvé par le patient. Autrement dit, la maladie est définie par les signes qu'elle induit, avant même de l'être par les symptômes:

«Le diabète de type II est une maladie définie par les valeur de taux d'hémoglobine glyquée, valeur qui change constamment: il y a un côté arbitraire de la limite entre le physiologique et le pathologique qui ne se base pas sur les symptômes des patients et qui existe en amont des complications.»

Cette représentation du phénomène pathologique fait de la maladie une entité en soi, dont l'existence est indépendante du patient dans lequel elle évolue. Elle n'est constituée que du seul objet médical, un objet médical, comme le décrit la Dresse. D, constitué de toutes les définitions scientifiques du diabète de type II: «un taux de sucre trop élevé secondaire à une résistance à l'insuline, souvent accompagné d'autres maladies qui forment ensemble le syndrome plurimétabolique et qui peut mener à des complications de tous les systèmes.»

Or, la Dresse. D ne s'arrête pas là. En précisant que «le diabète de type II est une maladie silencieuse où les gens ne sont pas malades», elle fait une constatation fondamentale: cet objet médical n'appartient justement qu'au seul médecin, mais n'est pas partagé par le patient.

Ainsi, quand il s'agit de définir la maladie du diabète, la Dresse. D explique : « Le diabète de type II est une maladie pour le médecin mais pas pour les gens, car la maladie existe pour le médecin quand il n'y a pas encore de symptômes. Or elle n'existe pour le patient qu'une fois qu'il y a des symptômes.»

Ce qu'elle interroge ici c'est comment cette maladie, qui existe en dehors et malgré lui, pourrait appartenir au patient? Ce dysfonctionnement métabolique complexe que le patient n'éprouve absolument pas, comment pourrait-il se l'approprier? L'objet épistémologique reste propriété du médecin, tout comme n'appartiennent dès lors également qu'au médecin le projet et les outils épistémologiques; car si l'objet médical est restreint à la définition scientifique du diabète de type II,

le projet est alors lui aussi exclusivement scientifique, c'est la «prévention des complications dues au diabète, c'est-à-dire la survenue des symptômes», et n'a dès lors besoin pour se réaliser que des outils médicaux scientifiques qui consistent en la «prise en charge du diabète de type II ainsi que de l'ensemble des maladies chroniques du patient, la stabilisation vers les valeurs normales des taux de sucre, de la tension, du cholestérol, et le traitement des facteurs de risque cardio-vasculaires.»

Or, pour la Dresse. D, comme déjà dit plus haut, la prise en charge du diabète de type II a besoin du partage entre patient et médecin des trois pôles épistémologiques.

Selon elle, le médecin doit donc tout d'abord constater la différence de réalité qui existe entre le patient et lui : «La première chose à considérer lors de la prise en charge d'un patient avec diabète c'est qu'il existe d'un côté les objectifs du médecin et de l'autre ceux du patient ; et les deux objectifs sont différents.»

Ensuite, son rôle est d'expliquer au patient ce qu'est le diabète, comment et pourquoi on le traite, en d'autres termes, il s'agit pour le médecin de partager ses connaissances, c'est-à-dire les outils scientifiques utiles au projet médical, de manière à ce que le patient puisse s'approprier la maladie et par là partager l'objet médical: «Il s'agit d'informer le patient, l'éduquer sur la maladie afin lui faire s'approprier la prise en charge et le pousser à l'autonomisation. C'est un processus de partage d'informations et de formation dans lequel le médecin explique au patient les outils qu'il propose pour combattre la maladie et accompagne le patient dans ses décisions.»

Une fois l'objet médical partagé, l'objet épistémologique change. De la maladie comme entité existant indépendamment de l'individu dans lequel elle évolue, il devient la maladie inscrite dans l'individu et pour lequel elle fait sens.

Comme le dit plus simplement la Dresse. D, l'objet épistémologique pour le médecin devient le patient: «Le centre de la maladie ça n'est pas l'excès de sucre, c'est le patient.»

