

« Faire cas » en médecine

Gérard Bourrel, MD, Ph. D.

Université de Montpellier, France

Résumé

La question « faire cas » m'était adressée en tant que praticien et enseignant-chercheur dans le champ de la médecine, et aussi en tant que promoteur d'une méthode potentiellement utile à la compréhension du processus de « faire cas », la méthode phénoménologique sémiopragmatique inspirée de Charles S. Peirce. De la nature du « cas médical », il ressort qu'il est visible, énonçable, enseignable comme une intanciation d'une classe nosographique d'un niveau supérieur. La méthode nous a montré que « penser par signes, c'est penser par cas » et que « pensez par cas, c'est penser par champ » et particulièrement par « champs d'interprétants » consubstantiels d'une communauté particulière d'agents. Sans signe interprétant, il n'y aurait pas de cas. C'est le travail de combinaison de signes structurés logiquement entre eux qui fait monter le cas en généralité. Finalement, c'est ce système sémiotique organisé logiquement et pragmatiquement qui fait cas.

Mots clés

CAS MÉDICAL, EXPÉRIENCE CLINIQUE, SIGNE INTERPRÉTANT, PHÉNOMÉNOLOGIE, MÉTHODE SÉMIOPRAGMATIQUE

Introduction

Par quel bout prendre « l'injonction » qui m'est faite de réfléchir sur « Faire cas » par les promoteurs de ce numéro spécial de la revue *Recherches qualitatives, Hors-série « Les Actes »*, et précisément de « faire cas en médecine »? Il est évident pour moi que c'est à deux titres, d'abord bien sûr en ma qualité de médecin et ensuite d'enseignant en recherche qualitative d'une méthode d'analyse inédite, la phénoménologie sémiopragmatique inspirée de Charles S. Peirce. Cela ne me facilitait pas la tâche, car contrairement aux éminents sociologues convoqués, je n'ai pas eu à me poser cette question dans ma carrière académique et tenter d'y apporter un éclairage en convoquant les théories de Peirce ne me paraissait pas chose simple. À partir de là, en tant que chercheur en recherche qualitative dans le champ de la santé, il m'incombait de montrer que, pour comprendre le cas médical, convoquer les théories de Peirce pourrait être utile.

Face à cette question, j'ai donc choisi de faire part du cheminement de ma pensée qui, on le verra, a émergé d'un va-et-vient continu entre ces deux perspectives.

RECHERCHES QUALITATIVES – Hors-série « Les Actes » – numéro 28 – pp. 81-95.

FAIRE CAS

ISBN 978-2-925374-27-5- <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2023 Association pour la recherche qualitative

Le premier *insight* qui s'est imposé à moi est un « faire cas » venu du sens commun, celui de « porter attention à quelque chose ou à quelqu'un ». Ensuite, on ne fait cas que de « ce qui se manifeste » à soi, que l'on reconnaît ou que l'on imagine parce qu'on l'a à l'esprit comme étant digne d'intérêt. Mais au moment où l'on fait cas, fait-on simultanément « un cas »? Cependant en convoquant une perspective plus husserlienne, le « faire cas » renvoie au concept phénoménologique « d'intentionnalité » qui est cette saisie immanente du donné originaire dans sa singularité, dans un moment préreflexif de « ce qui nous apparaît ». Ce qui conduit à la question suivante : peut-on faire cas de l'invisible ou de l'inconnaissable? Dans une perspective maintenant plus sémiotique (séméiologique), on pourrait dire que l'on ne fait cas que « de ce qui fait signe », en convoquant cette fois « l'indexicalité du signe » comme connexion à autre chose, ce qui est sa fonction pragmatique. Ensuite encore, revenant vers le champ de la santé, mon esprit s'est porté sur la *Naissance de la clinique* de Michel Foucault (1988), texte incontournable pour le médecin que je suis. Cette « clinique », comme organisation conceptuelle des maladies, pourrait-elle être le fondement du « cas »? Les médecins ne parlent-ils pas de cas cliniques et qu'en est-il? La phénoménologie étant au commencement de toute science, on pourrait dire que, c'est la perception sensible du corps malade par le truchement du regard médical qui observe, scrute, qui est au fondement de la clinique.

En retournant au sens commun, « faire cas » pourrait aussi renvoyer à l'acte de construire, de fabriquer quelque chose de singulier...et surgit alors la question du « comment » fait-on un cas et qui le fait?

Mais à ces approches de sens commun, j'ai pu aussi mêler mon expérience professionnelle et académique. Tout d'abord, il s'agit de la Séméiologie médicale au fondement de la méthode médicale, que Bernard Pachoud considère comme une « phénoménologie clinique » (2003); mais aussi la Sémiotique ou science des signes fondée par Peirce (Marty, 1990) et son prolongement la phénoménologie sémiopragmatique. Finalement, réfléchir à la question de « faire cas en Médecine » c'est faire émerger cette multitude de questions dont les réponses ne sont pas évidentes pour moi : quelle est la nature du cas? De quoi est-on un cas? Comment fait-on un cas? Qui fait le cas? Ces questions feront l'objet de séquences distinctes. Nous laisserons de côté l'étude de cas qui est une méthode de recherche largement décrite et qui me paraît être l'étape suivante de faire cas. On voit bien se dessiner ce cheminement qui part de la manifestation (le *phanéron* de Peirce d'où sa *phaneroscopy*), en passant par le signe pour devenir un cas médical, regardant à la fois du côté du singulier et du général.

