

[texte](#)

[article](#)

## **La clinique en médecine : alliance des sens, de la raison et de l'humanisme**

"Grâce à l'examen clinique, le médecin appréhende l'homme dans le cadre élargi d'une anthropologie générale évitant les écueils réductionnistes du biologisme et du sociologisme, ou scientistes de la version moderne du positivisme. Le corps ne peut être délivré de ses maux à partir de lui seul, et il est nécessaire de dépasser le fonctionnement de la machine corporelle pour conquérir l'homme dans sa globalité et son environnement."

Par: Francis Grimberg, Ancien attaché consultant des Hôpitaux de Paris /

Publié le : 19 juin 2003

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

### **Fichiers**

- [La lettre de l'Espace éthique/AP-HP n°15-16-17-18 \(12.98 Mo\)](#)

### **Poursuivre la réflexion**

*Texte extrait de La Lettre de l'Espace éthique n°15-16-17-18, 2002.? Ce numéro de la Lettre est disponible en intégralité en suivant le lien situé à la droite de la page.*

## **La raison infirme**

La médecine occidentale, prise comme modèle dans les pays où les conditions politiques et économiques le permettent, prétend poser et résoudre les problèmes de santé selon un rationalisme moderniste qui a tendance à sacrifier l'examen clinique en multipliant les

techniques : ce qui risque de lui faire oublier l'homme, qui est son objet, l'Homme total, comme le désignait Leriche, être de chair et de sentiments <sup>1</sup>.

Cette raison infirme, mutilée, est une raison " positiviste " qui ne pose pas le problème des " fins " ou des " pourquoi " mais seulement celui des " moyens " ou des " comment ". C'est parce qu'être psychiquement homme n'est pas une donnée de nature mais un acquis social, que l'examen clinique doit avoir toute sa place dans la médecine moderne. " La médecine commence par l'observation clinique <sup>2</sup> ".

C'est, en effet, grâce à l'examen clinique que le médecin appréhende l'homme dans le cadre élargi d'une anthropologie générale évitant les écueils réductionnistes du biologisme et du sociologisme, ou scientistes de la version moderne du positivisme. Le corps ne peut être délivré de ses maux à partir de lui seul, et il est nécessaire de dépasser le fonctionnement de la machine corporelle pour conquérir l'homme dans sa globalité et son environnement : " La médecine sera, comme l'annonçait Lanthenas, cité par Michel Foucault, ce qu'elle doit être, la connaissance de l'homme naturel et social <sup>3</sup> ".

## **Le corps, l'esprit et le milieu**

L'être humain a, en effet, non seulement une biographie, avec son vécu conscient et inconscient, des sentiments et des émotions, des désirs et des rêves, une imagination, mais aussi une situation socioprofessionnelle et familiale, des habitudes culturelles et alimentaires, un patrimoine génétique et un système de défense qui font de lui un être unique et différent à la fois. Autant d'éléments à prendre en compte dans l'analyse scientifique et donc humaine d'un état pathologique.

La clinique permet au médecin de ne pas oublier l'homme, de ne pas dépendre passivement des examens complémentaires, de l'informatique ou des statistiques, de ne pas réduire, en organiciste impénitent, le malade à la maladie ou la maladie à la lésion : il faut " prêter attention non seulement au corps, mais à l'ensemble de sa personne et de son environnement. (...) Le corps, l'esprit et le milieu, inextricablement reliés entre eux, doivent être envisagés tous ensemble dans toute situation médicale <sup>4</sup> ".

C'est avec cette méthode rationnelle d'approche du malade par son médecin que la clinique prend toute sa valeur : en réhabilitant l'homme, son objet, elle humanise la médecine.

À l'ère de la technoscience, avoir recours à l'examen clinique peut paraître à certains désuet et anachronique, mais la technologie, aussi sophistiquée soit-elle, ne suffit pas à caractériser comme moderne une science : la rationalité scientifique ne doit pas consister dans l'exploitation de tels moyens mais ce sont les moyens techniques qui doivent être au service de la rationalité. C'est parce que la médecine organiciste et scientiste ne lui donne pas satisfaction que le malade a paradoxalement recours à la médecine marginale : seul l'examen clinique permet de resserrer les liens indispensables du malade avec son médecin, sans lesquels il n'y aurait plus de médecine. Il ne faut donc pas opposer la clinique à la technologie ; la technologie doit être complémentaire de la clinique et ne peut la remplacer : les techniques prennent d'autant plus d'importance dans la démarche diagnostique ou thérapeutique du médecin qu'elles ont été choisies avec discernement après un examen clinique rigoureux. Le défaut n'est pas dans la technique, mais dans ce que le médecin en fait.