Selon la Dresse. D, ça n'est que lorsque cette étape est atteinte que la prise en charge peut se faire de manière optimale, puisque c'est seulement là que le patient peut partager le projet médical qui devient à son tour projet partagé du médecin et du patient.

A nouveau, donc, la Dresse. D définit le projet épistémologique du médecin comme devant être double: il doit certes contenir l'objectif médical que nous avons défini plus haut, à savoir la stabilisation des paramètres biologiques vers des valeurs normales et le traitement des autres facteurs de risque cardio-vasculaires associés dans le but de prévenir la survenue des complications dues au diabète, mais il doit également selon elle contenir l'objectif du patient qui consiste lui en ce que le la Dresse. D nomme «la joie de vivre».

En d'autres termes, le projet du médecin devrait être un compromis entre l'objectif médical de prévention et les attentes du patient de ne pas restreindre son confort et sa qualité de vie.

La Dresse D. va même jusqu' à prioriser dans le projet médical les objectifs du patients en posant cette question simple: «La joie de vivre correspond-elle au projet de soin – un diabète équilibré dont les normes sont alignées – ou au plaisir de ne pas se restreindre et de ne pas vivre pour le diabète mais bel et bien avec le diabète?» Une interrogation qu'elle résout par cette affirmation: «Le plus important est ce que veut le patient; or la joie de vivre n'est pas directement corrélée aux valeurs biologiques. Il faut donc pondérer les valeurs biologiques qui sont un des multiples paramètres de la prise en charge dont le plus important est la priorisation par le patient.»

Comme nous l'avons déjà dit, l'appropriation de l'objet médical par le patient permet au médecin de le faire adhérer à l'objectif médical. Mais selon la Dresse. D, la prise en charge ne s'arrête pas au seul partage du projet du médecin avec le patient, il faut que le projet du patient également soit partagé par le médecin: «Il faut revenir à ce que veulent les gens et les accompagner dans les décisions.» La Dresse. D considère donc le médecin lui-même, accompagné de son savoir médical, en tant que l'un des outils servant au projet thérapeutique.

«Les normes de glycémie qui définissent la maladie du diabète ne sont qu'un chiffre, la preuve, elles évoluent constamment.»

Cette phrase de la Dresse. D est intéressante parce qu'elle définit là, et de manière définitive, les transcriptions scientifiques du phénomène pathologique comme étant des outils. En effet, elle met ici une distance entre la traduction scientifique du phénomène pathologique et le phénomène pathologique lui-même. En d'autres termes, elle distingue là les outils médicaux conceptuels de l'objet médical.

«L'alignement des valeurs biologiques du diabète aux normes ne garantit pas la promesse de longue vie.»

Les paramètres biologiques ne sont donc pas la traduction littérale du phénomène pathologique puisque les traiter n'équivaut pas forcément à atteindre le projet de soin. Ce que nous dit la Dresse. D, c'est que la science est outil du projet médical mais ne constitue en aucun cas le projet médical lui-même.

«Ce que la science ou la littérature nous disent est un outil de soin, mais il y a d'autres paramètres, d'autres outils à considérer selon le projet qu'on a.»

Finalement, il y a donc selon la Dresse D., l'existence d'un projet prioritaire pour l'atteinte duquel, puisqu'il doit être propriété du patient, le savoir scientifique médical ne constitue qu'un des outils parmi nombre d'autres.

Docteur G

«Chez un patient avec des symptômes évocateurs du diabète comme la polyurie, la polydipsie, ou encore la survenue fréquente d'infections, il faut confirmer la suspicion du diagnostic par des tests biologiques.»

Tout comme dans le cas du premier intervenant, cette phrase du Dr. G est déjà indicatrice de nombreux éléments constituant son socle épistémologique.