La nature du cas médical

Quand on entame une réflexion sur la nature du cas on est bien embarrassé car cette définition a un caractère insaisissable, car on peut la mener à partir de nombreux

aspects. Nous avons tenté de le faire en suivant la logique de notre pensée en partant du commencement, la manifestation.

Un cas médical est d'abord une singularité observable et énonçable

En tant que manifestation observable un cas est d'abord un signe. Selon Peirce, le signe est « quelque chose qui se manifeste, dont l'objet est présent à l'esprit de celui pour lequel il est un signe et qui renvoie à un signe équivalent ou plus développé, son interprétant » (Deledalle, 1978, p. 121). C'est la définition la plus commune que fait Peirce du signe décrivant en même temps la triade sémiotique, le signe, son objet et son interprétant. En prenant cette définition telle qu'elle est écrite, on pourrait dire que, pour qu'un signe soit un cas, il faut qu'il soit déjà présent à la conscience de celui pour qui il est un signe, comme objet du signe; c'est l'interprétant qui faisant la médiation entre le signe et son objet, fera cas. Il sera reconnu comme signe en fonction de ce que Peirce appelle « l'expérience collatérale » ou encore le « champ d'interprétants » c'est-à-dire en fonction des strates de l'expérience vécue sédimentée. Finalement on pourrait dire que la « fonction pragmatique d'un signe, c'est de faire cas ». Cependant le regard du médecin n'est pas un regard profane, c'est « un regard qui écoute et un regard qui parle ». Citons ce postulat énoncé par Foucault dans un chapitre intitulé *Des signes et des cas de Naissance de la clinique* « tout le visible est énonçable et il est tout entier visible car tout entier énonçable, c'est un regard qui est soutenu par l'expérience clinique moment d'équilibre entre la parole et le spectacle » (Foucault, 1988, p. 116). C'est donc l'expérience clinique qui « fait cas ».

Cependant l'énonçable se conçoit de plusieurs façons : dans le parler académique du médecin dont l'intelligibilité appartient aux initiés, et dans le parler profane qui est la manière dont le patient exprime ce qu'il ressent avec ses mots. Il y a le signe visible perçu et le signe vécu qui peuvent s'exprimer différemment à travers le filtre de l'expérience collatérale de chacun. Ainsi, la maladie dans son être subit une réduction nominaliste pour la désigner comme maladie et comme une entité linguistique dans sa descriptibilité sensible. Cette réduction nominaliste dérive souvent du signe qui prend le nom de celui qui l'a décrit la première fois, comme le signe de Mac Burney dans l'appendicite, qui devient le signe saillant du cas qu'on appelle « pathognomonique » (indicateur d'un cas).

Un cas médical est une singularité enseignable

Ce postulat a un prolongement, « tout visible est énonçable et tout énonçable est enseignable ».

La matière médicale s'apprend à partir des « cas cliniques » construits pour mettre à l'épreuve les étudiants. Un cas clinique ne relève pas que des signes perçus, mais de l'histoire clinique des caractéristiques du patient, de sa biographie, de son environnement, des signes d'observation et d'exploration complémentaire selon une

structure narrative qui met en scène une intrigue. Ces cas sont des outils d'apprentissage d'un cas général institué représenté par un tableau clinique.

On peut dire avec certitude que le cas médical, outre sa fonction d'aide au diagnostic, a pour fonction d'être enseigné. Déjà Bouillaud en 1831 (cité dans Foucault 1988) relevait cette double facette disant que « la clinique médicale peut être considérée soit comme science, soit comme mode d'enseignement de la médecine » (p. 116). Canguilhem dira bien plus tard la même chose. Freud se servira de « cas types » (Dora) pour former ses élèves. Le cas des « rosses » de Becker (2002) est particulièrement intéressant pour éclairer cette réflexion.

Jeune chercheur à l'Université du Texas, Howard Becker avait comme travail de suivre les étudiants en médecine dans les services. Il se rendit compte que, lors de la visite du service avec le professeur, les étudiants occultaient une chambre. Étonné, il se prit à leur demander pourquoi. Ils répondirent qu'il s'agissait d'une « rosse ». Interloqué, il demanda ce que voulait dire cette expression. Ils lui répondirent que c'étaient des gens qui n'étaient pas intéressants, car il n'y avait rien à voir et qu'ils se plaignaient pour rien. S'interrogeant, Becker comprit que les « rosses » étaient des cas de patients qui n'apprenaient rien aux étudiants, contrairement à l'expérience de leurs professeurs, et donc ne constituant pas un cas digne d'intérêt. En fait, l'expérience clinique leur apprendra que ce qu'ils ne considéraient pas comme un cas en était un d'une autre nature tout aussi énonçable (descriptible) et enseignable. En médecine tout est signe et donc tout est cas. Pour Foucault, la clinique n'est rien d'autre qu'une tentative pour ordonner une science à l'exercice et aux décisions du regard. Les cas cliniques sont ainsi une manière narrative de mettre de l'ordre dans le flux des symptômes à des fins didactiques, ils ont ainsi une fonction normative et classificatoire.