Il est habituel d'opposer les sens à la raison, les sentiments et les émotions au jugement et à l'entendement. Or, l'exercice de la médecine, au niveau opérationnel, devrait permettre d'associer, dans la clinique, empirisme et rationalisme générateurs non pas d'un pragmatisme stérilisant la réflexion, mais d'une véritable philosophie émancipatrice de la pensée et de l'action.

## **Valeur de l'examen clinique**

L'examen clinique comprend l'interrogatoire et l'examen physique : ce dernier fait appel aux sens du médecin lors de l'inspection, de la palpation, de la percussion ou de l'auscultation. Les sens peuvent être émoussés et la rationalité peut ne pas être scientifique : c'est dire que la subjectivité du médecin conditionne la fiabilité de l'examen. Ces sens sont guidés par le savoir théorique et pratique, qui n'exclut pas toute rationalité !

Cette nécessaire liaison de la théorie et de la pratique a été clairement exprimée par William Osler : " Examiner les malades sans connaissance théorique, c'est comme naviguer sans carte et avoir des connaissances théoriques sans examiner les malades c'est comme... ne pas prendre la mer <sup>5</sup>. "

La qualité de l'interrogatoire détermine la qualité des réponses du malade : elle dépend non seulement de la compétence et de l'expérience du médecin mais aussi de sa capacité de communiquer avec tout homme, quels que soient ses antécédents physiques ou psychiques ou ses origines socioprofessionnelles, ethniques ou religieuses. " Prendre l'histoire d'une maladie d'une manière rigoureuse, remarquait le cardiologue Paul Wood, est, en médecine, l'une des opérations les plus importantes et les plus difficiles <sup>6</sup> ".

Il est vrai qu'en médecine, comme dans d'autres domaines, si l'on veut résoudre un problème, il est souhaitable de commencer par en faire l'histoire. " Quelques fois, insistait Paul Wood, l'histoire seule peut mener au diagnostic complet, parfois il n'est pas rare qu'elle réduise les hypothèses à deux ou trois. Une histoire correctement recueillie devrait, au moins, indiquer le système concerné ou nous guider, sans erreur, vers un ou plusieurs groupes de maladies. Une erreur habituelle est l'analyse insuffisante d'un symptôme donné : en cardiologie par exemple, lorsqu'il s'agit de douleurs spontanées de dyspnée, de palpitations et de syncope ".

L'interrogatoire cherche à authentifier la plainte du malade en tant que " signe fonctionnel ", c'est-à-dire témoignant d'une souffrance physique ou psychique pouvant être l'expression d'un trouble psycho ou physiopathologique d'un " mal-être " ou d'une maladie : " la juste évaluation des sensations du malade, soulignait Mackenzie <sup>7</sup>, est essentielle à la connaissance de la fonction cardiaque. " C'est dire l'importance de la tâche malgré la difficulté connue de tous à décrire nos propres sensations.

## **Développer un esprit critique**

Il serait abusif de penser que toute plainte relève obligatoirement d'une lésion et de vouloir en faire la preuve. Il serait illusoire de considérer la lésion comme cause unique des symptômes. Il serait grave de ne pas tenir compte d'une plainte, surtout s'il n'y a pas de lésion. On perçoit,

dans cet itinéraire intellectuel, le cheminement de la raison. La détermination du médecin se fait non seulement en fonction de sa formation technique et de sa compétence, mais aussi en fonction de sa formation générale, de sa culture : en médecine, comme dans d'autres domaines, " la philosophie est toujours à l'œuvre ! " Cette philosophie qu'Althusser qualifiait de " spontanée " relève de la philosophie positiviste. C'est dire l'impérieuse nécessité de développer, en médecine, l'esprit critique, notamment par l'enseignement de la philosophie et de la psychologie pour mieux connaître l'homme en tant que personne ou personnalité. Les propositions du " Plan Langevin Wallon " de juillet 1945 restent toujours pertinentes : " La formation ne doit en aucun cas nuire à la formation de l'homme. Elle doit apparaître comme une spécialisation complémentaire d'un long développement humain (...) Nous concevons la culture générale comme une initiative aux diverses formes de l'activité humaine, non seulement pour déterminer les aptitudes de l'individu, lui permettre de choisir à bon escient avant de s'engager dans une profession, mais aussi pour lui permettre de rester en liaison avec les autres hommes, de comprendre l'intérêt et d'apprécier les résultats d'activités autres que la sienne propre, de bien situer celle-ci par rapport à l'ensemble. "