Tout d'abord, on remarque ici que la maladie existe à travers le vécu éprouvé du patient. La maladie se manifeste donc d'abord par les symptômes qu'elle provoque mais la confirmation de son existence se fait par la recherche des signes biologiques. En d'autres termes, si les symptômes sont un outil de suspicion, les signes seuls constituent l'outil capable de rendre l'existence de la maladie définitive et donc de la définir réellement.

A la question des circonstances les plus courantes menant au diagnostic de type II chez un patient en cabinet, le Dr. G répond:

«Il y a trois catégories de patients auxquelles il faut être plus particulièrement attentifs: la première, la plus fréquente, constituée de patients asymptomatiques mais suspects soit de par la présence manifeste chez eux d'autres critères du syndrome métabolique tels que de l'obésité ou un mode de vie peu propice, soit encore d'une anamnèse familiale positive; la deuxième catégorie est constituée des patients avec les symptômes spécifiques du diabète comme la polydipsie, la polyurie ou encore une perte de poids; la dernière est celle des patients ayant des symptômes de complications dues au diabète tels qu'une claudication intermittente ou encore une polyneuropathie. Pour ces trois catégories de patients, il faut faire une recherche ciblée de diabète par la mesure répétée des valeurs des glycémies et de l'hémoglobine glyquée.»

Dès lors, les symptômes ou plus simplement le patient devient un outil permettant d'identifier l'objet épistémologique mais dont la définition est faite par les signes ou les outils scientifiques:

«La définition d'un patient diabétique est basée sur les critères biologiques.»

En associant les termes opposés de «patient» et de «critères biologiques», cette phrase nous renseigne sur la nature de l'objet médical. En effet, le terme patient signifie étymologiquement «celui qui endure» ou «celui qui souffre», c'est-à-dire celui qui éprouve la maladie. Le patient est donc défini par son vécu éprouvé de la maladie, en d'autres termes ses symptômes, et la maladie ne peut exister de manière distincte de la personne dans laquelle elle évolue.

Or, ce que le Dr. G affirme ici est l'inverse: le patient est défini par des critères biologiques, c'est-à-dire des signes, et non pas des symptômes cliniques. L'objet épistémologique dont on s'occupe n'est alors pas l'entité homogène de la maladie inscrite dans la personne, mais bel et bien la maladie existant seule en tant qu'entité indépendante, et le patient, plutôt que qu'objet épistémologique lui-même, devient un outil permettant d'identifier cet objet.

Pour le Dr. G l'objet épistémologique correspond donc à l'objet médical, dont il fait la même description, quoiqu'en usant plus des chiffres, que celle du Dr. D vue plus haut. Ceci n'est pas étonnant puisque l'on s'attend à un partage épistémologique entre les médecins de la description scientifique de la maladie du diabète : « Le diabète est une maladie métabolique que l'on peut expliquer sur deux axes avec une diminution de la sécrétion et une résistance à l'insuline, souvent associée à la présence d'autres facteurs de risque et qu'il faut traiter pour prévenir les complications possibles. Le diabète de type II est défini par les critères suivants: 1) une glycémie à partir de 7 à jeun ayant été documentée au moins lors de deux contrôles successifs, 2) une HbA1c à 6,5, 3) une glycémie post-prandiale à 11,1, 4) une glycémie pendant la journée à 11,1 lors de plusieurs prises successives ».

Or, pour le Dr. G, cette description de la maladie, plus qu'une transcription scientifique du phénomène pathologique, semble en être la traduction littérale. Les signes ne sont pas de simples témoins fiables de l'existence de la maladie, ils font exister la maladie, ils *sont* la maladie. Dans cette conception épistémologique, les outils scientifiques deviennent l'objet médical. A la question des améliorations potentielles que l'on pourrait envisager dans la prise en charge du patient avec diabète de type II, le Dr. G répond en considérant en effet principalement la traduction scientifique de la maladie: « les objectifs biologiques (l'HbA1c) ne sont malheureusement pas toujours atteints, et les glycémies restent souvent trop élevées. »

Dès lors, l'atteinte du projet de soin équivaut à l'atteinte des normes des valeurs biologiques: le projet médical se confond avec le projet scientifique qui en est la traduction littérale. Ainsi pour le Dr. G, le but de la prise en charge du diabète de type II est contenu dans la tentative de « baisser les paramètres de glycémie et de l'HbA1c pour prévenir les complications. »

Mais si l'objet et le projet médical semblent partager la même nature scientifique, qu'en est-il des outils épistémologiques ?