Un cas est une instanciation d'une classe de phénomènes

Un cas est donc tout objet constituant un exemplaire de la classe dont il revêt des caractéristiques. Dans ce contexte, instance est un anglicisme, qui signifie « cas », « exemple ». Dans la perspective husserlienne de variation eidétique, le fait de laisser le cas définir le concept permet de définir les dimensions que vous pourriez voir varier dans d'autres cas (Becker, 2002). Nous verrons dans le dernier paragraphe que c'est une des difficultés de la médecine générale de classer le cas singulier d'un phénomène observé au début de son histoire dans une classe d'un niveau supérieur conduisant au diagnostic. Le médecin généraliste n'a pas les moyens techniques d'aller au-delà du « résultat de consultation » (RDC) défini par Robert N. Braun (1979) comme le plus haut niveau de certitude clinique auquel parvient le praticien pour définir un cas en fin de consultation. Dans ces conditions, un RDC de médecine générale constitue-t-il un cas? La Société française de médecine générale (SFMG) a élaboré un Dictionnaire des

résultats de consultations (DRC), soulignant cette nécessité de classification pour faire cas.

Cependant, il existe des dénominations hors liste (DHL) qui sont des résultats de consultation, dont la fréquence, inférieure à 1 cas par médecin et par an, ne permet pas qu'ils fassent partie de la liste des RC du dictionnaire. On voit que, même rares, ces phénomènes peuvent être classés pour faire cas; ainsi peut-on dire qu'un cas a une portée structurante d'une discipline.

On voit que le médecin, pour lequel un signe est toujours une instance de cas compris comme un concept, a besoin d'un système classificatoire des cas pour conduire le diagnostic. Dans cette perspective, l'erreur diagnostic est donc le fait d'une classification de maladie inexacte.

Un cas est déterminé par sa connexion à un contexte et par la logique des champs

C'est une perspective résolument pragmatique. Un cas est un cas du fait de ses relations à des contextes particuliers au sein d'un champ spécifique. Il est intéressant de noter que Sperber et Wilson (1997), linguistes, pour interpréter un énoncé, utilisent le terme de prémisses pour désigner ce que l'on appelle généralement le contexte. Pour que, dans le même champ, locuteur et auditeur se comprennent et s'entendent sur un cas, il est nécessaire qu'ils utilisent le même langage, mais aussi les mêmes prémisses. Un phénomène prend son sens dans un contexte d'existence, un mot, un énoncé prennent leur sens dans leur contexte d'énonciation (c'est le concept d'indexicalité des ethnométhodologues et des pragmatistes linguistiques). Ceci est utile pour comprendre comment le signe acquiert sa signification.

Un cas est donc un cas pour une communauté de savants-chercheurs d'un champ paradigmatique commun (la discipline). Il est un terme qui chez Peirce illustre bien cet état de choses, c'est celui de « champ d'interprétants », c'est-à-dire l'ensemble des faits d'expérience sédimentés pour un individu, mais aussi pour une communauté d'individus qui participent à la construction du cas dans le champ.

En revanche, le même cas peut être un cas d'une autre nature dans des champs complètement différents. Lorsqu'un professeur de médecine au cours d'une pandémie virale décrit un nombre de cas positifs obtenus avec un dispositif thérapeutique qu'il a mis en place, ce cas se situe dans le champ de la recherche en virologie. Lorsque ce même professeur s'affranchit des règles scientifiques de la communauté médicale pour décrire ces cas et pour les publier, ce cas entre dans le champ de l'éthique (Blogue « Revues et intégrité », oct. 2021) et lorsque les psychiatres étudient ce cas dans le champ de la psychiatrie, ils le classent avec un diagnostic de mégalomanie s'agissant de personne à la recherche de succès (classification DSM5). Un cas prend son sens dans le champ dans lequel il est étudié par des experts de ce champ. Cette réflexion nous ramène aussi à la notion bourdieusienne de « champ » dans le monde social. Ainsi, Bourdieu à qui l'on posait la question de « ce qu'un champ était pour lui » avait

répondu qu'il fallait « penser en termes de champ, et que ce faisant, c'était penser relationnellement » (Bourdieu, 1992, p. 72). Il définit le champ comme un réseau de relations, ou une configuration de relations objectives entre des positions qui sont déterminés par leur situation dans le champ, considéré par des espèces de pouvoir. La construction des cas prend un sens particulier dans cette recherche de pouvoir comme nous l'avons vu aussi dans l'attribution nominaliste des cas.

En clinique, concernant l'importance du contexte si l'on est en présence d'une fièvre isolée et que l'on est dans une période de pandémie virale, on pensera en priorité à un cas de Covid par exemple. Si un enfant présente une fièvre isolée un jour après une vaccination, on pourra penser d'abord à un cas de réaction vaccinale. Nous pouvons donc dire qu'un champ, comme un contexte, participe à définir le cas.

Qui fait le cas dans le champ de la santé?