L'écrivain Carlos Fuentes donnait la même signification à ses propos en écrivant : " L'universalité de la culture est le contexte nécessaire à ses connaissances professionnelles. "

## **Une démarche analytique**

À l'interrogatoire succède l'inspection. Il ne s'agit pas pour le médecin de regarder avec indifférence ou d'apercevoir avec détachement, encore moins d'entrevoir : il s'agit d'une inspection, c'est-à-dire de la recherche active et scrupuleuse d'indices, de signes pathologiques décelables à l'œil nu mais... avvertie. La prise de conscience d'une anomalie visible est le reflet d'une pathologie et peut être évocatrice d'un diagnostic : la pâleur d'une anémie, les tremblements de la maladie de Parkinson, l'éclat du regard d'une hyperthyroïdie, etc.

S'il est vrai que " l'œil écoute ", comme l'assure le poète, il faut savoir aussi tendre l'oreille, car ausculter c'est entendre et entendre c'est comprendre : par exemple, on entend mieux les bruits du cœur lorsqu'on connaît la physiologie et la physiopathologie du cycle cardiaque.

De même, pour la palpation, on tire d'autant plus de renseignements de la palpation d'un organe que l'on connaît l'anatomie et la physiopathologie de cet organe. La palpation du pouls artériel, ce geste ancestral et universel, peut donner des renseignements non seulement sur la fréquence et le rythme cardiaque, mais aussi sur le volume d'éjection du ventricule gauche avec, pour des doigts " expérimentés ", des précisions sur son mode d'éjection, associé ou non à un obstacle ou une fuite, sans oublier la consistance de l'artère dont on peut apprécier la souplesse ou l'induration dans l'artériosclérose.

Ces renseignements, obtenus grâce à une formation théorique et pratique toujours renouvelée et enrichie par de nouvelles acquisitions en physiopathologie, donnent au médecin la maîtrise nécessaire pour avancer dans sa démarche vers le diagnostic, en épargnant au malade toute une série d'examen techniques inutiles pouvant alimenter son angoisse.

Ainsi, l'examen clinique montre que la connaissance acquise par le médecin à partir de l'information n'est ni le reflet d'une sensation isolée ni la contemplation d'une idée pure : elle

est une construction. Rien n'est " donné", " immédiat " : ni le sensible ni l'intelligible. Le " fait " que le médecin retient a été fait !... Telle se dessine, lente mais sûre, la démarche analytique du médecin vers la synthèse, le diagnostic : c'est en marchant qu'il fait son chemin et c'est Bacon qui comparait la méthode à une chandelle éclairant dans l'obscurité la route du voyageur...

## **Les sens alliés à la raison**

La rationalité du médecin est toujours mise à l'épreuve dans l'itinéraire le conduisant vers le diagnostic ou l'indication thérapeutique.

La démarche rationnelle du médecin se confond avec l'examen clinique. Il est vraiment désolant d'observer un cardiologue mesurant la pression télédiastolique du ventricule gauche par un cathétérisme avant de reconnaître avec certitude une insuffisance cardiaque gauche, ou faisant un échocardiogramme ou un cathétérisme avant de reconnaître un rétrécissement ou une insuffisance aortiques, alors qu'une bonne formation lui permettrait, avec ses sens alliés à la raison, de faire ces diagnostics et de poser une indication thérapeutique au lit du malade ou dans son cabinet de consultation. La maîtrise du malade, de la maladie et des dépenses de santé passe par une meilleure formation clinique des médecins.

Une coronarographie indiquée dans un but diagnostique peut révéler une lésion : si la lésion n'est pas significative, le cardiologue doit rechercher une pathologie associée, mais lorsque la lésion est significative, le cardiologue traite la lésion tout en sachant que la lésion coronarienne n'est qu'une localisation de la maladie athéromateuse et témoigne d'un processus physiopathogénique qui est hors de la lésion et plus que la lésion. Dans un autre domaine, des calculs vésiculaires découverts à l'échographie peuvent être sans rapport aucun avec la douleur ressentie par le malade : il s'agit d'une lithiase asymptomatique découverte fortuitement qui ne doit pas arrêter le médecin dans la recherche d'une pathologie associée.