Certes une partie en est elle aussi de nature scientifique: « la prescription d'un même schéma médicamenteux pour tous les patients, le contrôle régulier des paramètres biologiques sanguins ou encore la prise en charge des complications par des spécialistes. », mais il est intéressant de noter que le Dr. G met en première ligne les outils d'une autre nature, citant la prévention sociale et la compliance du patient comme premières mesures de prise en charge du diabète, et considérant le traitement médicamenteux comme une intervention tardive :

« Les moyens à disposition ne sont pas seulement médicamenteux, d'ailleurs les médicaments ne devraient pas se trouver au premier plan : une bonne hygiène de vie est essentielle dans le traitement du diabète, et cela nécessite de motiver les patients ».

Pour réaliser son projet médical, la médecine a donc besoin d'intervenants étrangers à son domaine et d'outils sociaux, politiques ou même économiques, plus que d'outils médicaux.

Au début de ce texte, nous avons souligné comment le patient peut, à travers les symptômes, jouer un rôle d'outil épistémologique. Pareillement, le Dr. G explique qu'un point clé de la prise en charge réside dans l'éducation du patient sur sa maladie :

« Le patient doit être informé et conscient des enjeux ainsi que des complications possibles, de l'évolution probable, et des risques si on ne traite pas son diabète. Le médecin doit lui expliquer les buts du traitement et les moyens à disposition en insistant particulièrement sur les habitudes de vie, comme le sport et l'hygiène alimentaire, ainsi que le traitement non médicamenteux ».

Il rejoint ici ce que disait le Dr. D quant à l'importance du partage de l'information médicale ou de l'outil scientifique du médecin avec le patient : obtenir l'adhésion du patient au projet du médecin. On voit ici comment le médecin souhaite faire intervenir le patient en tant qu'outil de premier ordre dans

la prise en charge de sa maladie: le patient, bien plus que le médecin, est en possession des outils épistémologiques efficaces dans le traitement du diabète. On peut aller jusqu'à affirmer que, selon le Dr. G, un patient compliant est certainement l'outil le plus performant pour atteindre le projet médical.

Docteur C

« De manière grossière, un patient diabétique, c'est un patient qui a une résistance à l'insuline, plus de 7 de glycémie à jeun, qui suit un traitement d'antidiabétiques oraux et qui est compliant ».

Ce portrait du patient diabétique est intéressant dans ce qu'il décrit de la constellation d'éléments dont est faite la nature de l'objet épistémologique selon le Dr. C.

L'objet est successivement la maladie métabolique ou l'outil conceptuel, sa traduction scientifique ou l'outil sémiologique, la maladie à travers son appropriation médicale ou les outils concrets, et finalement la maladie à travers son appropriation par le patient. Comme nous l'avons vu plus haut avec la Dresse. D, l'objet épistémologique du Dr. C semble être constitué à la fois de sa définition scientifique et de la définition qu'en fait le patient. Autrement dit il est à la fois constitué de l'objet du médecin et de l'objet du patient.

Ceci est très bien résumé par l'expression qu'utilise le Dr. C pour répondre à la question de la définition du diabète : « C'est le syndrome du bon vivant ».

Le Dr. C associe là en effet les deux aspects : d'un côté le syndrome, notion compliquée appartenant au médecin, et de l'autre la notion de valeur et de choix quant à un mode de vie, n'appartenant elle qu'au seul patient mais étant liée à la maladie au même titre que la définition proprement médicale.

De là peut déjà s'esquisser la nature des outils épistémologiques dans la conception du Dr. C. Celle-ci est constituée d'une part du médecin et de sa science, d'autre part du patient lui-même.

En effet, lorsqu'il s'agit de déterminer en quoi devrait consister la prise en charge du diabète de type II, le Dr. C explique:

« D'abord mettre en place le traitement médicamenteux par la prescription d'un schéma similaire pour tous les patients, ensuite agir sur le régime alimentaire. Mais, si l'on reste dans des quantités raisonnables bien-sûr, on a suffisamment d'armes avec les médicaments pour ne pas **devoir** agir sur l'hygiène de vie et la pharmacologie **permet** au patient de manger **tout** ce qu'il **veut** ; enfin, il faudrait faire du sport au moins trois fois par semaine, mais à nouveau, si le traitement est bien pris, les recommandations alimentaires sont moins importantes ».

On voit là que le Dr. C priorise l'intervention médicamenteuse par rapport aux mesures d'hygiène de vie. Le traitement pharmacologique est l'outil épistémologique de choix car il permet au patient d'éviter la contrainte qu'entraînerait son implication en tant qu'outil. Au contraire des deux autres médecins interrogés, donc, le Dr. C considère l'outil scientifique médical comme prioritaire par rapport aux outils de nature sociale, politique, économique ou le patient lui-même, justement parce que sa seule utilisation permet non seulement un effet efficace sur l'objet purement médical, en alignant les valeurs biologiques, mais également sur l'objet patient en lui évitant des restriction alimentaire et des contrainte en matière d'exercice du sport. On s'aperçoit ici que le projet épistémologique du Dr. C est double : d'un côté le projet scientifique du médecin qui est de « contrôler au mieux les glycémies afin de diminuer le risque de complications dues au diabète » et de l'autre le projet de « joie de vivre » du patient, comme le désignait la Dresse. D.

Pour atteindre ce projet de « joie de vivre », le patient doit donc très fidèlement s'en remettre aux outils scientifiques, en d'autres termes partager le projet médical. Comme nous l'avons vu avec les deux autres intervenants, il doit pour cela être en mesure de comprendre et de partager l'objet du médecin

« Comprendre ce qu'il a permettra au patient de comprendre pourquoi il doit se traiter : cela va permettre que le patient le fasse mieux et ne s'en fiche pas ».

Selon le Dr. C, et comme pour les deux autres intervenants avant lui, informer le patient permet donc au médecin de lui donner les outils nécessaires pour s'approprier l'objet puis le projet médical. La différence cette fois est que le but change de nature : plutôt que de faire agir le patient sur son hygiène de vie, le but est qu'il suive son traitement médicamenteux de manière très rigoureuse. Il consiste donc moins à faire du patient un outil autonome de sa maladie qu'à chercher à le rendre partenaire du médecin pour une synergie du projet médical.

« Il *semble* que des études montrent qu'il est bénéfique de diminuer au maximum les taux d'autres facteurs de risque associés tels que le cholestérol par exemple, *bien que certains affirment le contraire et que d'autres théories feront autorité dans 10 ans.* »

Cette citation illustre la prudence que manifeste le Dr. C face aux vérités scientifiques. Elle montre que le Dr. C considère la science comme un outil de traduction de la réalité dans un but précis (le projet médical) et non pas comme la réalité elle-même. L'outil épistémologique, de nature scientifique, ne se confond donc ni avec l'objet ni avec le projet épistémologique qui sont eux, comme nous l'avons vu, doubles.

Si le Dr. C dit se fier aux recommandations européennes officielles dans l'exercice de sa pratique, il ajoute que « peut-être que dans 10 ans on dira que c'était faux, mais je m'y fie d'une part parce qu'elles sont basées sur des données théoriquement sérieuses et d'autre part parce que s'il y a un problème dans la prise en charge, le médecin a de quoi argumenter ».

Le terme de « données *théoriquement* sérieuses » est très intéressant car il montre la distinction que fait le Dr. C entre le savoir médical scientifiquement construit – la théorie médicale ou les outils épistémologiques médicaux – et la réalité médicale concrète.

Cela rejoint la réflexion que nous avons commencée plus haut selon laquelle la transcription scientifique du phénomène pathologique n'est pas l'équivalent exact du phénomène pathologique lui-même et qu'il est de ce fait possible que les outils manquent à servir, avant même de parler du projet épistémologique global, le projet médical.

Or, si pour le Dr. C la science se limite à son seul rôle d'outil, le projet visé ne semble pas si clair. C'est ce que démontre la deuxième partie de la citation où le consensus autour du savoir scientifique, plus que de servir un projet médical, d'ailleurs pas toujours atteint, semble sous-tendre un projet tout autre : celui de protéger et de garantir la valeur du médecin.

Conclusion

Les observations faites sur la base de notre brève analyse historique ainsi que des entretiens avec les trois spécialistes nous conduisent à considérer que le médecin doit gérer deux niveaux épistémologiques.

Au premier niveau, on trouve l'Épistémologie médicale, constituée des théories de la connaissance que le médecin apprend et intègre comme réalité médicale au cours de ses études, à travers les enseignements théoriques et cliniques ainsi que par la lecture de la littérature scientifique. C'est le consensus du savoir produit par la communauté médicale, qui construit et définit ce qu'est le médecin, et dont les recommandations officielles ou guidelines sont la concentration.

Au deuxième niveau, on distingue l'épistémologie médicale spécifique et propre à chaque spécialité. Il s'agit d'une première adaptation des théories du savoir médical général à une pratique clinique particulière. C'est la transmission, à travers la formation spécialisée et les colloques de spécialistes entre autres, d'un savoir médical non plus seulement théorique et clinique mais *appliqué*. Produit de la métabolisation du savoir médical partagé de tous dans la spécificité d'une pratique clinique particulière, il est le garant d'un savoir-faire qui fait autorité parmi les membres de la spécialité.

C'est donc à partir de la confrontation de cette double épistémologie avec sa réalité clinique propre que va se construire le socle épistémologique du médecin.

L'idée d'une épistémologie propre à chaque spécialité médicale nous a été suggérée par les trois entretiens avec les médecins. En choisissant trois spécialistes différents, notre but était bien de nous interroger sur la possibilité d'une approche épistémologique spécifique à chaque spécialité.

Cette conclusion doit être accompagnée des éléments de réflexion suivants.

Tout d'abord, en raison de la nature même de la méthode de recherche choisie, c'est-à-dire un échantillon composé des propos de trois médecins de trois spécialités différentes, nos résultats qualitatifs ne peuvent ni prétendre à une valeur représentative, ni permettre des conclusions définitives. Il aurait pour cela fallu comparer non seulement des spécialités différentes mais plusieurs intervenants différents dans chaque spécialité, afin de mettre en évidence non seulement les similarités épistémologiques typiques de celles-ci, mais la variation interne à chacune. Dans les limites de ce travail, un élément saillant est apparu à travers les entretiens: l'importance du facteur humain comme déterminant principal du socle épistémologique du médecin. Si comme nous en avons fait l'hypothèse ci-dessus, le socle épistémologique du médecin se construit à partir de la combinaison d'une épistémologie commune à tous les médecins et d'une épistémologie particulière à chaque spécialité, la confrontation de ce double héritage épistémologique semble former l'essentiel du socle épistémologique du médecin. Or c'est justement à ce point qu'intervient l'individualité de chacun et c'est donc cette individualité qui, plus que tout savoir hérité, semble le facteur déterminant de la nature du socle épistémologique propre à chaque médecin.

Or la confrontation de la double épistémologie du médecin à la réalité clinique représente précisément l'enjeu de la pratique médicale actuelle.

En effet, comme nous l'avons mentionné dans notre bref survol historique, l'évolution de la médecine en science appliquée tend à la scientification complète des trois pôles de l'Épistémologie. Or, c'est justement cette Épistémologie médicale générale, condensée sous la forme de recommandations officielles, qui fait figure d'autorité. Dès lors, répondre aux critères et exigences scientifiques devient indispensable pour le médecin, afin de garantir non seulement sa légitimité, sa crédibilité et sa valeur professionnelles mais encore sa place dans la communauté médicale !

Comme nous en avons déjà fait la constatation, la scientification à l'extrême des pôles épistémologiques de la médecine semble mettre en péril son projet original. En effet, la référence à la science visant à écarter toute notion d'incertitude ou de probabilité, la remise en question nécessaire

de son épistémologie par le domaine médical et en cela le maintien de la priorité de son projet original semblent être compromis.

C'est ici que se trouve toute la difficulté pour le médecin qui voit sa conscience professionnelle déchirée entre deux exigences émanant de la communauté médicale, à la fois indispensables et incompatibles.

D'un côté, le médecin a le souci de rester le garant et légitime détenteur du savoir abrité par la communauté médicale. Cela signifie l'adoption de la science en tant que valeur absolue et une réponse constante à ses exigences. Comme l'a dit l'un des trois intervenants lors d'un entretien, il vaut mieux suivre les «guidelines» plutôt que de faire de la «cuisine». La connotation négative de ce terme s'applique à l'administration de certains médicaments basée sur l'expérience clinique du médecin plutôt que sur les recommandations officielles. Elle confère un caractère non professionnel à cette manière de faire.

Toutefois, cette « cuisine » est justement la confrontation de la double épistémologie du médecin à sa réalité clinique et de ce fait également l'unique opportunité pour le médecin de maintenir la priorité du projet de soin. En effet, les guidelines officielles qui condensent l'Épistémologie médicale et dont la communauté scientifique se porte garante, ne sont pas imposées et ont seulement le statut de recommandations. Elles laissent donc une large marge de manœuvre au médecin, comme s'il existait un consensus à peine avouable que la science théorique ne peut jamais être tout à fait traduite dans le concret et qu'il faut laisser une brèche au médecin afin qu'il réalise cette étape complexe, portant seul et presque honteusement la responsabilité pourtant fondamentale de garantir la pérennité de ce qui fait l'originalité de la médecine, son projet de soin.

Ce que nous constatons des entretiens avec les trois spécialistes, c'est que, bien que chacun possède son propre socle épistémologique, avec une implication différente dans la fidélité de l'adoption de la science comme valeur médicale absolue, le projet de soin semble finalement toujours avoir la priorité sur le projet scientifique.

«Je commence toujours par le même schéma médicamenteux (épiguanide, metformin, sulfonilurées, inhibiteurs DPP4), construit sur la base des informations recueillies lors des colloques, de la formation continue et des articles scientifiques. Mais si ce schéma ne marche pas en pratique, c'est-à-dire que le patient développe des complications dues au diabète malgré le traitement, alors je m'adapte».

Cette phrase du Dr. G démontre que, même en cas d'adoption fidèle du modèle scientifique – rappelons que la référence scientifique est prépondérante dans chacun des trois pôles épistémologiques du Dr. G, plus que chez les deux autres médecins interrogés – le souci de cohérence entre application des outils scientifiques et résultat thérapeutique finit toujours par l'emporter chez le médecin. En d'autres termes, en dépit de l'importance des outils scientifiques, le médecin semble demeurer conscient de l'existence du projet de soin et en dernier ressort le faire prévaloir sur le projet scientifique.

Références

ALARD, François Victor MERAT DE VAUMARTOISE et al., *Dictionnaire des sciences médicales*, Vol. 1 (A-AMP), Paris 1812.

ALARD, François Victor MERAT DE VAUMARTOISE et al., *Dictionnaire des sciences médicales*, Vol. 5 (CHACOL), Paris 1813.

BERNARD, Claude, *Esquisses et notes de travail inédites*, recueillies et commentées par Léon Binet, Paris 1952.

BICHAT, Xavier, *Traité d'anatomie descriptive*, Paris 1823.

BUCLIN, Thierry, 'Pharmacologie clinique des psychotropes et difficultés d'une prescription fondée sur les preuves', *Cours de pharmacologie clinique Master 2.2*, Université de Lausanne 2011.

BURNET, John, trad. par REYMOND Auguste, *L'Aurore de la philosophie grecque*, Paris 1919.

CANGUILHEM, Georges, *Le normal et le pathologique*, 9^e éd., Paris 2003.

CANGUILHEM, Georges, 'Le statut épistémologique de la médecine', *History & Philosophy of the Life Sciences*, 10, 1988, 15-29.

DAREMBERG, Charles Victor, trad., *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien*, Tome I, Paris 1854.

DAREMBERG, Charles Victor, trad., *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien*, Tome II, Paris 1856.

DEMAZIÈRE, Didier et KAUFFMAN, Jean-Claude, 'L'entretien compréhensif', *Revue française de sociologie* 38, 1997, 398-399.

DUMONT, Jean-Paul, DELATTRE Jean-Paul et POIRIER Jean-Louis, 'Empédocle', in *Les Présocratiques*, Paris 1988, pp. 319-439.

FAURE, Olivier, 'Le regard des médecins', in Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine et Georges Vigarello, *Histoire du corps*, Paris: Seuil, 2005-2006, vol. 2, p. 19.

GOOD BYRON, J., *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Paris 1998.

LAËNNEC, René-Théophile-Hyacinthe, *Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur*, Paris 1827.

LITTRÉ, Émile, *Auguste Comte et la philosophie positive*, Paris 1864

LITTRÉ, Émile, trad. 'De la Nature de l'Homme', in *Œuvres complètes d'Hippocrate*, Tome VI, Paris 1849, pp. 33-69.

LITTRÉ, Émile, trad., 'De l'ancienne médecine', in *Œuvres complètes d'Hippocrate*, Tome I, Paris 1839, pp. 557-637.

LITTRÉ, Émile, trad., 'Serment d'Hippocrate', in *Oeuvres complètes d'Hippocrate*, Tome 4, Paris 1844, pp. 629-633.

MORGAGNI, Giovanni Battista, trad. par DESORMEAUX A. et DESTOUET J.P., *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies*, Tome I, Paris 1820.

VESALE, André, *La fabrique du corps humain*, Paris 1987.

VIRIEUX-REYMOND, Antoinette, *L'épistémologie*, Paris 1966.

WINSLOW, Jacques-Bénigne, *Exposition anatomique de la structure du corps humain*, Tome I, Amsterdam 1732.

Annexes

Canevas de questions des trois interviews :

- 1) *Qu'est-ce que le diabète de type II ?*
- 2) *Qu'est-ce que l'intolérance au glucose ?*
- 3) *Qu'est-ce qu'un patient diabétique ?*
- 4) *Quel est le but de la prise en charge chez un patient atteint du diabète ?*
- 5) *En quoi consiste la prise en charge d'un patient atteint du diabète ?*
- 6) *Quelle est la plainte principale d'un patient atteint de diabète de type II ou quelles sont les circonstances les plus courantes menant au diagnostic de diabète de type II chez un patient ?*
- 7) *Depuis le début de votre carrière, la prise en charge du diabète de type II a-t-elle évolué et si oui comment ?*
- 8) *Y-a-t'il, selon vous, des éléments à améliorer dans la prise en charge actuelle du diabète de type II et quels sont-ils ?*
- 9) *Comment expliquez-vous l'endémie du diabète de type II ?*
- 10) *Comment gérez-vous l'application des changements de normes pathologiques/des changements réguliers des recommandations(changements épistémologiques) dans votre pratique ?*
- 11) *Quelle est votre définition d'une maladie ?*