Il existe une multitude de situations ou de cas dans lesquels les protagonistes dans le champ de la santé, patients et professionnels de santé, contribuent à « faire cas », ce qui ne simplifie pas la réponse. Ainsi nous avons identifié une typologie de cas ou de situations contributives qui sont des situations de communication. Nous sommes face à une « manipulation de signes », une manière utilisée par ces acteurs pour pousser les limites du pragmatisme. Le sens de manipulation est à considérer de deux façons, comme un processus pratique de manipulation d'objet en l'occurrence des signes, mais aussi comme une manipulation mentale dans le but d'influencer l'interlocuteur.

Ainsi nous avons identifié une typologie de cas ou de situations contributives à la construction de cas dans des situations de communication médecin-patient :

- le patient « subjectif » : situation dans laquelle le patient regroupe des signes en arrivant à construire une « théorie subjective », profane, à partir de ses croyances; c'est l'idée qu'il se fait de son cas;
- le « patient érudit » connaissant parfaitement les cas cliniques décrits sur internet et qui arrive avec un « trop beau diagnostic » (cas du patient hypocondriaque ou à la recherche d'un « statut de malade ») : « *docteur je suis ce cas* »;
- le patient et le médecin, associés : cas dans lequel le patient décrit des symptômes avec ses mots sans que le médecin prenne le temps de vérifier la réalité du symptôme : ils co-construisent le cas et se rassurent mutuellement derrière un diagnostic;
- Le patient complotiste qui récuse la version communément admise d'un événement qui fait cas et cherche à démontrer que celui-ci résulte d'un complot fomenté par une minorité active en se déchargeant de la preuve scientifique.

Cela nous permet la transition avec les cas-médecins :

- Le professeur de médecine, nous venons de le voir, qui construit des cas en s'affranchissant des règles de la communauté scientifique, avec pour seul objectif une publication de plus;
- Nous avons vu aussi comment les étudiants en médecine plébiscitent les bons cas comme ceux qui leur apprennent quelque chose à partir de l'expérience clinique exposée par leurs pairs enseignants;
- Nous verrons dans le prochain paragraphe la différence de nature du cas selon qu'il est vu à un stade de début en médecine générale ou en deuxième ou troisième recours dans un service spécialisé.

L'apport de la phénoménologie de Peirce

J'ai eu la chance dans les années 80-90 de suivre un séminaire de Sémiotique à l'université de Perpignan à l'IRSCE (Institut de recherche en sémiotique, communication, éducation) sous la direction de Gérard Deledalle et j'ose le dire, sans y comprendre grand-chose, mais en ayant l'intuition de son grand intérêt. J'y ai rencontré la phénoménologie et la sémiotique de Peirce, que j'ai convoquées plus tard lors d'un doctorat en information-communication à l'université Paul Valéry de Montpellier avec, dans le jury, René Lourau, Robert Marty et Alex Mucchielli sur la « complexité en santé ». Depuis je n'ai cessé de tenter d'approfondir ces théories en particulier en les utilisant dans l'analyse qualitative et aujourd'hui dans la réponse au défi de la question posée sur « faire cas ».

La clinique : « un savoir voir phénoménologique »

L'importance du « voir » dans la définition du cas médical conduit à instaurer le « savoir voir phénoménologique » (*phanero-scopia* de Peirce) comme une compétence majeure à l'origine de l'expérience clinique, un « apprendre à voir ». Les professeurs de psychiatrie Jean Naudin et Jean Marie Azorin ont à juste titre institué un cours de phénoménologie clinique dans le cursus des études médicales au CHU de Marseille. La phénoménologie, qu'Husserl considérait comme le commencement de toute science, l'est particulièrement pour la science médicale qui a placé l'observation au cœur de sa pratique et même.

Bernard Pachoud (2003) distinguait la phénoménologie clinique comme description des signes observables, celle qui fait le cas enseignable, par exemple « la phénoménologie de la dépression » pour l'étendre à tout le contexte qui l'entoure, la manière dont le patient vit sa maladie, dont il en parle, comme une approche qui délimiterait le cas « au-delà de la seule clinique observable » (p. 64). Pour Foucault, la clinique n'était rien d'autre qu'une tentative d'ordonner une science à l'exercice et aux décisions du regard; aussi, faire cas c'est une manière de mettre de l'ordre dans le flux des informations (signes) qui s'offrent à nous.

La phénoménologie de Peirce comme le modèle de la démarche clinique classique

Selon Foucault la clinique demande au regard de « voir, isoler des traits, reconnaître ceux qui sont identiques et ceux qui sont différents, les regrouper, les classer par espèces ou familles » (1988, p. 88). Si l'on se prend à faire une liste des principaux phénoménologues, on risque à coup sûr d'oublier Peirce. Et pourtant, sa phénoménologie (qu'il appelle *phanero-scopsy*, ce qui montre l'importance du regard dans cette approche) peut nous aider à comprendre la genèse du cas. Il considère que pour être un bon chercheur-phénoménologue, trois capacités sont nécessaires : 1) apprendre à voir ce qui saute aux yeux. Il ajoute que c'est la capacité de l'artiste (on peut y voir la source de l'Art médical); 2) Savoir discriminer résolument dans ce que l'on voit les traits pertinents pour ce que l'on cherche et les traquer derrière « tous leurs déguisements »; 3) Avoir cette capacité de généralisation qui produit la formule abstraite comprenant l'essence même du phénomène examiné.

Si l'on compare cette définition à celle d'Husserl, on voit des similitudes évidentes dans ces trois moments (intentionnalité, épochè, variation eidétique) et les médecins retrouveront aisément dans cette définition, celle de leur démarche médicale classique (de l'observation au diagnostic) comme celle décrite par Foucault.

Que nous apprennent ces définitions? Que ce soit pour Husserl comme pour Peirce, le but de la phénoménologie est de découvrir (élucider) les catégories des phénomènes, c'est-à-dire les « éléments indécomposables » des phénomènes étudiés, soit ce qui reste de commun lorsque l'on fait varier les cas.

En fait, derrière les tableaux cliniques institués délimitant un cas, il existe des formes différentes du cas qui dépendent de situations variées (les circonstances cliniques).

L'apport de la sémiopragmatique dans la compréhension du cas : faire cas d'un cas

Peirce a eu une pensée mouvante, avec un esprit systématique du monde et des choses. Sa théorie des catégories et sa phénoménologie qui en découle, l'ont conduit à élaborer celle des différentes classes des signes organisées hiérarchiquement (la Sémiotique) et sa logique des relations, ensuite vint la Pragmatique (*Pragmaticism*) et l'inférence abductive. Surtout, il a regardé le monde avec une vision triadique. Il a démontré mathématiquement que, pour décrire un phénomène quelconque, seulement trois catégories étaient nécessaires et suffisantes. Ces catégories qu'il a nommées « universelles », ou aussi les « trois catégories de l'expérience » ou encore les « trois modes d'être », ce qui montre bien son approche phénoménologique. À ces modes d'être, terme que nous choisissons car ce sont des catégories phénoménologiques, correspondent un certain type de signes décrit par Peirce dans sa théorie des classes de signes.

À l'être de la loi (tiercéité), correspondent les légisignes, à l'être des faits (secondéité), les sinsignes, et à l'être des qualités (priméité), les qualisignes. L'important est que ces trois modes d'être sont reliés entre eux par une logique des relations qui sont des relations de dépendance et de présupposition logique. C'est ce qui guide la logique de découverte. Il désigne ces trois modes d'être par les chiffres 3,2,1. Le côté pratique de la chose est que lorsqu'en analyse qualitative de verbatims on découvre un 3 (légisigne) on sait que cela présuppose l'existence d'un 2 (sinsigne) et d'un 1 (qualisigne) qu'il va falloir découvrir. Lorsque l'on est en présence d'un 2, on sait qu'il incarne un 1. Ces trois modes d'être vont résoudre en partie la difficulté de comprendre la nature et l'organisation du cas.

Lorsque l'on dit que le cas suit le chemin qui va de la singularité à la généralité, les théories de Peirce nous montrent que la nature du cas relève « simultanément » des trois modes d'être, organisés hiérarchiquement de la base au sommet. Le cas est constitué à la fois des 3 modes d'être. Le cas médical général ou diagnostic (3) présuppose l'ensemble des signes qui en dépendent (2-dans leurs formes cliniques et 1), et que l'on retrouve dans le tableau clinique général, mais dans la réalité il ne les incarne pas tous; c'est-à-dire que l'on peut faire un diagnostic de certitude sans avoir décelé la totalité des signes du cas. Restent-ils pour autant des sinsignes (2) s'est demandé Gerard Deledalle (1978)? Non, car cet ensemble de symptômes (syndrome) décrit une « forme clinique du cas-maladie » (p. 237), forme qui est un cas en soi. En effet, la maladie dans sa forme générale instituée peut présenter dans la réalité, différentes formes cliniques qui toutes représentent la maladie selon les contextes. Peirce a trouvé un mot pour matérialiser cet état de choses, celui de « réplique », la réplique du légisigne : ainsi ces formes cliniques sont des répliques de légisigne (dans le cas d'analyse de verbatims nous les annotons, on dira codons, 3 /2). C'est le concept dans sa forme concrète, actualisée. Marty dit que cette réplique est un « candidat » à être un légisigne. C'est la dynamique de l'interprétant et en même temps, la dynamique du cas en devenir. Ce qui fait que le modèle représenté par le tableau clinique est une espèce de « caricature » du réel, mais il est indispensable pour dévoiler ce réel dans sa forme concrète; c'est le sens que donne Peirce à sa phénoménologie c'est celui « d'élucider », de « découvrir » les catégories universelles dans la vraie vie « sous tous leurs déguisements ». C'est le travail du chercheur. On retrouve l'approche hégélienne dans laquelle c'est l'application du modèle qui révèle sa négativité; on peut dire aussi que ce qui échappe au modèle, c'est la pragmatique.

Faire cas selon les approches généralistes ou spécialistes : l'abduction

Le médecin autrichien Robert Braun dans un travail inédit qui fait toujours référence disait qu'en médecine générale on ne faisait que 5 % de diagnostic de cas de maladie, ce qui peut surprendre. Cela ne signifiait pas que les généralistes fussent de mauvais médecins, mais ils voyaient les signes de la maladie au stade de début. Ce stade de

début ne constitue pas un champ assez étudié pour formaliser des cas, car il ne concerne pas les cas hospitalisés et donc concerne peu la recherche et les classifications (par exemple le DSMIV en psychiatrie); c'est une zone d'ombre de la recherche clinique. Pourtant il y aurait un grand intérêt pour la santé publique à s'y intéresser davantage.

Les patients arrivent face au généraliste avec une plainte et des signes quelquefois indéterminés, « surprenants » comme dit Peirce, qu'ils ont du mal à mettre dans une classe de symptômes en tant que signes indexicaux. Nous l'avons vu, Braun a établi une distinction entre les diagnostics précis que l'on peut faire en médecine spécialisée et les « résultats de consultation non clairement définis » (1979, p. 101) en médecine générale. Jean-François Bergmann, professeur de Médecine, avait coutume de dire qu'en médecine générale il est urgent d'attendre, en attendant que les signes d'une part se transforment, d'autre part se regroupent à d'autres symptômes pour faire un « syndrome ». Il n'y a pas de cas sans signes, mais il faut laisser du temps au signe pour qu'il parle. On peut considérer le syndrome comme une entité nosologique sur la voie du diagnostic, sans être le diagnostic, et donc comme une réplique de légisigne. Le danger est d'être tenté de mettre ses signes indéterminés au forceps dans une classe de signes pour faire un cas juste pour se tranquilliser.

Ce fait modifie radicalement le raisonnement du praticien. Les généralistes font ce qu'ils appellent un « diagnostic d'orientation » (qui n'est pas LE diagnostic « complet » de maladie) à partir non pas de prémisses cliniques qui leur permettraient de procéder à un raisonnement hypothético-déductif, mais d'une inférence hypothétique (autre nom de l'abduction pour Peirce) à partir des formes indéterminées de début. Ces formes sont le plus souvent des qualisignes au sens de Peirce, c'est-à-dire des modes d'être séparés de tout concept ou sans référence à quelque chose d'autre, et qui ont des propriétés de formes, de couleurs, d'odeurs *sui generis*, autrement qualifiées par Peirce de « pures possibilités » ouvrant à des possibilités de diagnostic (*would be*). Braun a probablement raison de préférer le terme « d'orientation diagnostique », à celui de diagnostic d'orientation, car il ne constitue pas un diagnostic en soi au sens scientifique. La position du clinicien en médecine générale est une position « ouverte », ouverte à une multitude de cas, ouverte à l'existentialité du signe (Jonkheere, 2009) dans toutes ses dimensions de l'existence, contrairement à la médecine de spécialité qui est enfermée dans ses techniques au service d'une sémiologie spécifique de la maladie; c'est la raison pour laquelle le généraliste a du mal à se soumettre à des protocoles enseignés conçus par et pour des hospitaliers. Ce sont des concepts (cas) qu'ils ont du mal à actualiser dans leur activité de routine. Il est donc indispensable de protocoliser (généraliser) le stade précoce des maladies chroniques, mais de le faire à partir d'un voir et d'une pensée phénoménologique qui embrassent le panorama plus large de « l'être au monde » du malade et de la personne et non avec un regard focalisé spécialisé. C'est ce qu'a fait la Société française de

médecine générale (SFMG) qui a créé un Dictionnaire des résultats de consultation à partir des résultats de Robert Braun qui regroupent les cas vus par le généraliste au moins une fois l'an, qu'ils mettent en perspective de celui de la Classification internationale des maladies (CIM10). Ce stade initial est probablement le premier moment du « voir phénoménologique » du chercheur, celui où s'exerce la créativité de l'artiste comme dit Peirce (l'Art médical est avant tout un regard qui voit « ce qui saute aux yeux », mais que tout le monde ne voit pas) soutenue par son expérience clinique. Je me suis souvent trouvé en contradiction avec mes confrères spécialistes universitaires qui m'affirmaient que généralistes et spécialistes (hospitaliers) voyaient les mêmes malades. Certes ce sont les mêmes, mais nous les voyons à un moment et des contextes différents de leur maladie (un stade) et avant que les signes de début n'aient subi une transformation du fait de la temporalité évolutive du signe-symptôme et de l'apport d'examen complémentaires. C'est l'itinéraire sémiotique (la dynamique de l'interprétant) qui représente le signe susceptible de monter dans la hiérarchie des signes, du qualisigne au sinsigne et à l'argument au stade de la preuve. C'est le génie de Peirce d'avoir trouvé une place pour chaque signe dans la hiérarchie des signes selon Jakobson. C'est cette position « ouverte » du généraliste qui facilite l'occurrence de faits « surprenants », et qui est le terreau de l'inférence hypothétique (abduction). Personnellement je préfère appeler ces faits, « inattendus », ou « inhabituels » ou « ne pouvant être reconnus » comme indexicaux (diagnostic veut dire « reconnaissance »). Cela incite à aller chercher des faits qui vont transformer la surprise en symptôme, c'est-à-dire en signe indexical. Hervé Dumez résume bien cette démarche : « une hypothèse nouvelle gagne sans doute beaucoup en validité si, conçue pour expliquer un fait surprenant, elle fonctionne aussi sur des faits que l'on n'avait pas observés, mais que l'on est allé chercher » (2013, p. 21). C'est une démarche qui est proche de celle que nous adoptons lors de l'analyse qualitative qui, face à un fait surprenant, nous fait chercher dans l'expérience un autre fait plus attendu (Peirce parle de « traquer le trait pertinent ») qui va changer le statut que l'on a du premier en procédant à une généralisation abstractive, processus qui va amener la cohérence du cas en l'unifiant.

La première étape de la recherche en médecine générale est donc d'abord de savoir dans quelle classe de phénomènes doit-on classer le cas singulier observé (processus d'instanciation). Répondre à cette question, c'est s'interroger pour savoir vers quel champ disciplinaire (spécialité) orienter le patient pour préciser à quel cas on a à faire. Une fois le patient orienté vers un spécialiste, il va se trouver devant un praticien qui va chercher des cas semblables et attendus de sa discipline pour en faire des légisignes. Les spécialistes, en développant leur arsenal technique, vont tester inductivement leur hypothèse diagnostic pour faire cas. Une vieille étude utilisée dans nos cours avait montré que seulement dans 8 % des cas, le diagnostic final ne correspondait pas au diagnostic d'orientation, ce qui montre que lorsque les résultats de

consultation en médecine générale sont scientifiquement définis ils conduisent au diagnostic, et donc ils font cas.

Enfin, le travail d'une doctorante utilisant une recherche qualitative en cours d'analyse, va pouvoir illustrer notre propos et la difficulté de faire cas en médecine générale. Ce travail posait la question suivante : « quelle est la représentation des médecins généralistes de la maladie rénale chronique au stade précoce (MRCSP) à partir de leur expérience vécue? ». Question qui nous a paru intéressante, car étudiant ce qui se passe au stade précoce des maladies au niveau des pratiques.

Les premières analyses d'entretiens verbatims montrent que les généralistes sont embarrassés pour délimiter les frontières du cas « MRC au stade précoce » et donc de faire un cas de MRC de leur cas. Quand commence la maladie et que font-ils au stade précoce? La plupart du temps ils commencent par faire un « diagnostic de situation » du cas (description de l'organicité, de la personne et de son environnement) : il s'agit ici d'une situation dans laquelle le patient a d'autres maladies chroniques associées (le plus souvent le diabète et l'HTA) qui sont des facteurs de risque fréquents de survenue d'une maladie rénale avec l'iatrogénie et l'âge. Cependant le diagnostic de situation fait-il un cas? Ils se représentent la MRCSP comme une maladie complexe, sournoise, car « asymptomatique »; mais peut-on faire un cas avec une maladie sans symptôme? Du fait de leur expérience clinique, ils savent que les patients âgés, porteurs de pathologies associées, ont des « possibilités de survenue » d'une MRC. Pour autant ils ont des difficultés à dire qu'ils sont face à un cas de MRC au stade précoce. En fait, ils ont du mal à délimiter la maladie rénale chronique au stade précoce (le cas étudié dans l'étude), alors ils changent de champ, ils en font des « patients atteints de maladie chronique non spécifique » dont il faut surveiller la fonction rénale. Comme on l'a vu, à l'instar des pragmatistes linguistes (Sperber & Wilson, 1997), ils utilisent les contextes favorisant comme des prémisses. Cependant ce sont des « prémisses de plausibilité de cas » et non de diagnostic de cas. Dans ce cas, ils sortent du champ du cas étudié et de son diagnostic, la MRCSP, pour se situer dans le champ de « la prévention primaire d'une maladie chronique » quelconque. S'ajoute à cela que les patients ne se plaignent pas, car « ils ne sentent pas malades » et les médecins eux-mêmes ne nomment pas la maladie dans leur dossier, quand bien même les examens biologiques notent une baisse de la fonction rénale modérée (représenté par un chiffre donné par une analyse biologique). Lorsque c'est le cas, ils utilisent une métaphore rassurante pour énoncer le cas sans le nommer : « votre rein est un petit peu fatigué ». On voit bien que le cas pour être un cas doit être énonçable. Tout au plus, s'ils notent dans le dossier la baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG) c'est qu'il est le signe saillant et souvent unique qui désigne le début d'une insuffisance rénale. Ils notent ce signe dans leur dossier, mais ne nomment pas la maladie. À ce stade, ils disent que ce qui les ferait changer d'attitude en annonçant clairement la maladie, serait une transformation du signe (une aggravation du DFG) ou l'association à des

signes vasculaires (par exemple vus à l'échographie) ce qui constituerait un « syndrome rénal » qui ferait cas. C'est le moment qu'ils choisissent pour adresser au spécialiste néphrologue ce qui devient un cas, ce qui contribue à instituer un statut de malade rénal chronique pour ce patient. On pourrait presque dire que c'est l'adressage au spécialiste qui fait cas. Ce sera à lui de le préciser.

Conclusion

Nous avons tenté à notre façon de faire comprendre notre difficulté de répondre à la question de faire cas en médecine, il y en aurait sûrement d'autres. Nous nous sommes attachés à une approche réflexive sur la nature du cas et comment on procède pour faire cas. Ce qui nous a frappé, ce sont des similitudes terminologiques utilisées par le langage courant avec des formes décrites dans la sphère philosophique, en particulier la phénoménologie. Pour faire cas, il faut d'abord apprendre à voir sachant que le processus d'observation des signes règne en maître dans l'approche médicale. Si Claudine Tiercelin (1993) a choisi d'intituler son livre la *Pensée-signe* pour expliciter la nébuleuse de Peirce, pour le médecin penser par signes c'est penser par cas : comprendre cette équation, c'est décrire l'itinéraire sémiologique et sa logique qui part du singulier pour aller au général, ou du bas vers le sommet d'une pyramide des signes hiérarchisée. Pour cela, les théories de Peirce et la méthode phénoménologique sémiopragmatique que nous avons formalisée (Bourrel & Oude Engberink, 2021) en recherche qualitative nous ont été d'un grand secours. Par sa fonction de généralisation (Peirce, 1903), l'itinéraire phénoménologique a un rôle à jouer dans la constitution des cas, car la phénoménologie est au commencement de toute approche avec la finalité d'identifier les catégories des phénomènes. Dans notre approche qualitative, nous avons simplifié l'utilisation de ces théories en utilisant seulement les trois catégories universelles ou modes d'être nécessaires pour comprendre les phénomènes quels qu'ils soient. Mais Peirce est allé plus loin dans sa vision triadique en décrivant les trois trichotomies, celles du signe, de l'objet et de l'interprétant, constituant dix classes de signes en les hiérarchisant. Il est probable que, dans une situation clinique quelconque, la combinatoire de ces différents signes entre eux puisse faire émerger autant de cas dans leur contexte, mais nous n'avons pas voulu entrer dans le monde complexe de l'attribution des signes décrit par Peirce. Dans le champ de la médecine, c'est le travail de combinaison de signes de nature différente qui, organisés entre eux, fait monter le cas en généralité. Comme le dit Cabanis : « À chaque cas nouveau, l'on croirait que ce sont des faits nouveaux, mais ce ne sont que d'autres combinaisons » (Cabanis, 1819 cité dans Foucault, 1988, p. 99). Enfin, un cas est un cas pour une communauté d'agents dans un champ paradigmatique particulier avec « son champ d'interprétants », ce que nous ont montré les différences d'approche entre généralistes et spécialistes. Sans signe interprétant, il n'y aurait pas de cas, comme sans expérience collatérale, c'est-à-dire sans l'expérience clinique. C'est la richesse de cette pensée que de pouvoir

donner sa place à un signe quelconque dans la hiérarchie des signes, en les liant par une logique des relations. Finalement, c'est ce système sémiotique organisé pragmatiquement et logiquement qui fait cas.

Références

- Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier*. Éditions La Découverte.
- Bourdieu, P. (1992). *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*. Éditions du Seuil.
- Bourrel, G., & Oude Engberink, A. (2021). *La phénoménologie sémiopragmatique en recherche qualitative. L'analyse de verbatims dans le champ de la santé*. Schwabe Verlag.
- Braun, R. N. (1979). *Pratique critique et enseignement de la médecine générale*. Librairie Payot.
- Deledalle, G. (1978). *CS Peirce. Écrits sur le signe*. Éditions du Seuil.
- Dumez, H. (2013). Que peut-on attendre d'une étude de cas. Qu'est-ce qu'un cas. *Libellio d'Aegis*, 9(2), 13-26.
- Foucault, M. (1988). *Naissance de la clinique*. Presses universitaires de France.
- Jonckheere, P. (2009). *Psychiatrie phénoménologique (Tome 1). Concepts fondamentaux*. Le Cercle herméneutique éditeur.
- Marty, R. (1990). *L'algèbre des signes : essai de sémiotique scientifique d'après Charles S. Peirce*. John Benjamins Publishing Company.
- Pachoud, B. (2003). L'entretien clinique phénoménologique. Dans C. Cyssau (Éd.), *L'entretien clinique* (2^e éd., pp. 63-72). Éditions Payot
- Peirce, C. S. (1903). *Harvard lectures on pragmatism: Lecture II. Collected Papers of Charles Sanders Peirce* (Vol. 5). Harvard University Press.
- Sperber, D., & Wilson, D. (1997). Contre le modèle du code. Dans P. Ludwig (Éd.), *Le langage, textes choisis* (trad. de P. Ludwig, pp. 187-195). Éditions Garnier-Flammarion.
- Tiercelin, C. (1993). *La pensée-signe. Études sur C. S. Peirce*. Éditions Jacqueline Chambon.

Pour citer cet article :

Bourrel, G. (2023). « Faire cas » en médecine. *Recherches qualitatives, Hors-série « Les Actes »*, (28), 81-95.

Gérard Bourrel, MD, Ph. D., est titulaire d'un Doctorat en Médecine, DEA en Sociologie et d'un Doctorat en Sciences de l'information et de la communication sur « La complexité en santé ». Professeur des universités Émérite à l'Université de Montpellier, il est membre de l'UMR UA11 Inserm Institut DESBREST d'Épidémiologie et santé publique. Il enseigne la recherche qualitative dans plusieurs diplômes universitaires. Membre de la Plateforme Universitaire CEPS sur les Interventions non médicamenteuses (G Ninot.UM).

Pour joindre l'auteur :
g.bourrel@wanadoo.fr