C'est dire l'importance du doute dans l'appréciation des signes retenus par le médecin, conscient, à chaque étape de sa démarche, que l' " on ne trouve que ce que l'on cherche " mais aussi que " l'arbre ne doit pas cacher la forêt " : de omnibus dubitandum, il ne s'agit pas d'un doute, source d'inhibition entravant l'action, mais d'un doute mobilisateur stimulant l'éveil et la lucidité pour prendre parti sans idée préconçue. Plus les progrès techniques deviennent performants, plus le médecin se doit de les utiliser avec discernement et interpréter leurs résultats avec esprit critique, surtout lorsqu'il connaît la fréquence des " faux positifs " ou des " faux négatifs ", et la présence toujours possible d' " artefacts ".

De même, la rationalité du médecin est directement engagée lors de la sanction thérapeutique. Dans le cadre des études faites sur de grandes séries de malades dans un service hospitalier ou à l'OMS, l'évaluation à 80 % d'une mortalité dans les cinq ans pour l'évolution spontanée d'une maladie cardio-vasculaire ou cancéreuse peut légitimer l'indication d'une intervention lourde mettant en jeu le pronostic vital. Il est sans importance de savoir qui meurt : les rapports de la médecine avec la vie et la mort des malades ne sont alors pas différents de ceux des compagnies d'assurances.

Mais la probabilité d'une mortalité opératoire évaluée, par exemple, à 5 %, atteint 100 % lorsqu'elle concerne un individu donné !

Il ne s'agit pas, évidemment, de mettre en cause les précieux apports des statistiques en médecine, notamment en épidémiologie, mais l'usage qu'en fait le médecin. Sa raison s'égaré lorsqu'il applique leurs résultats à l'individu sous prétexte que la méthode statistique est la seule qui lui donne la rigueur nécessaire pour adopter l'attitude thérapeutique la mieux adaptée : ce prétexte est en fait l'argument scientifique contre l'aléatoire transformé en probabilité qui devient certitude, contre la corrélation prise pour la cause, contre le critère de qualité remplacé par celui de quantité ou de mesure. C'est ainsi que le médecin positiviste d'aujourd'hui rationalise l'aléatoire en opposant le déterminisme du probable à la détermination du possible, alors que l'esprit scientifique ne peut prétendre, en médecine prédictive, établir une fois pour toutes des certitudes, mais doit rechercher en permanence l'évaluation des possibles toujours renouvelés.

## **Une approche constamment spécifique de la personne**

Au niveau du malade singulier, l'imprévisible est toujours possible !... LA vie d'un homme ne peut se réduire à un, voire à quelques paramètres : il peut même survivre, contre toute prévision, avec une qualité de vie normale ou subnormale. Le " général " n'englobe qu'approximativement le " particulier " et le " particulier " entre incomplètement dans le " général " : cette dialectique révèle l'inadéquation entre le " particulier " et le " général " sans nier leurs corrélations possibles.

C'est à l'individu que le médecin a toujours affaire : " Il n'est point le médecin du type humain, de l'espèce humaine, rappelait Claude Bernard, il est le médecin d'un individu, et d'un individu même qui est placé dans des conditions particulières <sup>8</sup>. " Il n'y a pas d'hommes qui n'aient rien de commun, mais ils sont à la fois tous différents, il n'y a pas d'homme " standard ". " Le malade, écrivait Michel Foucault, c'est la maladie qui a acquis des traits singuliers <sup>9</sup> ".

La rationalité du médecin est également mise à l'épreuve dans l'enquête étiologique, la recherche de la causalité et la détermination des facteurs de risque. Dans le cadre de la maladie coronarienne athéromateuse, par exemple, le médecin rapporte la lésion à des facteurs favorisant la maladie athéromateuse ou " facteurs de risque " : le tabac, l'hypercholestérolémie, la surcharge pondérale, l'hypertension artérielle, etc., déterminés par des études épidémiologiques faites sur une population suffisamment importante afin d'associer des corrélations statistiquement significatives.

Cette attitude n'est pas innocente, surtout lorsqu'elle évite d'entrer en conflit avec les intérêts industriels ou ceux des compagnies d'assurances. En effet, chacun des facteurs de risque considéré n'est pas la cause de la lésion athéromateuse : il n'est ni la condition nécessaire ni la condition suffisante de l'athéromatose ; d'où la nécessité de prendre en compte une causalité plurifactorielle. C'est dire alors que l'artériosclérose survient comme un événement aléatoire : c'est pourquoi le médecin a recours à l'établissement de corrélations, mais la plupart des corrélations ne sont pas causales.

Néanmoins, le médecin privilégie un ou quelques facteurs de risque, le tabac ou

l'hypercholestérolémie, en faisant abstraction d'une multitude d'autres facteurs comme la pollution, l'angoisse, le stress, la sensibilité aux émotions, aux difficultés rencontrées dans la vie professionnelle ou affective, comme si le mode de vie n'avait aucune incidence sur la santé ou ne déterminait pas les habitudes alimentaires, le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie !... Comme si vivre ce n'était pas prendre des risques !... Cela, dès le stade in utero !

Il est plus facile pour le médecin, mais moins efficace pour le malade, d'interdire le tabac et les graisses et de le culpabiliser, que de chercher à comprendre, pour mieux les combattre, les motivations des individus, surtout lorsque la psychologie, l'épidémiologie, la sociologie échappent à l'enseignement médical qui enferme le médecin et son malade dans l'équation : tabac et (ou) hypercholestérolémie = lésion athéromateuse !... Mais les pulsions qui incitent à fumer sont peut-être aussi athérogènes que le tabac, et le sevrage peut favoriser une surcharge pondérale, une hypertension artérielle, une plus grande sensibilité aux stress et par voie de conséquence à un ulcère de l'estomac, une insomnie, une angoisse, une modification du comportement et de la personnalité qui peuvent être à l'origine d'un mal-être, voire d'une dépression avec, chez certains individus, la perte d'une convivialité qui témoignait d'un bonheur de vivre. " Si je ne suis pas heureux, constatait Descartes, je tombe malade " et, plus récemment, René Dubos confirmait qu'" on a commencé de perdre la santé lorsqu'on ne peut plus vivre la vie que l'on veut " <sup>10</sup>.

Le médecin sait que tout facteur de risque, quel qu'il soit, ne manifeste sa nocivité que lorsqu'il est associé à d'autres facteurs, divers et variés, extérieurs à l'individu mais aussi constitutifs, propres à l'individu : un facteur peut comporter un risque chez un individu et ne pas en comporter chez un autre. C'est pourquoi le médecin pêche par excès dans ses interdictions, ce qui n'est pas toujours supporté avec désinvolture par le malade, d'autant que les compagnies d'assurances sanctionnent le risque par une augmentation des primes !

## **La reconquête de l'humanisme**

Nous sommes arrivés à l'époque que redoutait dès 1938 René Leriche dans sa leçon inaugurale du cours de médecine au Collège de France. Il y faisait part de ses craintes envers la multiplication des techniques qui pourraient compromettre les traditions de la médecine, notamment de la médecine hippocratique prenant en compte l'homme dans sa totalité physique et psychique et dans son environnement.

La régression de l'humanisme dans l'enseignement a sensibilisé les hommes des pays dits développés à la séduction de la technique. Elle peut conférer à la médecine, par les effets pervers d'une certaine pratique et en guise de raison, une fausse modernité, celle de la technocratie, selon laquelle tout ce qui est techniquement possible est souhaitable et nécessaire, et un déterminisme omnipotent, qui sont les assurances naïves du positivisme de cette fin de siècle.

Une nouvelle formation du médecin s'impose pour acquérir une rationalité scientifique : elle nécessite non seulement la réhabilitation de la clinique, enrichie et prolongée par les techniques si nécessaires aux investigations et au traitement d'une médecine moderne, mais aussi la reconquête de l'humanisme. La médecine sera clinique ou ne sera pas ! On ne peut

traiter la lésion sans connaître l'homme !

Au contact des souffrances humaines, le médecin prend conscience des interactions complexes entre les conditions socio-économiques, la politique de promotion et de protection de la santé publique, et les connaissances biomédicales : c'est alors que le médecin mesure la tâche de la raison, qui est de poser les problèmes qui ouvriront à l'homme un avenir à visage humain.

## Références:

1. R. Leriche, La Chirurgie à l'ordre de la vie, Paris, La presse française et étrangère, O. Zeluck éditeur, 1944.
2. C. Bernard, Principes de médecine expérimentale, Paris, PUF, 1987.
3. M. Foucault, Naissance de la clinique, Paris, PUF, 1963.
4. R. Dubos, L'Homme ininterrompu, Paris, Denoël, 1972.
5. W. Osler, The principles and practice of medicine, New York, Appleton and company, 1892.
6. P. Wood, Diseases of the heart and circulation, 2e éd., Philadelphia, J.B.Lippincot company, 1957.
7. J. Mackenzie, Principles of diagnosis and treatment in heart affections, London, Oxford medical publications, 1916.
8. C. Bernard, Principes de médecine expérimentale, Paris, PUF, 1987.
9. M. Foucault, Naissance de la clinique, Paris, PUF, 1963.
10. R. Dubos, L'Homme ininterrompu, Paris, Denoël, 1972.

- [Page precedente](#)
- [Page 1/6](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire